

Para Aliviar el Dolor: Desmitificando la Adicción

Daniel Linder, MFT

Derechos de Autor 2004 © RelationshipVision

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este folleto puede ser reproducida en ninguna forma sin el permiso expreso por escrito del editor, RelationshipVision, P.O. Box 17, Fairfax, CA 94978, Daniel Linder 415-456-0802.

Impreso en los Estados Unidos de América

Tabla de Contenidos

CONDICIONES PREEXISTENTES	2
UNA RELACIÓN PATOLÓGICA	5
DESCUBRIMIENTO	7
DEPENDENCIA Y NEGACIÓN	12
LA MULTIPLICIDAD DE LA NEGACIÓN	16
PREGÚNTALE A ALICIA	20
DIAGNOSTICANDO LA DEPENDENCIA QUÍMICA	28
ESTIGMA	32
ADICCIÓN A LA PORNOGRAFÍA Y AL SEXO	36
ACERCA DEL AUTOR	54

Capítulo 1: Condiciones Preexistentes

"No siempre puedes conseguir lo que quieres Pero si lo intentas alguna vez, quizás descubras Que obtienes lo que necesitas." — Mick Jagger

Como Mick Jagger destacó en la letra anterior, existe una distinción crucial entre **deseos** y **necesidades**. ¿Cómo distinguimos entre nuestros deseos y necesidades? ¿Qué ideas podrían extraerse de hacerlo? Los deseos importan menos que las necesidades; el dolor de no conseguir lo que quieres no es tan grande como el dolor de no conseguir lo que necesitas. Los deseos no importan tanto cuando tu supervivencia está en juego. Las necesidades son más fuertes y profundas que los deseos, y cuando se niegan, las repercusiones son mayores.

Las necesidades, ya sean físicas o emocionales, encuentran expresión de una forma u otra. Pero aquí el enfoque está en las **necesidades emocionales**. Estas son necesidades emocionales básicas que todos tenemos y cuando no se satisfacen, se acumula frustración o dolor. ¿Qué sucede cuando no somos amados, no recibimos el afecto, la atención, el reconocimiento y la apreciación

que necesitamos; cuando no nos sentimos escuchados y comprendidos; cuando no nos sentimos conectados con alguien, que pertenecemos, somos especiales o deseados? Cuando las necesidades que de otro modo se satisfacerían en relaciones saludables no se satisfacen, hay dolor, frustración o un vacío, por lo tanto, la necesidad de aliviar el dolor toma el control.

La Impulso del Alivio

La necesidad de aliviar el dolor es una necesidad humana básica, tan básica como cualquier necesidad física o emocional, y por lo tanto debe ser vista como una fuerza motivadora primaria. La Ley de Newton, aunque científica, "Para cada acción, hay una reacción igual y opuesta" puede aplicarse al examinar la dinámica emocional y psicológica de la adicción. Cuanto más fuerte sea la necesidad insatisfecha, mayor será el dolor y más fuerte será la necesidad de aliviar ese dolor.

De una forma u otra, encontraremos alivio. Así como cuando sentimos hambre física preferimos alimentos más nutritivos, pero nos conformaremos con lo que esté disponible. Comeremos basura si es necesario, y dependiendo de cuán hambrientos estemos, incluso podría saber bien. Cuando estamos sexualmente privados, podemos desesperarnos lo suficiente como para encontrar una salida sexual, sin importar quién o qué, es decir, imágenes pornográficas, prostitutas, espectáculos de voyeurismo o encuentros impersonales, puramente sexuales. Puede que no consigamos lo que realmente queremos, pero sí obtenemos lo que necesitamos: alivio.

Recurriremos a cualquier medio psicológico a nuestra disposición, lo que funcione mejor para aliviar el dolor. Cuanto mejor nos haga sentir, más alivio se derive, más lo desearemos. Siempre estamos buscando nuevos y más efectivos medios de alivio. Cuando descubrimos algo que funciona mejor que cualquier cosa que habíamos experimentado previamente, nos convertimos en consumidores leales y constantes, a pesar de las consideraciones de salud y seguridad, porque el alivio es lo que más importa.

El Ciclo del Dolor y la Evasión

Podemos extrapolar de la Ley de Newton que la cantidad de dolor acumulado bien puede correlacionarse con la cantidad de tiempo y energía dedicados a buscar medios de alivio. Estas fuentes de alivio pueden ser externas, es decir, sustancias o actividades (relacionadas con el juego o el sexo) que proporcionan placer, emoción o escape; o pueden ser internas, como depender de nuestra imaginación y de una serie de otras defensas psicológicas que alivian el dolor. De cualquier manera, defenderse del dolor implica y resulta en la pérdida de contacto con nuestros sentimientos.

Dependiendo de la cantidad de dolor acumulado, la defensa o el afrontamiento pueden volverse abrumadoramente difíciles, razón por la cual hay tantas personas que se suicidan, sufren depresión, enloquecen de una forma u otra, se vuelven dependientes de sustancias que alteran la mente/el estado de ánimo, o encuentran otros medios de alivio. Al hacerlo, perdemos el contacto con nuestros sentimientos, nos volvemos más aislados y privados, lo que solo conduce a más

dolor y una creciente necesidad de alivio. Se convierte en un ciclo vicioso interminable, en el que el crecimiento personal y la intimidad son imposibles.

Una Cultura de Anestesia

La adicción no ocurre en el vacío. Vivimos en una época en la que diversas formas de "anestesia" —como el alcohol, las drogas, la pornografía, el juego y el sexo— se han convertido en negocios de miles de millones de dólares, fácilmente accesibles para millones de personas. No es de extrañar que la adicción sea rampante en nuestra cultura.

Los titulares de la televisión y los periódicos nos inundan diariamente con descripciones espeluznantes de atrocidades cometidas por seres humanos unos contra otros. Somos bombardeados por el exceso en el ámbito económico —por la codicia y la corrupción—, así como en el ámbito político —por abusos de poder desenfrenados—, o por el terrorismo, la guerra, las pandillas, el odio y casos aparentemente interminables de abuso, violación, secuestro y asesinato.

Y esto es solo la punta del iceberg. Todos conocemos historias que nunca llegan a las noticias: los horrores secretos de la violencia, el abuso y la locura en tantos hogares; hogares que son los caldos de cultivo para lo que vemos reportado en periódicos y en televisión. Todo esto drena nuestra vitalidad y refuerza la necesidad de aislarnos aún más. Después de un tiempo, la apatía, la alienación y el adormecimiento emocional se convierten en un estado de existencia aceptado.

Capítulo 2: Una Relación Patológica

La aplicación del concepto de enfermedad a la adicción, el alcoholismo y la dependencia química marcó un punto de inflexión en cómo se ve a los adictos, ya sea por los profesionales del tratamiento, por las parejas o personas significativas, por la población en general y por los propios adictos. Este punto de inflexión sirvió para disminuir el impacto del estigma. Ahora hay menos vergüenza y secretismo asociados con ser adicto, lo que facilita la búsqueda de ayuda profesional. El cambio de percepción permitió una comprensión más objetiva de la enfermedad y tuvo un efecto humanizador, no solo sobre el concepto de adicción, sino también sobre todo lo que conlleva.

La aplicación del concepto de enfermedad agilizó el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Ahora entendemos que la adicción cumple con los criterios del modelo médico necesarios para ser etiquetada como una "enfermedad", ya que es una desviación de la salud que tiene concomitantes identificables y específicos. La enfermedad de la dependencia química se conoce comúnmente como una dependencia patológica.

La enfermedad presupone una condición primaria, lo que significa que la adicción es siempre el primer orden de tratamiento. El comportamiento compulsivo debe detenerse y la dependencia establecerse como el punto focal principal del tratamiento antes de que otros factores estresantes, problemas o síntomas puedan tratarse adecuadamente, y que deben considerarse como secundarios. El tratamiento debe comenzar con la abstinencia y se basa en la abstinencia continua.

La enfermedad también presupone que la condición es progresiva; es decir, si la adicción no se trata, un curso constante de deterioro eventualmente se manifestará en todas las facetas de la vida (física, familiar, ocupacional, legal y financiera), cuya gravedad y velocidad dependen de las sustancias específicas involucradas.

También se presume la permanencia. "Una vez adicto, siempre adicto", dice el refrán, y siempre habrá una susceptibilidad o vulnerabilidad a la recaída. La enfermedad también implica que hay condiciones médicas involucradas: la abstinencia y la tolerancia deben tenerse en cuenta en la ecuación, ya que a menudo plantean complicaciones y riesgos.

Si bien es cierto que el establecimiento médico ayudó a desarrollar un enfoque más compasivo e ilustrado hacia la adicción, el concepto de enfermedad aún no explica adecuadamente cómo funciona la enfermedad. Al aplicar el concepto de enfermedad, se colocó una etiqueta médica a un fenómeno humano, la dependencia, cuyas complejidades superan con creces la sabiduría científica tradicional. A pesar de su dependencia de datos objetivos y medibles y de una investigación probada, y más allá de cumplir con los criterios necesarios para ser etiquetada como una enfermedad, en realidad sabemos poco más sobre los aspectos emocionales y psicológicos de la adicción.

Una limitación inherente de un enfoque estrictamente médico es ignorar el hecho de que la dependencia patológica implica que se ha formado una relación, de naturaleza humana, emocional y psicológica, con la sustancia o actividad que alivia el dolor (pornografía, sexo, juego, etc.). El concepto de relación nunca entra en escena porque se percibe como demasiado subjetivo, inmedible y no demostrable científicamente. Sin embargo, como veremos, existe un apego emocional muy fuerte.

Capítulo 3: Descubrimiento

¿Cuándo se vuelve adicto el adicto?

No existe una prueba o medida concreta para determinar cuándo uno se vuelve adicto. Sabemos que una persona se ha vuelto adicta o dependiente cuando hay una crisis u otras consecuencias obvias, como problemas de salud, legales, laborales o de relación. Dado que no hay forma de saber cuándo el adicto realmente se volvió dependiente, una deducción lógica es que posiblemente fue cuando descubrió el efecto alterador de la mente/el estado de ánimo, lo que suele ocurrir la primera vez que consumió.

El descubrimiento del efecto alterador de la mente/el estado de ánimo bien puede ser el punto de partida de la dependencia patológica. Es probable que el descubrimiento haya ocurrido la primera vez que el adicto usó una sustancia química alteradora de la mente/el estado de ánimo y experimentó el efecto. La experiencia de estar "colocado" es nueva, diferente a todo lo que el adicto había conocido. El adicto descubre que al ingerir una sustancia, puede cambiar/controlar cómo se siente, ya sea más relajado, más poderoso, creativo, competente o íntimo. Es un punto de inflexión en su vida.

El descubrimiento ocurre tanto a nivel inconsciente como consciente. En su mayor parte, el adicto no es consciente del impacto emocional de la experiencia. Es consciente de haber ingerido

la sustancia, consciente de la sensación de "sentirse mejor" y consciente de querer volver a sentir esa forma; pero no es consciente de que está "enganchado" y hará casi cualquier cosa para conseguir más. (Ver la experiencia de descubrimiento de Alicia la primera vez que fumó marihuana en el Apéndice).

Durante el descubrimiento, se desarrolla un apego irreversible a la sustancia química alteradora de la mente/el estado de ánimo y nace una relación de dependencia con la sustancia. La sustancia química sirve como un potente agente gratificador de necesidades, ya que proporciona más placer, alivio y emoción que cualquier otra cosa. Se produce una idealización y romanticización de la sustancia química. Vernon Johnson describió la relación del alcohólico con el alcohol como muy positiva, una de confianza implícita. En lugar de buscar gratificación por otros medios, como el trabajo, los esfuerzos creativos, las relaciones o cualquier otra cosa a la que estaba acostumbrado antes de su descubrimiento, ahora hay un medio de gratificación nuevo y mejor. No es consciente de que a partir de entonces buscará los medios de alivio que requieran el menor esfuerzo en el menor tiempo posible, que por supuesto es la sustancia.

¿Por qué es irreversible o permanente esta relación de dependencia? ¿Por qué el adicto nunca podrá usar la sustancia de forma recreativa o controlada?

La experiencia de descubrimiento original del adicto queda permanentemente grabada en su psique, establecida en el momento del descubrimiento. Independientemente de si el adicto deja de consumir o está en recuperación, el efecto químico siempre se presentará como un agente gratificador de necesidades extraordinariamente poderoso. No hay forma de deshacer su potencial como agente gratificador de necesidades. Independientemente de cuánto tiempo haya estado en abstinencia, cada vez que el adicto se "coloque", corre el riesgo de volver a experimentar esa misma extraordinaria sensación de alivio y, en ese momento, volver a volverse adicto.

El descubrimiento conduce a un estado perpetuo de insaciabilidad o insatisfacción. La naturaleza paradójica de la sustancia química es que alivia el dolor, pero a medida que desaparece, crea más dolor. El nivel de dolor preexistente del adicto en realidad aumenta después del descubrimiento a medida que su equilibrio se altera. A todos los efectos, el adicto estaba bien hasta que se colocó. Lo que no sabía no podía afectarlo; pero ahora que lo sabe, nunca volverá a ser el mismo. Al "bajar", el adicto debe lidiar con el contraste inevitable e irreconciliable entre estar repentinamente colocado y luego no estarlo. Un minuto todo es como quiere que sea y al siguiente el mundo es oscuro y extraño. Cuanto más alto sea el "subidón", más dura será la "bajada". Este aumento del dolor disminuye en última instancia la capacidad del adicto para afrontar la situación.

Todo adicto, independientemente de la sustancia química utilizada (e incluyendo actividades como la pornografía, el sexo y el juego), experimenta abstinencia emocional, cuando estar sobrio se convierte en una "experiencia deficiente" y la realidad se convierte en una "experiencia deficiente". Hay un marcado aumento de la ansiedad y/o la depresión, y una mayor conciencia de los problemas y las limitaciones. El adicto mide cómo se siente en general en comparación con

cómo se siente cuando está colocado. Desde el punto de descubrimiento, el adicto se confunde cada vez más sobre lo que es real.

¿Cómo podemos evaluar la gravedad de la abstinencia emocional?

La Ley de Newton también se aplica a la abstinencia. Podemos considerar que el "bajón" o "la bajada" son más o menos iguales en intensidad al "subidón" logrado durante el descubrimiento. Cuanto más alto sea el "subidón", más bajo será el "bajón" después, más dolorosa la abstinencia y, por lo tanto, más fuerte el deseo de volver a consumir. De nuevo, se puede asumir un nivel relativamente alto de dolor preexistente para empezar.

La abstinencia emocional y la tolerancia emocional al efecto de la sustancia química también ocurren durante el descubrimiento, y antes de sus contrapartes físicas. (La abstinencia física es el resultado de, y sigue a, la tolerancia física. Después de rechazar inicialmente la sustancia extraña, las células del cuerpo eventualmente se acostumbran o la toleran. A medida que las células absorben la sustancia, esta se convierte en parte de la bioquímica de la célula. Una vez acostumbradas a la presencia de la sustancia química, se produce un rechazo en su ausencia, de ahí el dolor y la enfermedad). La abstinencia emocional es el resultado de que la sustancia química se haya metabolizado y el efecto haya desaparecido. La tolerancia emocional se deriva del "subidón" inicial del descubrimiento, que es el "subidón" definitivo. La segunda vez no equivale al primer "subidón". Normalmente se buscan mayores cantidades de la sustancia química (u otras) para lograr un efecto satisfactorio. Además, durante la abstinencia, el adicto siente relativamente más dolor; por lo tanto, se requerirán mayores cantidades de la sustancia alteradora de la mente/el estado de ánimo para aliviar el dolor.

La Negación Actúa

Durante el descubrimiento, la dependencia y la negación ocurren casi simultáneamente. Cuando ocurre el descubrimiento, se establece una relación/dependencia y la negación se activa inmediatamente, distorsionando el pensamiento, la percepción y la autoexperiencia del adicto. La negación funciona de muchas maneras. Hace que el pensamiento ilusorio parezca realidad. Hace que el efecto de la sustancia química sea sintónico – en lugar de que el adicto atribuya el "subidón" a la sustancia química, se lo atribuye a sí mismo, pensando que acaba de descubrir una forma de sentirse mejor y que puede elegir hacerlo de nuevo. No piensa en los problemas que podrían surgir o en los riesgos para la salud. Se forma una ilusión de elección. En la mente del adicto, el consumo se convierte en una cuestión de elección, no algo que hace porque es adicto o está fuera de control. El adicto podría decir que prefiere estar "colocado" a estar sobrio y que simplemente está haciendo una elección basada en la preferencia.

Además de los componentes emocionales y psicológicos antes mencionados, un componente sociológico también suele estar intrínsecamente involucrado durante el descubrimiento. Si la experiencia del descubrimiento se compartió con otras personas, como suele ser el caso, un fenómeno conocido como acuerdo consensual o confirmación grupal sirve para validar y fortalecer la experiencia. La realidad puede definirse subjetivamente; es decir, el grupo define la

realidad mediante un acuerdo consensual – la realidad "acordada". Digamos que un grupo de personas se está "colocando". Todos están de acuerdo en que estar alterado es la forma de ser, que están mejor, ya sea más relajados, poderosos, creativos, competentes o íntimos, y que no hay consecuencias negativas. La celebración del grupo de la experiencia inducida químicamente sin duda refuerza una realidad basada en el engaño y la negación.

¿Por qué algunas personas se vuelven dependientes y otras no?

El enfoque del modelo médico a estas preguntas es que el alcoholismo y la dependencia química son en gran medida el resultado de factores genéticos y bioquímicos. La evidencia sugiere que un historial de adicción en la familia de origen o en generaciones anteriores predispone a uno a volverse adicto. La evidencia también sugiere que la bioquímica, la combinación única de sustancias químicas en el cerebro con sustancias que alteran la mente/el estado de ánimo, provoca algún tipo de experiencia extraordinariamente placentera y un antojo irresistible.

Sin embargo, hay quienes tienen adicción/alcoholismo rampante en sus familias o que tienen una predisposición bioquímica a volverse adictos, pero que no se vuelven dependientes. Lo mismo ocurre con un desequilibrio químico preexistente o acompañante. Podemos suponer, por lo tanto, que volverse adicto implica algo más que solo genética o biología.

Del mismo modo, sabemos que la incidencia de abuso en la familia de origen también se correlaciona, pero no sabemos exactamente por qué o qué papel significativo tiene. Algunas personas con antecedentes de abuso en la familia de origen pueden experimentar y disfrutar el efecto químico, pero no lo encuentran profundo o extraordinariamente placentero y no se vuelven adictos. Podríamos, por lo tanto, considerar seriamente el nivel de dolor preexistente (emocional y físico) en el momento del descubrimiento. Quizás la explicación más simple para el fenómeno de la adicción es que es una cuestión de la química adecuada. Es solo cuando la persona "adecuada" descubre el efecto (químico) que se desarrolla la necesidad de más sustancia química. La persona "adecuada" puede ser cualquiera cuyo nivel de dolor emocional preexistente cause una experiencia extraordinariamente placentera, que alivie el dolor o que sea emocionalmente gratificante.

La dependencia y la negación coexisten y trabajan en relación mutua, de la mano, desde el punto de descubrimiento y a lo largo de la progresión de la enfermedad.

El descubrimiento tiene implicaciones para el tratamiento, ya que se refiere a la intervención temprana. Con demasiada frecuencia, la enfermedad ya ha alcanzado etapas intermedias o avanzadas antes de que el adicto reciba tratamiento; "tocar fondo" no tiene por qué precipitar necesariamente el tratamiento. Además, durante las fases de diagnóstico y evaluación del tratamiento, la experiencia de descubrimiento del adicto debe explorarse en profundidad: el nivel de dolor preexistente, cómo fue la primera vez que se colocó, cómo se sintió al "bajar", quién más participó y la influencia del grupo.

Capítulo 4: Dependencia y Negación

Si una relación de dependencia con la sustancia química comenzó en el momento del descubrimiento, a medida que el adicto continúa usando la sustancia química, naturalmente se involucra más en esta relación. Una analogía es la de un amorío secreto, aunque no con otra persona, sino con una sustancia química. Nadie, ni siquiera el propio adicto, es consciente de estar llevando un "amorío", ni de la magnitud de su implicación. Obtener acceso a la sustancia química y su ingestión equivalen a una cita. No hay miradas mutuas, compartiendo la dicha, sino que el adicto está solo en su gloria creativa, hipnotizado por el repentino descubrimiento de sí mismo en un aura de grandeza omnipotente.

La fuerza de la dependencia es, a todos los efectos, de supervivencia. La naturaleza primitiva de la dependencia puede compararse con la dependencia de un bebé de su madre. La dependencia es de una fuente de consuelo poderosa, de fácil acceso e inmediata, tanto física como emocional. Se convierte en la relación principal del adicto, tan fuerte o más fuerte que cualquier otra; su vida gira en torno a esta relación. La idea de ser separado de su "amor" equivale a la muerte. Cualquier amenaza a la relación, incluido el pensamiento de ser consumido o de perder el control, aterroriza su psique. Esta relación se infiltra en la motivación del adicto y dirige su comportamiento todo el tiempo, ya sea colocado o sobrio.

La negación trabaja para proteger y preservar esta relación eliminando todas las amenazas internas y externas o conflictos de intereses.

Todos los seres humanos vienen equipados con una maquinaria psíquica especialmente diseñada para lidiar con el dolor emocional. En aras de la simplicidad, llamamos a todo nuestro sistema de defensa psicológica **negación**. La negación permite funcionar sin una nutrición emocional adecuada, mientras se muere de hambre emocionalmente (y espiritualmente, y a menudo incluso físicamente), soportando poco o ningún dolor. Elimina el dolor al eliminar la fuente del dolor, así como el dolor mismo, de la mente consciente; y lo hace sin que seamos conscientes de lo que ha sucedido.

La definición psicoanalítica de negación es: "el bloqueo de ciertas impresiones sensoriales del mundo exterior, las consecuencias dolorosas son anuladas", "el bloqueo de fragmentos no deseados o desagradables de estímulos internos y externos por medio de la realización de deseos, la fantasía o el comportamiento". (Brenner) "Los mecanismos de defensa son adaptaciones a las amenazas internas y ambientales para nuestra supervivencia y deben operar inconscientemente para ser efectivos en la reducción de la ansiedad". (Freud).

La negación oculta lo negativo, haciendo que lo positivo sea más pronunciado. Permite al adicto volverse dependiente y obsesivo sin saber que se ha vuelto dependiente y obsesivo. Como dice el refrán, el amor es ciego. La negación permite al adicto hacer que su vida gire en torno a mantener el acceso a la sustancia química al eliminar todos los conflictos de intereses. Cualquier pensamiento, preocupación, aprehensión, miedo o reconocimiento de consecuencias (es decir, el comportamiento de uno está fuera de lugar, surgen problemas, los objetivos, valores o moral de uno se ven comprometidos, etc.), en resumen, cualquier cosa que represente una amenaza o un impedimento para la dependencia es borrada de la conciencia de la persona.

La ilusión de elección y control se convierte en una defensa muy utilizada para evitar que la persona sea consciente de la existencia de la dependencia, la pérdida de control del adicto y las consecuencias. Al mismo tiempo, proporciona respuestas a la pregunta "¿Por qué debería parar?". El adicto no ve ninguna razón por la que debería parar.

Cuando surgen problemas que el adicto no puede explicar, problemas fuera de su control, consecuencias que ya no pueden negarse, su ilusión de control le hace creer que puede arreglarlos por sí mismo, sin tener que buscar ayuda.

A medida que la enfermedad progresa, los conflictos de intereses internos y externos aumentan, y deben negarse trozos cada vez más grandes de la realidad. Se requiere una cantidad cada vez mayor de energía para proteger la dependencia. Cuanto más fuerte es la dependencia, peores son las consecuencias; cuanto peores son las consecuencias, más dura y eficazmente debe trabajar la negación para anularlas. La dependencia es tan fuerte como efectiva sea la negación. Una vez más, la Ley de Newton puede aplicarse a la dinámica de la adicción.

El adicto queda atrapado en un estado perpetuo de insaciabilidad, como si siempre estuviera "bajando", y vive anticipando el siguiente "subidón". Paradójicamente, la sustancia química alivia el dolor que crea y crea el dolor que alivia. La brecha entre cómo se siente el adicto (consigo mismo y con la vida) cuando está "colocado" y cómo se siente cuando está sobrio es cada vez mayor. El nivel de dolor por abstinencia siempre aumenta; cuánto y qué tan rápido aumenta depende de las sustancias específicas involucradas, ya que entran en juego factores fisiológicos.

El acuerdo consensual también está integralmente involucrado en el desarrollo de la dependencia y la negación. A medida que la enfermedad progresa, el adicto tiende a relacionarse solo con personas que, de alguna manera, apoyan su dependencia y negación. Aquellos significativos para él antes de su involucramiento con las sustancias químicas disminuyen en importancia. El adicto se aleja cada vez más de ellos y se aísla del resto del mundo. Aunque el adicto aún los vea, seguirá como si nada estuviera mal. Se evita a cualquiera que no apoye su negación. Los adictos a menudo dicen que las personas que no consumen no saben lo que es, como si tuvieran el monopolio de un atajo o una forma mejor. Perciben a quienes no consumen como si vivieran en una realidad inferior, y eligen hacerlo por pura estupidez.

La dependencia y la negación coexisten y trabajan en relación mutua, de la mano, desde el punto de descubrimiento y a lo largo de la progresión de la enfermedad.

La enfermedad es un curso de autoanorexia, robarse a uno mismo sin devolver lo que se tomó. Mientras que antes del descubrimiento pudo haber una falta de relaciones emocionalmente nutritivas, hay aún menos a medida que la enfermedad progresa. Si bien las sustancias químicas proporcionan un alivio artificial y temporal, son como sanguijuelas que secan la mente, las emociones y el cuerpo, dejando al adicto demasiado agotado para proporcionarse a sí mismo cualquier tipo de nutrición. El adicto se convierte en su propio "médico de la muerte" mental, emocional, física y espiritualmente.

Capítulo 5

La Multiplicidad de la Negación

Cada adicto tiene un sistema de defensa único y cuidadosamente construido. Aunque este sistema de defensa en su conjunto casi siempre se denomina **negación**, el mecanismo de negación es solo uno de sus trucos. Tiene a su disposición una amplia gama de otras defensas, todas operando de la misma manera: brillantemente efectivas y sin nuestra conciencia. El adicto es un maestro del engaño.

Un ejemplo es la **ilusión de elección y control**, una ilusión que el adicto mantiene hasta que los hechos hacen que sea indiscutible que hay un problema. La ilusión de elección y control ciega al adicto a su dependencia. Su pensamiento se autojustifica: "¿Por qué debería estar sobrio, cuando podría estar drogado? ¿Por qué sentirme mal, cuando puedo sentirme bien?" "Mientras esté sano, tenga una familia, mi trabajo, no tenga problemas, ¿por qué no?" Es común seguir intentando mantener la ilusión incluso ante problemas graves. A menudo, no es hasta que la vida se derrumba que esta ilusión se rompe.

La negación hace que la dependencia sea **sintónica**; es decir, distorsionando el pensamiento y las percepciones del adicto, e aislando la dependencia de su conciencia. El adicto no se siente "bien" o él/ella mismo/a cuando está sobrio, se siente más él/ella mismo/a cuando está drogado. Funciona para preservar la relación haciendo que parezca que el adicto tiene el control, cuando en realidad es la dependencia la que está al mando. Todo lo que el adicto piensa, siente y hace en relación con la(s) sustancia(s) se experimenta como perfectamente sensato y normal. No hay nada de qué preocuparse y nada de qué preocuparse para nadie más. El adicto no nota ningún cambio, es decir, ninguno que él/ella atribuiría a su consumo. El dolor de la abstinencia, por ejemplo, se atribuye a otras causas o se niega por completo. El adicto podría saber intelectualmente que el efecto es placentero, pero no tiene idea de que está enganchado. Bajo la influencia, realmente cree: "¡Este soy yo de verdad! Soy agudo, poderoso, sabio, creativo y conectado". Y se preguntará: "¿Por qué no me siento así todo el tiempo?" Cuando el efecto es sintónico, la experiencia es más o menos: "Me siento más yo mismo que no yo mismo".

La **toma de decisiones** también se ve afectada cuando el efecto es sintónico. Cuando surgen preguntas como "¿Quiero drogarme de nuevo?", el juicio del adicto probablemente estará afectado. Cuando el efecto desaparece y el adicto está a punto de lidiar con la experiencia menos que placentera, la idea del acceso fácil y el alivio rápido hacen que sea una incomodidad de corta duración. Como se dijo antes, cuando el nivel de dolor preexistente no era lo suficientemente alto como para provocar una poderosa experiencia de descubrimiento, no se establecería una relación o dependencia, la negación no estaría operando y el juicio de uno no estaría afectado.

Hay una variedad de otras defensas que el adicto tiene a su disposición. La **represión** excluye de la conciencia cualquier impulso, recuerdo, sentimiento o deseo amenazante, haciéndolo inconscientemente. La represión causa un deterioro selectivo de la memoria en el que los recordatorios de la realidad, las consecuencias de la dependencia, los comportamientos y los eventos se olvidan por completo. Por ejemplo, no solo el deseo de usar de un paciente fue reprimido, sino que también las veces que realmente había salido a obtener y fumar crack fueron

reprimidas, lo que le imposibilitaba decirme cuando le pregunté si había consumido o no. Para mí, mintió, pero desde el punto de vista de la enfermedad, simplemente estaba en negación.

La **formación reactiva** es un mecanismo de defensa mediante el cual una de un par de actitudes ambivalentes (como el odio) se vuelve inconsciente y se mantiene inconsciente mediante un énfasis excesivo en la otra, que en este ejemplo sería el amor. El cliente mencionado anteriormente me habló de lo bien que le estaba yendo y lo honesto que era al compartir su progreso con otras personas. Tendía a describir a otras personas en términos de cuán espiritualmente iluminadas estaban y cuán alineado estaba su propósito con el suyo. Hablaba en jerga de doce pasos sobre lo profundo que era para él hablar sobre sus sentimientos de impotencia en relación con la cocaína y cómo su vida se había vuelto inmanejable como resultado de su adicción. El tono de voz, la postura y las palabras de esta persona resultaban bastante creíbles. La verdad, revelada más tarde después de que se derrumbara, era que su participación en el programa de doce pasos estaba motivada por el miedo a mayores repercusiones, no por el reconocimiento de que necesitaba ayuda. En realidad, le faltaba confianza y fe en un "poder superior" y no estaba listo para admitir que era impotente. Si hubiera estado más en contacto con sus verdaderos sentimientos, habría podido admitir su impotencia y su temblor ante la idea de no depender más de la cocaína.

Otra defensa que se encuentra típicamente es la **proyección**. La proyección ocurre cuando un deseo o impulso propio se atribuye a otra persona o a un objeto fuera de uno mismo. Los adictos a menudo intentan desacreditar a aquellos que representan una amenaza para su dependencia o negación acusándolos de sentir y actuar hacia el adicto de la misma manera que el adicto siente y actúa hacia ellos. Por ejemplo, cuando otro paciente fue demandado por una compañía de seguros por pagos que había hecho a un empleado suyo por no informarles que había despedido previamente al empleado, su primera respuesta fue: "Son mujeres como ella, sexualmente reprimidas, que odian a los hombres, especialmente a los que están en una posición de autoridad, las que causan todos los problemas". Su muestra de hostilidad provenía de sentimientos no expresados hacia su madre. La veía como sexualmente reprimida y la odiaba por "castrarlo" emocionalmente. En lugar de reconocer que la demanda era el resultado de su comportamiento irresponsable y una consecuencia de su adicción, se centró en una figura de autoridad femenina, eliminando así la evidencia que señalaba su dependencia.

La **grandiosidad** es otra manifestación común de la negación. Muchos adictos viven en un estado de hipervigilancia preparándose para la Ley de Murphy ("todo lo que pueda salir mal, saldrá mal") para evitar ser descubiertos. El adicto intentará evadir la responsabilidad con explicaciones ingeniosas, convicciones despreocupadas e incluso mentiras descaradas, como si pudiera estar en dos lugares al mismo tiempo. El adicto cree que podría engañar a toda la gente todo el tiempo. Si es descubierto, "pillado en el acto", el adicto no se rendirá sin un último esfuerzo desesperado para excusar y minimizar lo sucedido.

La grandiosidad puede manifestarse de varias maneras. Durante el descubrimiento, el adicto se vuelve grandioso y delirante, como si de repente tuviera el poder de adaptar la realidad a sus deseos. Si ya tendía a ser grandioso al principio, solo se vuelve más así después. Volviendo a la ilusión de elección y control, el adicto se basa en la negación para idear un sistema de reglas que

rigen su consumo. Muchos adictos intentan designar ciertos momentos y situaciones para usar (es decir, los fines de semana o después del trabajo). En sus mentes, están usando recreativamente y todavía tienen el control. El adicto seguirá haciendo intentos desesperados por cumplir con las reglas autoimpuestas; y constantemente tiene que cambiarlas para adaptarse a la adicción. Eventualmente, las reglas se eliminan por completo.

El siguiente ejemplo se refiere a una alcohólica que compensa los **apagones inducidos químicamente** (una pérdida completa y permanente de la memoria causada por niveles tóxicos de alcohol, que se vuelven más frecuentes a medida que la enfermedad progresa). Era muy consciente de que era propensa a los apagones, por lo que para no despertar sospechas, se aseguraba de colgar las llaves en un lugar determinado todos los días para saber siempre dónde estaban. Cada vez que tenía conversaciones telefónicas, escribía las conversaciones solo para asegurarse de no olvidar lo que se había dicho. Si alguien la desafiaba, ella podría demostrar que no había perdido el control. "No soy alcohólica. Los alcohólicos no saben lo que están haciendo".

Otro paciente en la etapa temprana de recuperación recordó cómo cambió su comportamiento normal para evitar la exposición. Su mayor temor era ser atrapada. El riesgo de vergüenza y la humillación de "decepcionar a todos" la aterraban. No es sorprendente que bebiera sola. Beber sola también sirvió para reforzar la ilusión de que no era alcohólica, ya que, en su mente, los alcohólicos beben en bares con otros alcohólicos. Todos los días que bebía, lavaba los platos y limpiaba la casa para no llamar la atención sobre una "casa desordenada". Mantener su casa limpia le daba licencia para beber porque parecía que estaba cuidando sus responsabilidades, así que claramente su consumo no estaba fuera de control.

Cuando la negación funciona, no importa si el adicto pone en peligro su propia vida, la vida de los miembros de la familia o de los transeúntes inocentes. No reconoce el peligro, la violencia o la consiguiente pérdida de vidas. La negación lo vuelve insensible e indiferente.

Basta con ver las noticias o leer el periódico cualquier día para ver hasta dónde puede llegar la negación. Una madre de treinta y seis años entró en trabajo de parto prematuro durante un atracón de dos días. Después de dar a luz a dos niños gemelos, uno nacido muerto y el otro dejado morir, continuó fumando crack. Del diez al veinte por ciento de los bebés nacidos en Oakland y San Francisco son adictos a la cocaína. Un joven de trece años que abandonó la escuela secundaria y un traficante convicto de "crack" de cocaína fue encontrado muerto a tiros...

La **falta de remordimiento** es otro ejemplo de la naturaleza insidiosa de la negación. La negación elimina el remordimiento y/o el arrepentimiento de la conciencia, ya que podrían plantear un conflicto de intereses y convertirse en disuasivos para seguir consumiendo. A pesar de que un adicto persigue y se involucra en actividades peligrosas y criminales, no muestra remordimiento. Los adictos pueden confundirse fácilmente con sociópatas, cuando en realidad es su negación lo que puede volverlos de sangre fría.

La multiplicidad de la negación nunca deja de impresionar incluso al profesional más experimentado, ya que el adicto es un maestro del engaño tanto para sí mismo como para los demás.

Capítulo 6

Pregúntale a Alicia

Las dinámicas de descubrimiento, dependencia y negación se capturan en las siguientes entradas del diario de una joven de 15 años que tuvo una experiencia con LSD y que llegó a desarrollar adicciones a una variedad de sustancias que alteran la mente y el estado de ánimo. Murió a la edad de 18 años por una sobredosis (de múltiples drogas). (Fragmentos tomados del libro *Pregúntale a Alicia*, cuyo autor permanece en el anonimato).

Al permitirnos compartir sus pensamientos más íntimos, Alicia nos brinda una oportunidad única para examinar el estado mental y emocional de una persona antes, durante y después de usar, así como hasta unos días antes de su muerte.

Desde el principio de su diario, queda claro que Alice estaba en medio de una adolescencia tormentosa y que era propensa a altibajos emocionales extremos. Hay una referencia al nivel de **dolor preexistente**. Escuchamos sobre cómo un chico que le gustaba la dejó "plantada". Describe sentirse desapercibida, desesperada y sola, ansiosa por hablar con alguien, alguien que estuviera interesado en ella, alguien que la escuchara y comprendiera. Ser plantada provocó sentimientos tan profundos de vergüenza y tal mortificación que quiso morir. También es evidente que la autoestima de Alice era bastante baja; estaba hambrienta de atención de los chicos y al mismo tiempo se sentía indigna, poniéndose continuamente por debajo de sus compañeros. Se sentía poco atractiva y le daba mucha importancia a lo que otras personas pensaban, decían y hacían.

Su primera entrada:

...Ayer recuerdo que pensé que era la persona más feliz de toda la tierra, de toda la galaxia, de toda la creación de Dios. ¿Pudo haber sido solo ayer o fue hace infinitos años luz? La hierba nunca había sido tan verde, el cielo nunca pareció tan alto. Ahora todo se ha estrellado sobre mi cabeza y desearía poder simplemente derretirme en la nada del universo y dejar de existir. Oh, ¿por qué, por qué, por qué, no puedo? ¿Cómo puedo enfrentar a Sharon y Debbie y al resto de los chicos? ¡Para ahora la noticia se había corrido por toda la escuela, lo sé! Ayer compré este diario porque pensé que por fin tendría algo maravilloso y grande y valioso que decir, algo tan personal que no podría compartirlo con otra persona, solo conmigo misma. Ahora, como todo lo demás en mi vida, se ha convertido en nada.

LSD es un potente alucinógeno que causa distorsiones sensoriales y perceptivas; las alucinaciones auditivas y visuales son comunes bajo la influencia del LSD.

Realmente no entiendo cómo Roger pudo haberme hecho esto cuando lo he amado desde que tengo memoria y he esperado toda mi vida para verlo. Ayer, cuando me invitó a salir, pensé que literalmente moriría de felicidad. ¡En serio! Y ahora el mundo entero es gris e insensible y mi madre me está regañando para que limpie mi habitación. ¿Cómo puede regañarme para que limpie mi habitación cuando siento que me muero? ¿No puedo ni siquiera tener la privacidad de mi propia alma?

Poco después, escribió:

...En el almuerzo tuve que contarles a las chicas sobre su ausencia. Fingí que no me importaba, pero ¡oh, sí me importaba! Diario, me importa tanto que siento que mis entrañas se han destrozado. ¿Cómo es posible que sea tan miserable, avergonzada, humillada y derrotada y aún así funcione, y aún así hable y aún sonrío y me concentre? ¿Cómo pudo Roger haberme hecho esto? ¿Por qué la gente me hiere tan constantemente? Incluso mis padres me tratan como si fuera estúpida, inferior y siempre pequeña. Nunca estaré a la altura de las expectativas de nadie. Seguramente no estoy a la altura de lo que me gustaría ser.

Dos semanas después, tras su decimosexto cumpleaños, y justo después de mudarse con su familia, escribió:

...¿A quién le importa el ridículo de Roger? Confidencialmente, diario, todavía me importa. Quizás cuando esté delgada, y mi piel sea absolutamente impecable y suave como un pétalo y clara, y tenga ropa como una modelo de moda, me invitará a otra cita... Tengo tantas ganas de ser alguien importante, o al menos que un chico me invite a salir de vez en cuando.

Una semana después de eso:

...Bajé a ciento quince libras, lo cual está bien, pero aún me gustaría perder otras diez libras... Hace tanto que no como algo rico que casi he olvidado a qué saben. Quizás el viernes por la noche me dé un atracón y coma algunas papas fritas... mmm.

¿Podemos decir que el nivel de dolor preexistente era bastante alto en el momento de su descubrimiento? Ciertamente parece así. Alice estaba lidiando con todas las pruebas y tribulaciones comunes de la adolescencia, aún más intensificadas por una frágil autoestima, desesperación, entumecimiento emocional y alienación. Virtualmente no tenía amigos ni familiares cercanos y estaba luchando con un trastorno alimentario (atracones y purgas), cuando de repente se encontró con el LSD.

Alice describe su primer viaje de ácido, que es su **experiencia de descubrimiento**:

...No sé si debería sentir vergüenza o euforia. Solo sé que anoche tuve la experiencia más increíble de mi vida. Suena morboso cuando lo pongo en palabras, pero en realidad fue tremendo, maravilloso y milagroso. Los chicos en casa de Jill eran tan amigables, relajados y a gusto que inmediatamente me sentí como en casa con ellos. Me habían aceptado como si siempre hubiera sido parte de la multitud. Fue genial, genial, genial. De todos modos, un poco después de llegar, Jill y uno de los chicos sacaron una bandeja de Coca-Cola y todos los chicos se tiraron inmediatamente al suelo sobre cojines o se acurrucaron en el sofá y las sillas. Jill me guiñó un ojo y dijo: “Esta noche jugaremos a Botón, Botón, ¿Quién tiene el Botón? Ya sabes, el juego que solíamos jugar de niños”. Bill Thompson, que estaba estirado a mi lado, se rió: “Lástima que ahora alguien tenga que hacer de niñera”. De repente, comencé a sentir algo extraño dentro de mí como una tormenta. Las palmas de mis manos sudaban y podía sentir gotas de humedad en mi cuero cabelludo en la parte posterior de mi cuello. Todo mi cuerpo estaba tenso en cada músculo, y una sensación de extraña aprensión me invadió, me estranguló y me sofocó.

Escuché a Bill, que me había puesto el brazo sobre el hombro, decir: “Suertuda tú”, con una voz como un disco a cámara lenta y a la velocidad equivocada. “Pero no te preocupes, yo te cuidaré.

Este será un buen viaje. Anda, relájate, disfrútalo”. Me acarició la cara y el cuello con ternura, y dijo: “De verdad, no dejaré que te pase nada malo”. De repente, parecía repetirse una y otra vez como una cámara de eco en cámara lenta. Empecé a reír salvaje e histéricamente. Me pareció la cosa más divertida y absurda que jamás había oído. Bill me jaló hacia abajo y mi cabeza descansó en su regazo mientras veía el patrón del techo cambiar a colores arremolinados, grandes campos de rojos, azules y amarillos. Pronto, trenes de pensamiento enteros comenzaron a aparecer entre cada palabra. Había encontrado el lenguaje perfecto, verdadero y original, usado por Adán y Eva, pero cuando intenté explicar, las palabras que usé tenían poco que ver con mi pensamiento. Lo estaba perdiendo. Me desplomé en el suelo, cerré los ojos y la música comenzó a absorberme físicamente. Podía olerla y tocarla y sentirla, además de escucharla. Nunca nada había sido tan hermoso. Yo era parte de cada instrumento, literalmente una parte. Cada uno tenía un carácter, una forma y un color propios y parecía estar completamente separado del resto de la partitura para que pudiera considerar su relación con la composición completa, antes de que sonara la siguiente nota. Mi mente poseía la sabiduría de las edades, y no había palabras para describirlas con precisión. Miré una revista en la mesa, y podía verla en 100 dimensiones. Era tan hermosa que no pude soportar verla y cerré los ojos. Inmediatamente estaba flotando en otra esfera, otro mundo, otro estado. Las cosas se alejaban de mí y se acercaban a mí, quitándome el aliento como una caída en un ascensor rápido. No podía decir qué era real y qué era irreal. ¿Era yo la mesa o el libro o la música, o era parte de todos ellos, pero realmente no importaba, porque fuera lo que fuera, era maravillosa? Por primera vez en mi vida, que yo recuerde, estaba completamente desinhibida. Estaba bailando delante de todo el grupo, actuando, presumiendo y disfrutando cada minuto. Mis sentidos estaban tan activados que podía oír a alguien respirar en la casa de al lado y podía oler a alguien a kilómetros de distancia haciendo gelatina de naranja, roja y verde acanalada. Después de lo que parecieron eternidades, empecé a bajar y la fiesta comenzó a disolverse. Le pregunté a Jill qué había pasado y ella dijo que 10 de las 14 botellas de Coca-Cola tenían LSD y que, "botón, botón", nadie sabía quién se quedaría con ellas. Vaya, me alegro de haber sido una de las afortunadas. ¡Fue divertido! ¡Fue extático! ¡Fue glorioso! Pero no creo que lo intente de nuevo. He oído demasiadas historias aterradoras sobre las drogas. Ahora que lo pienso, ¡debería haber sabido lo que estaba pasando! Cualquier tonto debería haberlo sabido, pero pensé que toda la fiesta era tan extraña y emocionante que supongo que simplemente no estaba escuchando o quizás no quería escuchar. Me habría muerto de miedo si lo hubiera sabido. Así que me alegro de que me lo hicieran, porque ahora puedo sentirme libre, honesta y virtuosa por no haber tomado la decisión yo misma. Y además, toda la experiencia ha terminado y pasado, y nunca volveré a pensar en ello.

En su siguiente entrada de diario, escribe:

...Durante dos días he intentado convencerme de que el LSD me convierte en una "droga adicta" y en todas las demás cosas de baja clase, impuras y despreciables que he oído sobre los niños que consumen LSD y todas las demás drogas. ¡Pero tengo tanta, tanta, tanta, tanta, tanta curiosidad que simplemente no puedo esperar a probar la marihuana, solo una vez, lo prometo! ¡Simplemente tengo que ver si es todo lo que dicen que es! Todas las cosas que he oído sobre el LSD obviamente fueron escritas por personas desinformadas e ignorantes como mis padres, que obviamente no saben de lo que hablan; quizás la marihuana sea lo mismo.

La experiencia de descubrimiento de Alice fue claramente extraordinaria para ella. Tropezó con un medio para sentirse de todas las maneras que deseaba sentirse y nunca lo hizo. El descubrimiento fue la primera vez en su vida que se sintió desinhibida y viva, conectada y amorosa con otras personas. El LSD tuvo el efecto conocido de distorsionar drásticamente sus percepciones. Le brindó una experiencia libre de las estructuras psíquicas que normalmente dan forma y definen la realidad de uno. Sus alucinaciones sensoriales se describen vívidamente: "escuchar a personas en la casa de al lado respirar"; "oler gelatina que se estaba haciendo al final de la cuadra"; "absorber música y escuchar cada nota que compone la pieza entera".

Dado que estaba descontenta y algo confundida acerca de sí misma, sus relaciones y la vida en general, es evidente que lo estaba aún más después del descubrimiento.

Cuando el LSD hizo efecto por primera vez, Alice describió sentir malestar físico y miedo. Pensó que estaba siendo envenenada, sintió una sensación de "aprehensión", "sofocación" y "estrangulamiento", pero la sustancia había distorsionado tanto sus percepciones que su malestar y miedo ya no importaban. Cuando pensó en lo que le había sucedido después, atribuyó el subidón a un poder dentro de sí misma, no al LSD. Implícita en su proceso de pensamiento después del descubrimiento, podemos ver los comienzos de una **ilusión de elección y control**. En su mente, simplemente había encontrado una nueva forma de sentirse bien o mejor y sería una tontería no perseguirla. No tiene idea de que está enganchada y de que está distorsionando la realidad. Al permitirle engañarse de esta manera, la negación hizo que su experiencia fuera **sintónica**. Operaba bajo la ilusión de que no era responsable de drogarse en primer lugar, ni de estar allí, de buscar emoción, de seguir a los demás y de no preguntar qué significaba "Botón, Botón". "Ellos me lo hicieron", dijo, "y ahora puedo sentirme libre, honesta y virtuosa por no haber tomado la decisión yo misma". Sus miedos e inseguridades fueron efectivamente bloqueados de su conciencia, "y además, toda la experiencia ha terminado y pasado y nunca volveré a pensar en ello".

Al final de su viaje, tenía dolor de cabeza, pero lo atribuyó a "risas largas e intensas", lo que implicaba que la experiencia valía la pena a pesar del dolor de cabeza. Aludió a sentirse asustada por todas las historias que escuchó sobre las drogas, pero eliminó el miedo asegurándose a sí misma que nunca las volvería a consumir. Mientras continúa la conversación consigo misma, se da cuenta de que "debería haber sabido lo que estaba pasando", lo que pudo haber sido lo más cerca que estuvo de volverse **distónica**. Parece que su negación efectivamente anuló cualquier conflicto de intereses que representara una amenaza para su dependencia en desarrollo.

Durante el descubrimiento, así como a lo largo de la progresión de su adicción, el **grupo jugó un papel enorme en el refuerzo de su negación**. Hubo un **acuerdo consensuado** de que, en primer lugar, estaban experimentando inofensivamente con la droga. El acuerdo consensuado "normalizó" lo que antes se consideraba anormal y lo que podría haber sido considerado anormal se consideró normal. Desde la perspectiva del grupo, todos estaban siendo geniales, divirtiéndose, iluminándose, conectándose, acercándose, etc. Ya sea que se discutiera explícitamente o no, parecía haber un entendimiento tácito de por qué estaban haciendo lo que estaban haciendo y que era algo grandioso de hacer. Alice también mencionó que el grupo la

aceptó, la hizo sentir como en casa. Aquí podemos ver que la brecha entre quienes apoyaban el uso de sustancias químicas y quienes no, se estaba ampliando.

La **presión de grupo** fue un factor importante para que Alice tuviera la experiencia en primer lugar. La actividad grupal, "tripear con LSD", se le presentó originalmente como un juego de niños. Bill, otro adolescente que le interesaba, parece haber sido seductor, aprovechándose de la ingenuidad de Alice. Alice dijo que no quería parecer estúpida. Impresionar a sus compañeros, obtener la aceptación del grupo y ser vista como lo suficientemente mayor y preparada por aquellos a quienes admiraba eran, obviamente, problemas para ella. No sabía qué hacer, así que observó a Jill para saber cómo actuar. Bill se acercó a ella y le aseguró que la cuidarían y, virtualmente, le dio permiso para soltarse y disfrutar de la experiencia. Quienes la acompañaron en su "viaje" se convirtieron en una audiencia para su espectáculo. Aplaudieron su actuación desinhibida y su exhibicionismo, dándole la oportunidad de expresar su profundo deseo de expresarse libremente y ser adorada; algo que probablemente nunca había hecho antes. La presencia de los demás era simplemente la guinda del pastel.

En la segunda entrada del diario, ella ya había dividido a las personas en forasteros e iniciados. Las cosas malas y aterradoras que había escuchado sobre las drogas eran invenciones de "personas desinformadas e ignorantes como sus padres, que obviamente no saben de lo que hablan". En esta etapa de su dependencia, a aquellos que podían compartir sus experiencias con las drogas los marcó como iniciados.

Dado que sabemos que Alice continuó consumiendo LSD y una variedad de otras sustancias que alteran la mente y el estado de ánimo, se volvió adicta y murió a la edad de 18 años por una sobredosis de múltiples drogas, es justo decir que su descubrimiento la llevó a una dependencia que finalmente la mató. También parece que las intervenciones de la familia o los profesionales de tratamiento fueron inadecuadas o ineficaces.

Resumen Final

Estos capítulos profundizan en los intrincados mecanismos psicológicos que sustentan la adicción, específicamente la **negación** y sus múltiples manifestaciones. El Capítulo 5, "La Multiplicidad de la Negación", ilustra cómo la negación no es un truco singular, sino un sistema de defensa sofisticado empleado por los adictos, a menudo sin su conciencia. Aspectos clave incluyen la **ilusión de elección y control**, que ciega a los adictos a su dependencia, y cómo la negación hace que la experiencia adictiva se sienta **sintónica**—natural y correcta—para el individuo, lo que afecta el juicio. Se exploran otros mecanismos de defensa como la **represión, la formación reactiva, la proyección y la grandiosidad**, demostrando las complejas formas en que los adictos eluden la responsabilidad y mantienen su autoengaño, lo que a menudo lleva a una profunda **falta de remordimiento**. El capítulo destaca cómo esta intrincada red de negación puede aislar peligrosamente a los adictos e impedirles reconocer las graves consecuencias de su comportamiento.

El Capítulo 6, "Pregúntale a Alicia", ofrece un conmovedor estudio de caso que ilustra vívidamente estos conceptos teóricos. A través de las entradas del diario de Alicia, somos testigos del profundo impacto del **dolor preexistente**—sus luchas con la autoestima, la soledad y la

agitación emocional— que prepararon el escenario para su "experiencia de descubrimiento" con el LSD. Su consumo inicial de drogas se describe como un escape y un poderoso agente de gratificación de necesidades, ofreciendo una fugaz sensación de conexión desinhibida y autoaceptación. El capítulo muestra cómo la **negación** de Alicia se arraiga inmediatamente, permitiéndole racionalizar sus elecciones y culpar a factores externos, mientras que la **dinámica de grupo** y la **presión de grupo** refuerzan aún más su realidad distorsionada y su dependencia incipiente. El trágico viaje de Alicia, que termina en una sobredosis fatal a los 18 años, sirve como un crudo recordatorio de cuán profundamente arraigada puede volverse la negación y la necesidad crítica de una intervención efectiva frente a una enfermedad tan poderosa e insidiosa.

Juntos, estos capítulos pintan un cuadro completo de la adicción como una compleja interacción de defensas psicológicas, vulnerabilidad emocional e influencias sociales, enfatizando la naturaleza engañosa de la negación y su profundo impacto en la percepción de la realidad de un adicto.

Capítulo 7

Diagnóstico de la dependencia química

"Donde hay negación, hay dependencia." A medida que el profesional del tratamiento comprende mejor la dinámica emocional de la adicción, podrá maximizar los beneficios del modelo de enfermedad. Estará mejor preparado para enfrentar los desafíos clínicos que presenta el adicto, comenzando por hacer un diagnóstico de adicción, así como desarrollar e implementar un plan de tratamiento. El concepto de enfermedad desenreda el embrollo de distracciones que a menudo oscurecen el problema principal. Comenzando con criterios establecidos y objetivos necesarios para hacer un diagnóstico de dependencia, el profesional siempre debe tener en cuenta los siguientes principios:

- La dependencia tiene vida propia, operando independientemente de la conciencia del adicto.
- Hay una pérdida de control en términos de cantidades y frecuencia de uso.
- El adicto no puede parar, a pesar de los problemas causados por la adicción.
- Hay un curso constante de deterioro marcado por un deterioro y debilitamiento observables.
- La dependencia es permanente. El adicto nunca podrá usar la(s) sustancia(s) de manera recreativa o controlada.
- La enfermedad es el problema principal. No es un síntoma de algún otro trastorno subyacente. Debe ser el primer orden de tratamiento.
- La abstinencia es siempre el primer paso necesario.

Dado que el inicio de la dependencia nunca es conocido de inmediato por el adicto, ni por nadie más, no hay forma de predecir quién caerá presa hasta mucho después de que se haya desarrollado una dependencia completa. En las etapas anteriores de la adicción, generalmente no hay signos visibles de sintomatología que apunten a la dependencia. No hay una prueba para

determinar quién se "enganchará" y quién no. Presumiblemente, el nivel de dolor preexistente (emocional y físico) en el momento del descubrimiento es un factor importante.

Ciertamente, es poco probable que el adicto busque ayuda mientras lleva a cabo su amorío secreto. La única forma en que el profesional puede saber si existe una adicción es haber estado allí con el adicto durante el descubrimiento y discutir lo que estaba sucediendo en ese preciso momento. Esto obviamente no es realista.

Para poder realizar un diagnóstico cuando no hay evidencia concreta de adicción (es decir, una crisis de algún tipo resultante de las actividades del adicto), el terapeuta debe ser capaz de identificar otras manifestaciones más sutiles de dependencia. Esto plantea un desafío significativo para el profesional, ya que su paciente negará la existencia de cualquier problema relacionado. Tendrá que depender del conocimiento y la intuición para hacer un diagnóstico.

Para poder hacer un diagnóstico de dependencia antes de que alcance proporciones monstruosas, conviene al terapeuta hacer una distinción entre una dependencia objetiva y una subjetiva. Para cuando la dependencia progresa hasta el punto de cambios conductuales y deterioro funcional, ya ha alcanzado etapas medias a avanzadas. Se ha convertido en una dependencia objetiva. La evidencia de signos claros hace posible un diagnóstico objetivo y claro.

Es durante las primeras etapas de la adicción, cuando nadie sabe y no hay signos visibles, que la dependencia, si la hay, es de naturaleza subjetiva. Por lo tanto, si el terapeuta va a hacer un diagnóstico temprano, será un diagnóstico "subjetivo"; es decir, basado en información subjetiva.

Los criterios subjetivos son las manifestaciones de la negación, que luego se interpretan. Cualquier manifestación indica la presencia de dependencia. Se debe asumir que si hay una dependencia, la negación estará operando, y estar atento a cómo se manifiesta. No habría defensa si no hubiera nada que defender.

Llevando esta teoría un paso más allá, y volviendo a traer la Ley de Newton a esta discusión, podemos asumir que la frecuencia y profundidad de la negación es relativa a la fuerza de la dependencia. Cuanto más el paciente minimiza, justifica, culpa o actúa como si no hubiera nada de qué preocuparse, más probable es que exista una dependencia y más arraigada es probable que esté.

¿Cómo sabemos si una dependencia es realmente un problema? Cuando una dependencia no ha alcanzado proporciones objetivas; es decir, cuando no hay evidencia concreta de problemas relacionados, es razonable pasarla por alto – "si no hay problemas, no hay nada que tratar". Algunas escuelas de pensamiento descartarían la noción de una dependencia subjetiva cuando no parece ser problemática, por lo tanto, no tratable. Se podría argumentar que tenemos derecho a nuestras dependencias o vicios, que la vida es tan estresante que necesitamos estas salidas. Este punto de vista argumentaría que tenemos la libertad de elegir ser dependientes o compulsivos, sea cual sea el caso, especialmente cuando no hay un costo aparente para nosotros mismos o para nadie más.

Si bien todo esto puede ser cierto, la idea es no perder de vista una dependencia cuando existe. Debe hacerse la distinción entre la existencia de una dependencia y los problemas que surgen de ella. Ciertamente está dentro del ámbito de lo posible que uno pueda reconocer que existe una

dependencia, pero no verla como problemática, y por lo tanto no buscar ayuda. La recomendación de tratar una dependencia debe basarse lógicamente en la existencia de problemas relacionados y en la gravedad de esos problemas.

Otra pregunta que a menudo se plantea al distinguir entre una dependencia objetiva y una subjetiva es si necesariamente progresa de subjetiva a objetiva. El noventa y nueve por ciento de las veces, cuando hay drogas como el alcohol, la cocaína, las anfetaminas, la heroína, los medicamentos recetados y el LSD, la dependencia progresará de subjetiva a objetiva. Es muy poco probable que alguien que dependa de estas sustancias y continúe usándolas no exhiba eventualmente un deterioro conductual o físico marcado. Sin embargo, si hay una excepción, podría argumentarse en el caso de la dependencia de la marihuana. En comparación con las otras sustancias, el consumo de marihuana parece tener muchas menos consecuencias.

Muchos consumidores y adictos a la marihuana trabajan, tienen familias y amigos, y aparentemente son productivos en sus vidas. Su comportamiento y nivel de funcionamiento parecen mantenerse dentro de parámetros relativamente normales, y la evidencia objetiva de problemas resultantes es escasa, por lo que pueden optar por continuar su relación con la marihuana bajo su propio riesgo. Si bien siguen siendo responsables de las consecuencias de su consumo, lidiarán con esas consecuencias si y cuando surjan. En estas situaciones, es posible que no haya base para la intervención.

¿Qué diferencia hay en las actividades o el estilo de vida que alguien elige seguir, o cómo esa persona percibe o malinterpreta los riesgos involucrados, si no ve o no le importan los problemas potenciales? Incorporar la fórmula "Donde hay negación, hay dependencia" le brinda al consejero de tratamiento la opción de confiar en criterios subjetivos para diagnosticar la dependencia. La evaluación de criterios subjetivos permite al consejero de tratamiento realizar la intervención más temprana posible. Considerar la frecuencia y la profundidad de la negación como relativas a la gravedad/etapa de la dependencia tendrá implicaciones importantes en la determinación del tratamiento recomendado.

Capítulo 8

Estigma

(En el contexto de la adicción y el tratamiento)

Es bastante común que los profesionales de la ayuda pierdan su objetividad clínica al tratar la dependencia química y otras adicciones. Gran parte del tiempo, el estigma asociado a la adicción, y otras condiciones relacionadas, es un factor contribuyente importante a la aparente pérdida de objetividad. Muchos terapeutas y consejeros de tratamiento subestiman el grado en que son impactados.

Para que el consejero de tratamiento cumpla con el estándar de lograr el más alto nivel posible de objetividad de manera consistente, es necesario aprender sobre este fenómeno abrumadoramente poderoso que altera la percepción. La capacidad del terapeuta para identificar e interpretar los signos del estigma depende de tener información básica arraigada en su psique.

Un estigma es un atributo visible o conocido que relega a una persona a una categoría de personas inferior o menos deseable. Cuando una persona es estigmatizada, nuestras percepciones y trato hacia esa persona se ven afectados. La persona es etiquetada como "defectuosa" y posteriormente es marcada como un paria, como un ejemplo de lo que no debe ser. El estatus de la persona, cómo es vista a los ojos de los demás y cómo se sentirá en última instancia consigo misma, todo ello bajo un ataque arbitrario y brutal.

Independientemente de si somos conscientes de nuestras reacciones, la tendencia es a reaccionar con evitación, indiferencia y desdén. Independientemente de las razones o circunstancias, una persona incapaz de ajustarse a los estándares que la sociedad considera "normales" es estigmatizada. La persona es deshonrada, tratada como débil, malvada, inmoral, incapaz e indigna. Se le reduce de una persona completa y normal a una persona manchada y devaluada (Goffman et. al.).

El tipo de dolor profundo y silencioso que sufre la persona estigmatizada cuando sabe que lo que es en su esencia es no deseado, indigno y no perteneciente, puede quebrarlo o quebrarla. El estigma hace que la vergüenza y la alienación invadan el sentido de uno mismo y las relaciones.

La estigmatización es un proceso de condicionamiento social y familiar. Para cuando somos adultos, las reacciones y juicios negativos asociados a cualquier condición estigmatizada están profundamente arraigados en nuestro inconsciente. Aquellos que llevan un estigma saben que serán desacreditados en el momento en que su estigma se haga conocido.

El fenómeno de la estigmatización nace de la estructura de poder política y social que considera el estándar predominante de aceptabilidad, pertenencia, valor y normalidad como una imagen deseable. Las contingencias que determinan lo que se considera deseable son decididas y transmitidas por quienes detentan el poder. En cualquier sociedad, hay quienes desacreditan y quienes son desacreditados. El estigma es el arma utilizada para restaurar la norma para todo el sistema social, haciendo cumplir la conformidad castigando arbitrariamente a quienes se desvían de esos estándares, sin importar cuán poco realistas puedan ser los estándares.

Los poderes fácticos en una jerarquía sociopolítica determinada pueden definir lo deseable y lo indeseable, que es todo lo que uno quiere y no quiere ser, respectivamente. La deseabilidad es la recompensa para aquellos que son capaces de parecer "juntos", tener el control, ser invulnerables y exudar amabilidad en todo momento. Las recompensas de la fama, la adoración, la riqueza, el prestigio y el poder son ciertamente incentivos tentadores. La indeseabilidad es el castigo por no poder parecer "juntos", en control, invulnerables. También es el castigo para aquellos que, en cambio, son vistos como personas con problemas, que expresan negatividad o dolor, y/o que necesitan ayuda.

La diferencia en la percepción entre una condición estigmatizada visible, como una deformidad, y una condición estigmatizada invisible, como una adicción, es extremadamente significativa. En el caso de la adicción y otras condiciones relacionadas, la estigmatización surte efecto en el momento en que la condición se hace conocida. Cuando la condición es visible, cuando no hay forma de ocultarla, uno debe aprender a vivir con el estigma. Cuando la condición es invisible, la apariencia y el engaño entran en juego. Uno esperaría comprensiblemente un esfuerzo desesperado por escapar del rechazo manteniendo oculta cualquier posible estigma.

Estamos abordando la enormidad del efecto dominó del estigma. No solo estamos condicionados a hacer que las cosas parezcan mejores de lo que realmente son, también estamos condicionados a engañar a otros y a engañarnos a nosotros mismos. Existe un estigma asociado a no mostrar vulnerabilidad, lo que hace que parecer invulnerable, desapegado y/o en control sea la norma.

El efecto dominó también distorsiona nuestra noción de fuerza de voluntad y lo que significa ser humano. En primer lugar, la tendencia es a no darnos cuenta de las limitaciones de nuestra fuerza de voluntad hasta que nos vemos obligados a hacerlo, como en el "tocar fondo". En segundo lugar, rendirse a estas realidades (no poder controlar una adicción, resolver el problema, hacer desaparecer el dolor, etc.) son experiencias amargamente desilusionantes y que inducen vergüenza. Cuando uno ha vivido una existencia defendida prácticamente toda su vida, no hay forma de asimilar la nueva y desorientadora noción de uno mismo como vulnerable, o de no poder "simplemente parar". El impacto se extiende al manejo de los sentimientos en general. A menudo, cuanto más se acerca uno a sus sentimientos reales y a la profundidad de esos sentimientos, más se siente la falta de familiaridad y la inseguridad. Muchos temen esta confrontación "definitiva". Incluso un avance momentáneo puede ser impactante.

La influencia del estigma y la profundidad de la vergüenza que conlleva pueden ser, y a menudo son, subestimados por los profesionales del tratamiento. Esto es especialmente relevante considerando los problemas clínicos involucrados: estar preparado para la oleada de vergüenza basada en el estigma por tener la enfermedad de la adicción, ser un adicto, tener problemas, necesitar ayuda, no tener suficiente fuerza de voluntad y, de hecho, por el daño causado a uno mismo y a los demás. Todo lo cual son grandes obstáculos a lo largo de la recuperación. No solo lleva mucho tiempo superarlos, sino que estos obstáculos también se manifiestan de formas sutiles y son problemas terapéuticos profundos y fundamentales. Para que el consejero facilite el cambio en la forma en que el adicto se ve a sí mismo, él/ella debe haber recorrido ese camino en sí mismo. Es poco probable que el consejero identifique, y mucho menos aborde eficazmente, problemas que él o ella no ha abordado en sí mismo, y mucho menos aquellos a los que todavía se resiste.

El estigma de la adicción plantea posibles problemas de contratransferencia para el profesional de la ayuda que lo subestima o no lo conoce. Los clínicos son seres humanos, no inmunes ni impermeables a los poderosos efectos del estigma. Los juicios socialmente adoctrinados pueden y a menudo se abren camino en la mente del clínico. Por ejemplo, el consejero podría percibir inconscientemente al adicto como alguien defectuoso de alguna manera, ver a su paciente bajo una luz menos deseable en lugar de ver a alguien en las garras de una adicción. El consejero podría no tener idea de que su nivel de compasión ha disminuido y su perspectiva se ha ensombrecido. También es posible que el consejero busque otras causas, pasando por alto el problema principal y centrándose en problemas secundarios. Es posible que un terapeuta que opera bajo la influencia del estigma evite el diagnóstico de adicción para no tener que lidiar con todas las ramificaciones incómodas.

Si bien la idea aquí es que el clínico trabaje para minimizar la contratransferencia examinando el impacto del estigma en sí mismo, hacerlo podría plantear un dilema interesante. Cuando la norma para los terapeutas es siempre esforzarse por la aceptación incondicional – no tener

ningún juicio – sacar a la luz los propios pensamientos profundos y oscuros podría automáticamente poner en peligro el ideal de un buen terapeuta, convirtiéndose en una experiencia que induce vergüenza por derecho propio.

Por otro lado, si la cuestión del estigma no se aborda y el consejero permanece aislado de su propia reactividad, es probable que no esté sintonizado con la experiencia emocional del paciente, ni sea capaz de lidiar con su vergüenza internalizada. También correrá el riesgo de reforzar inadvertidamente la vergüenza del paciente al reflejar a otro ser humano atrapado en el estrangulamiento del estigma.

Capítulo 9

Adicción a la pornografía y al sexo

"La excitación corporal real mezclada con la fantasía encierra para muchos una fascinación mezclada con horror." R.D. Laing

En el transcurso de mi trabajo con adictos, y con hombres en particular, encontré una incidencia alarmantemente alta de actividad pornográfica. La pornografía puede definirse como cualquier forma de comunicación destinada a excitar el deseo sexual. Puede ser material escrito, imágenes, charlas sexuales, un striptease, demostraciones en vivo de actos sexuales (espectáculos de peep show), frecuentar salones de masajes o visitar prostitutas. En muchas de estas situaciones, la actividad pornográfica había existido antes de la dependencia química del individuo, pero parecía intensificarse después de que las sustancias químicas entraran en escena.

Inicialmente, la adicción a la pornografía nunca se me pasó por la cabeza. La posibilidad de una adicción real parecía poco probable. ¿Convertirse en adicto a imágenes y actividades relacionadas con el sexo? ¿Cómo ocurre eso? Mi mente de terapeuta estaba intrigada. He leído que "los encuentros únicos con un libro o una película de naturaleza erótica son tan emocionalmente excitantes que los sentimientos e imágenes persisten en la conciencia durante muchos meses y años después" (Goldstein y Kant). Sin embargo, no pensaba en términos de volverse adicto a imágenes o ilustraciones.

Solo con una inspección superficial, era evidente que estos pacientes estaban descontrolados en su comportamiento, y sus actividades relacionadas con la pornografía habían progresado a una habituación compulsiva. La mayor parte del tiempo, estas actividades se realizaban en secreto y solos, lo que hacía que la adicción fuera una posibilidad genuina. Los pacientes sabían que en realidad no querían pasar la mayor parte de su tiempo en películas pornográficas, peep shows, salones de masajes o con prostitutas, pero carecían de la capacidad de comprender qué los obligaba a hacerlo. La posibilidad de ser adictos tampoco se les pasaba por la cabeza.

En un esfuerzo por garantizar un diagnóstico preciso, realicé evaluaciones exhaustivas sobre la naturaleza y la gravedad del problema, el nivel de dolor preexistente (emocional) y la necesidad de alivio. Claramente, existía una adicción.

En primer lugar, se cumplieron los criterios necesarios para ser considerada una enfermedad. Se había establecido una dependencia patológica y una relación patológica. Una progresión en

cadena de problemas en varias facetas de la vida de los adictos era evidente. Parecían completamente inconscientes del profundo impacto que su adicción tenía en sus vidas y relaciones, y no eran conscientes de que se había desarrollado una poderosa dependencia o relación primaria. La negación me miraba a la cara.

Desde una perspectiva de tratamiento, estos pacientes eran, por lo tanto, doblemente adictos, tanto a sustancias como a la pornografía. Sin embargo, su adicción a la pornografía también era un problema principal: antes de que pudieran producirse cambios sustanciales o a largo plazo o de que se pudieran abordar otras cuestiones, la abstinencia y la estabilidad eran el primer orden de tratamiento.

Casi todos los pacientes con doble adicción que he tratado fueron atraídos por el "máximo subidón" que se lograba al combinar ambos, drogarse y tener sexo. Se drogaban para tener sexo, el efecto químico facilitaba y mejoraba sus encuentros sexuales. El subidón químico ayudaba a que el sexo fuera más placentero al reducir sus inhibiciones y permitirles sentirse más íntimos de lo que realmente eran. La alteración de la mente/ánimo también acentuaba la excitación corporal. La mayoría de estos encuentros sexuales eran "aventuras de una noche", y la mayoría de la gente los consideraría promiscuos. La excitación sexual intensificaba aún más el subidón químico.

Al hablar sobre su involucramiento en actividades relacionadas con la pornografía, las personas no tenían que verbalizar lo avergonzadas que se sentían: la vergüenza estaba impresa en todo su cuerpo y expresiones faciales, plagadas por el enorme estigma imperante asociado con la adicción relacionada con la pornografía. Esto fue un recordatorio adicional de que estaba trabajando con adictos, y que cuando se trata de adicciones a la pornografía/sexo, el clima social es de ignorancia, lo que induce vergüenza y disuade al adicto de arriesgarse a la exposición. El secreto es fácilmente comprensible en estas condiciones. Los adictos no son propensos a reforzar la vergüenza ya internalizada sometiéndose a una mayor devaluación a los ojos de los demás.

Afortunadamente, la aplicación del concepto de enfermedad a la adicción a la pornografía/sexo mitiga los efectos inductores de vergüenza del estigma. Hay más compasión y menos condena, y los adictos a la pornografía/sexo tienen más libertad para presentarse a buscar ayuda.

Muchos de estos pacientes expresaron el deseo de tener una relación real, pero no creían ser capaces de tener una, o que una fuera siquiera posible. Sin tratamiento, una relación sana es imposible. Cuando pregunté qué creían que les faltaba en sus relaciones, no sabían. Cuando se les preguntó qué pensaban que era una relación sana, no tenían ni idea. Había temas recurrentes de fracaso, decepción, rechazo, miedo y humillación. Estaban en malas relaciones o no tenían ninguna relación; rara vez salían y estaban plagados de inseguridades.

¿Cómo llega uno a depender patológicamente, o a desarrollar una relación patológica, con actividades pornográficas? ¿Se aplica también a la pornografía el modelo teórico para comprender la dinámica emocional de la dependencia química – basado en la premisa de la formación de una relación patológica, que comienza con el descubrimiento e implica la interacción sinérgica de dependencia y negación?

Cuando un paciente adicto a la pornografía, Stew, expresó sus preocupaciones sobre su experiencia en las relaciones, se arrojó luz sobre las preguntas anteriores. "Mis fantasías parecen

más excitantes que la gente real. ¿Por qué las mujeres siempre me decepcionan? Me he vuelto tan cínico. Me temo que estoy buscando algo que ni siquiera existe. Afortunadamente, al menos siempre tengo mis fantasías a las que recurrir."

Teniendo la sensación de que aquí había una mezcla de imaginación y necesidades emocionales inconscientes e insatisfechas, exploré el contenido de sus fantasías.

Resultó que la experiencia de Stew estaba ligada a una fantasía recurrente en particular que se remontaba a una experiencia de descubrimiento que tuvo a los dieciséis años cuando se topó con material pornográfico escrito, específicamente una historia sobre una mujer mayor que seducía a un adolescente.

"Nunca olvidaré haberlo leído. Casi me vengo en los pantalones. No creo que volviera a ser el mismo después de eso." "¿Por qué? ¿Qué pasó? ¿Qué cambió?" "Creo que acababa de empezar a eyacular. Era nuevo, se sentía bien, pero no increíble. Pero después de leer ese libro, corrí a casa, fui a mi habitación y me masturbé. Como si hubiera tenido sexo por primera vez y ya no fuera virgen. No estaba fantaseando mucho, nada tan emocionante como para fantasear. Pero después de eso, tenía mucho más con qué trabajar. Pude imaginar cómo la desvestía, cómo me desvestían a mí, los detalles... Nunca estuve más excitado. Quería ser ese chico de la historia. Todas sus ansiedades, inseguridades, miedos, ¡desaparecidos! Como si todo lo que siempre había deseado se hubiera hecho realidad." "¿Qué fue, específicamente, lo que te involucró tanto con ella?" Él respondió: "Esa mujer, la Sra. Taylor, sabía por lo que estaba pasando. Todo lo que pudo haber pedido. Ella le brindó la guía, la seguridad, la atención y el cuidado que necesitaba. No sabía que existieran mujeres como ella." Asentí. "Tu descubrimiento hizo de la masturbación una experiencia completamente nueva." "Ahora, cuando me masturbo, es con ella. Es como si estuviera teniendo sexo con ella", continuó Stew. "¿A quién te imaginas que reemplaza a la Sra. Taylor cuando te masturbas?"

Se encogió de hombros. "Alguna mujer que me atrae. Usualmente mayor. Las chicas de mi edad no me atraen." "¿Alguna vez hablaste con alguien sobre tu descubrimiento?" Pareció sorprendido por la sugerencia. "¿Estás bromeando? Nadie. Además, ¿quién lo entendería? Solo sería un problema que no necesito."

Stew describió una experiencia de descubrimiento profundamente gratificante, momento en el cual podemos asumir que se había formado un antojo irresistible, una dependencia patológica y una relación patológica con las imágenes (de la Sra. Taylor) que le traían excitación y alivio (temporal), pero ningún alimento sustantivo. El "efecto porno" le abrió el apetito por una experiencia que antes era desconocida, imposible, prohibida, pero necesaria. Todo sucedió a la vez: la máxima excitación sexual se combinó con fuertes necesidades emocionales subyacentes e insatisfechas que cobraron vida; y las imágenes que representaban su gratificación quedaron grabadas en su psique. Mantuvo un amorío secreto con una imagen, "la Sra. Taylor", lo que, a la larga, solo le trajo más frustración y dolor, ya que carecía de cualquier alimento emocional real y le imposibilitaba desarrollar relaciones íntimas. Parecía que su relación con la Sra. Taylor era primordial en su vida. Podemos ver aquí la interacción sinérgica de la dependencia y la negación.

Como él describió, su descubrimiento marcó el comienzo de un estado de insaciabilidad perpetua, ya que la realidad y las mujeres reales fueron degradadas a un estado de "menos que".

No podía distinguir la fantasía de la realidad. No podía separarse del personaje con el que se identificaba y no tenía idea de que estaba proyectando sus necesidades en el personaje. El cambio en la conciencia, o más bien la falta de conciencia, había ocurrido de manera ego-sintónica. No era consciente de traicionar su propio sentido de los valores, ni de los efectos nocivos, ni de la acumulación de vergüenza, si la había, asociada con esas actividades.

La experiencia de Stew de sí mismo era que estaba más lúcido que nunca, que sabía exactamente el tipo de mujer que buscaba. En su mente, él no era el problema, las mujeres eran el problema. Y mientras tuviera a la Sra. Taylor, realmente no necesitaba a nadie más. Nadie iba a ser tan bueno. Claramente, la negación reinaba suprema sobre su percepción y motivación, ya que eliminaba cualquier conflicto de intereses. Afirmó que no iba a hacer nada que pudiera poner en peligro la relación.

La experiencia de Stew podría ser un ejemplo apto de lo que R.D. Laing quiso decir cuando dijo: "La excitación corporal real junto con la experiencia imaginaria encierra para muchos una fascinación mezclada con horror." ¿Cuál es el horror? ¿Nos está alertando sobre nuestra vulnerabilidad a la adicción? ¿Es el horror cuán mal equipados estamos para lidiar con las necesidades y sentimientos que se agitan cuando nuestra imaginación se ve afectada? ¿Es la incapacidad de distinguir entre una experiencia de fantasía orgásmica y la realidad, y caer en un estado de insaciabilidad perpetua?

Laing's paradójica afirmación nos desafía a fantasear, a descubrir de qué está hablando, y sin embargo estamos familiarizados con la verdad que pronuncia. ¿Conduce necesariamente el desenterrar el mundo profundo y oscuro del deseo libidinal a un clímax horripilante? ¿Deberíamos intentar protegernos de la experiencia?

En una discusión en la que describe cómo la experiencia de uno se distorsiona, Laing se centra en el comportamiento de la masturbación: "El masturbador tiene un cuerpo que experimenta orgasmos reales en situaciones imaginarias. La imaginación induce efectos físicos reales, pero estos son sutilmente diferentes de la experiencia de una relación no imaginaria. Así, acostumbrado al orgasmo de la masturbación, se vuelve inseguro de cómo manejarse en relaciones no imaginarias. Teme que su cuerpo reaccione como lo hace en su imaginación. Puede haber una gran diferencia entre cómo siente su cuerpo y cómo aparece a los demás. Pero la mezcla de sentimientos no imaginarios con otros imaginarios en el orgasmo puede llevarlo a temer su confusión en una situación pública. Y con personas reales, esperará que se den cuenta de la forma en que él imagina en su imaginación masturbatoria."

¿Cómo influyen las necesidades emocionales insatisfechas en la adicción? Nuestras necesidades inconscientes son las fuerzas impulsoras detrás de nuestra percepción y comportamiento, y nuestra imaginación sirve como una extensión de esas necesidades para aliviar el dolor y/o la frustración reprimidos.

En *La naturaleza y función de la fantasía* (1952), Susan Isaacs presentó una teoría psicoanalítica de la fantasía: "Las fantasías son el contenido primario de los procesos mentales inconscientes. Son principalmente representaciones psíquicas de instintos libidinales y destructivos. Temprano en el desarrollo, también se elaboran en defensas, es decir, deseos cumplidos y contenidos de

ansiedad. Los 'contenidos de ansiedad' son impulsos, sentimientos o pensamientos que podrían provocar un nivel debilitante de ansiedad si fueran conscientes".

Isaacs sostiene que nuestra psique tiene la capacidad de reprimir estos "contenidos de ansiedad" mientras crea una salida para la expresión de la necesidad o frustración a través de la fantasía. Ella ve la fantasía como una representación simbólica de necesidades subyacentes, que la fantasía es una forma de proyección. Al igual que otras defensas como la negación, la represión, etc., no es posible probar la existencia de la fantasía inconsciente a la persona que está inmersa en ella, porque se experimenta como realidad y opera inconscientemente. Solo cuando la persona emerge de su imaginación puede ver una diferencia entre la fantasía y la realidad.

Las fantasías de uno no solo reflejan qué necesidades permanecen insatisfechas, sino que también son lo que la persona experimenta como real. Las fantasías se convierten en un punto de referencia o estándar para la realidad.

Otro punto importante que Isaacs señala es que las fantasías inconscientes son una forma de experimentar nuestros deseos y ejercen una influencia continua a lo largo de la vida y las relaciones. Las diferencias radican en el carácter específico de las fantasías dominantes, el deseo o la ansiedad asociados a ellas, y su interacción con la realidad. Esto implica que el grado en que la realidad y la fantasía se mezclan corresponde al grado de frustración o necesidades insatisfechas. El contenido específico de las fantasías depende en gran medida de qué necesidades están frustradas y qué personas y objetos se asocian con la satisfacción y la frustración. Las fantasías llenan todo lo que falta en la vida de uno.

Se podría argumentar que en nuestra sociedad la proliferación de pornografía es indispensable. Se ha dicho que la pornografía es una salida viable para la frustración y represión sexual acumuladas, y que sirve para reducir la incidencia de violaciones, exhibicionismo, suicidios y asesinatos. Los adictos a la pornografía/sexo se racionalizan y defienden de la misma manera que los drogadictos y alcohólicos: "Soy libre. Es mi prerrogativa. No estoy haciendo daño a nadie. No es asunto de nadie."

Existe una tendencia actual para que los personajes o las personas involucradas en la entrega de actividades relacionadas con la pornografía/sexo actúen de manera más sofisticada. Su papel como proveedores de gratificación ha evolucionado desde el sexo descarado puro (que era más obviamente denigrante para el adicto más sensible) hacia representaciones más sutiles y humanas. Los títulos del material pornográfico a veces pueden confundirse con historias de amor o de aventuras, pero con fuertes connotaciones sexuales. Las tramas y los diálogos en las historias parecen ser temáticas de necesidades humanas básicas; pero siempre conducen a actos sexuales gráficos. Del mismo modo, las prostitutas y masajistas a menudo tratan de tratar a sus clientes con mucho cariño (Tender Loving Care), llamándolos "cariño", "bebé" o "amor". "¿Qué te gustaría, cariño?" Las prostitutas más caras ofrecen una atención y conversación más individualizadas. Al concentrarse en complacer, están muy practicadas en decir lo que sus clientes quieren escuchar y hacerlos sentir especiales, deseados y respetados.

La prostituta en la obra de Tom Topor *Nuts* dijo lo siguiente para convencer a una sala de tribunal de la valía de sus servicios: "Y, cariño, valgo la pena el problema. Créame. Si quiere lo mejor... Estoy hablando de llevar su cuerpo al cielo y su mente al sur. Estoy hablando de mirarlo tanto;

odiará a toda mujer que toque. Estoy hablando de mi boca en su boca y mi lengua donde usted la quiera. Estoy hablando de complacer todas sus fantasías y luego darle esas fantasías una por una. Solo para usted. Todo para usted. Nadie más que usted..." Cegado por el hambre y la desesperación – y una total falta de experiencia – el adicto a la pornografía no puede distinguir el verdadero cuidado y conexión en las relaciones de un juego de estafas.

Como ocurre con la dependencia química, hay mucho más en la compulsión obsesiva del adicto a la pornografía/sexo de lo que parece. Así como hay más en el efecto (químico) que altera la mente/el estado de ánimo para explicar la formación de la adicción, el efecto de la pornografía no es solo una cuestión de gratificación sexual. Parece que el descubrimiento ocurre, la dependencia y la negación están operando, y se produce una interacción sinérgica entre la excitación física/corporal, las necesidades emocionales inconscientes y la imaginación. La diferencia entre quienes tienen una experiencia de descubrimiento y se convierten en adictos a la pornografía/sexo y quienes no (o quienes participan en tales actividades recreativamente) puede ser el nivel de dolor preexistente (por necesidades emocionales insatisfechas) y la necesidad de aliviar este dolor. Similar a la dependencia química,

Resumen Final

Estos capítulos profundizan en los aspectos críticos del diagnóstico, el estigma y las manifestaciones específicas de la adicción, particularmente en relación con la dependencia química y sexual.

El **Capítulo 7, "Diagnóstico de la dependencia química"**, enfatiza que "donde hay negación, hay dependencia". Establece el modelo de enfermedad como un marco crucial para comprender la adicción, destacando la pérdida de control, el deterioro progresivo, la permanencia del problema y su naturaleza primaria. El capítulo subraya que la abstinencia es el paso inicial esencial. Aborda el desafío del diagnóstico temprano, especialmente cuando los signos no son objetivamente evidentes. Introduce el concepto de **dependencia subjetiva**, que se diagnostica a través de las manifestaciones de la negación (minimización, justificación, culpa) mucho antes de que se produzcan cambios conductuales visibles. Esta distinción es vital para la intervención temprana, sugiriendo que la profundidad de la negación es proporcional a la fuerza de la dependencia, lo que permite a los consejeros basarse en criterios subjetivos para las intervenciones más tempranas posibles. También considera las diferencias en la progresión de la adicción entre varias sustancias, como la marihuana, donde el deterioro objetivo puede no ser tan evidente.

El **Capítulo 8, "Estigma"**, explora el profundo impacto del estigma en los profesionales del tratamiento y en los propios adictos. El estigma, definido como un atributo que devalúa a una persona, afecta las percepciones y conduce a la evitación y el desdén. Argumenta que la estigmatización es un proceso de condicionamiento social profundamente arraigado, donde quienes detentan el poder definen la "normalidad" y castigan a quienes se desvían. El capítulo distingue entre el estigma de las condiciones visibles e invisibles (como la adicción), donde esta última conduce a esfuerzos desesperados por ocultar la condición, lo que exacerba el autoengaño y la vergüenza. Destaca cómo el estigma distorsiona las nociones de fuerza de voluntad y

vulnerabilidad, lo que hace que los adictos luchen por reconocer sus limitaciones. Para los profesionales, el estigma puede generar problemas de contratransferencia, disminuyendo la compasión y llevando a un diagnóstico erróneo o a la evitación de abordar la adicción. El capítulo concluye enfatizando la necesidad de que los consejeros aborden su propio estigma internalizado para proporcionar una atención eficaz y compasiva.

El **Capítulo 9, "Adicción a la pornografía y al sexo"**, explora la aplicación del modelo de enfermedad al comportamiento adictivo sexual. El autor observa una alta incidencia de actividad pornográfica entre los adictos químicos, que a menudo preexistía y se intensificaba con el consumo de drogas. Inicialmente, el autor se mostró escéptico ante el concepto de adicción a la pornografía, pero pronto reconoció patrones de comportamiento compulsivo, secreto y la presencia de negación, lo que llevó a diagnosticar una **dobles adicción**. Se revela que muchos pacientes buscaban una "máxima euforia" combinando drogas y sexo, utilizando químicos para reducir las inhibiciones y mejorar la intimidad percibida. El capítulo subraya el inmenso estigma y la vergüenza asociados con la adicción a la pornografía/sexo, lo que fomenta el secretismo. A través de un estudio de caso (Stew), el capítulo ilustra una experiencia de "descubrimiento" con la pornografía que satisfizo necesidades emocionales insatisfechas, lo que llevó a una **dependencia patológica** de la fantasía y una incapacidad para formar relaciones reales. Laing se cita para discutir la mezcla de excitación corporal real con la experiencia imaginaria, preguntando si el "horror" radica en la vulnerabilidad a la adicción y la dificultad de distinguir la fantasía de la realidad. El capítulo concluye discutiendo la teoría de Susan Isaacs sobre la **fantasía inconsciente** como una forma de aliviar el dolor emocional no satisfecho y cómo estas fantasías se convierten en una "realidad" que impide el desarrollo de relaciones saludables. También aborda la racionalización de los adictos a la pornografía y la evolución de la industria de la pornografía para explotar las necesidades emocionales.

En conjunto, estos capítulos enfatizan la naturaleza multifacética de la adicción, destacando la necesidad de un diagnóstico perspicaz basado en criterios subjetivos cuando los signos objetivos están ausentes, la influencia omnipresente y a menudo subestimada del estigma, y la aplicabilidad del modelo de enfermedad a diversas formas de adicción, reconociendo el papel central de la negación, las necesidades emocionales no satisfechas y las experiencias de "descubrimiento" en su desarrollo y mantenimiento.

Conclusión

Si uno comprende y acepta un paradigma de adicción basado en relaciones patológicas, ¿cuál es el siguiente paso? La adicción representa una relación poco saludable con una sustancia o actividad que induce un estado alterado de excitación elevada y placer temporal. Esta relación pone en peligro el bienestar al engañar al adicto haciéndole creer que está siendo nutrido cuando, en realidad, se está volviendo cada vez más privado y desnutrido emocional y físicamente.

Hemos visto que las relaciones patológicas no se desarrollan en el vacío: las condiciones preexistentes hacen más probables las experiencias de descubrimiento. Irónicamente, la fuente principal de dolor puede remontarse a otras relaciones patológicas que privan a uno del sustento

emocional, creando un vacío que exige ser llenado. A menudo se reduce a una falta predominante de intimidad.

Típicamente, un nivel extraordinariamente alto de dolor por necesidades emocionales no satisfechas acumulado durante la vida predispone a alguien a una experiencia de descubrimiento. No podemos decir "lo que no sabemos no duele" porque sabemos que sí duele, sea o no consciente la persona del dolor y la necesidad de alivio. Esto es inevitable: necesitamos relaciones emocionalmente nutritivas. Si no están disponibles, formaremos relaciones con lo que proporcione más alivio, sin importar si solo empeora las cosas.

Este paradigma de adicción establece el escenario para un paradigma de tratamiento basado en crear relaciones saludables que proporcionen nutrición emocional y disminuyan la necesidad de alivio. Si los adictos pueden adquirir las habilidades y experiencias necesarias para hacer la transición de relaciones patológicas a saludables, y de relaciones no satisfactorias emocionalmente a satisfactorias, estarán bien encaminados hacia una recuperación sólida. Este es el desafío definitivo.

Apéndice: La Dinámica de la Adicción

Fase de Descubrimiento

- **El nivel de dolor preexistente** predispone al individuo a la adicción
- **La intensidad del dolor preexistente** determina la fuerza relativa del subidón inicial alcanzado
- **La fuerza del subidón inicial** se correlaciona con la probabilidad y fuerza de desarrollar dependencia
- **Se desarrolla un apego irreversible** o dependencia
- **Comienza la insaciabilidad perpetua**: la realidad se convierte en una experiencia "menor"
- **La negación se activa** inmediatamente
- **El arsenal de la negación** contra la realidad elimina todas las amenazas para proteger la fuente y mantener la relación
- **El acuerdo consensual** refuerza la negación validando la realidad distorsionada y celebrando la relación con la sustancia

Dinámicas de Dependencia y Negación

- **Ocurren simultáneamente** y comienzan juntas
- **Nunca existen independientemente** una de la otra
- **Son iguales y sinérgicas** en su operación
- **La negación opera** en interés de la dependencia en todo momento y a cualquier costo

- **La efectividad de la negación** iguala la fuerza de la dependencia; la fuerza de la dependencia iguala la efectividad de la negación
 - **La negación trabaja cada vez más duro** para compensar los conflictos de interés crecientes
 - **La dependencia se convierte** en la relación principal del adicto
 - **El estado de insaciabilidad** se perpetúa indefinidamente
-