

50

COSAS
QUE HAY QUE
SABER SOBRE

PSICOLOGÍA

ADRIAN FURNHAM

Ariel



Adrian Furnham

50 COSAS
QUE HAY QUE SABER
SOBRE PSICOLOGÍA

Traducción de
Santiago Madero

Ariel



*Para Allison y Benedic, siempre llenas de buenas ideas...
especialmente para que yo cambie*

Primera edición: octubre de 2014

Edición anterior: marzo de 2010

Título original:

50 psychology ideas you really need to know

Quercus

Realización: Ātona, S. L.

© Adrian Furnham 2008

Derechos exclusivos de la edición en español
reservados para todo el mundo y propiedad de la traducción:

© 2010 y 2012: Editorial Planeta, S. A.

Avda. Diagonal, 662-664 - 08034 Barcelona

Editorial Ariel es un sello editorial de Planeta, S. A.

www.ariel.es

ISBN: 978-84-344-1890-5

Depósito legal: B. 16.459-2014

Impreso en España por Book Print Digital

El papel utilizado para la impresión de este libro
es cien por cien libre de cloro
y está calificado como **papel ecológico**.

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

Contenidos

Introducción 7

LA MENTE ALTERADA

- Comportamiento anómalo 8
- Efecto placebo 12
- Las adicciones 16
- Pérdida del contacto 20
- No soy neurótico, soy diferente 24
- Aparentemente cuerdo 28
- Estrés 32

ILUSIÓN Y REALIDAD

- Ilusiones visuales 36
- Psicofísica 40
- Alucinaciones 44
- Ideas delirantes 48
- ¿Somos conscientes? 52

RAZONES Y MENTES

- Psicología positiva 56
- Inteligencia emocional 60
- ¿Cuál es el objetivo de las emociones? 64
- Terapia cognitiva 68

DIFERENCIAS INDIVIDUALES

- El cociente intelectual (CI) 72
- El efecto Flynn 76
- Inteligencias múltiples 80
- Diferencias cognitivas 84

PERSONALIDAD Y SOCIEDAD

- El test de las manchas de tinta de Rorschach 88
- Detección de las mentiras 92
- Personalidad autoritaria 96
- Obediencia a la autoridad 100
- Conformidad 104
- Sacrificio o egoísmo 108
- Disonancia cognitiva 112

RACIONALISMO Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- 29 Razonamiento y resolución de problemas 120
- 30 Demasiada inversión como para abandonar 124
- 31 Toma de decisiones racional 128
- 32 Recuerdos del pasado 132

COGNICIÓN

- 33 Lo que vio el testigo 136
- 34 Inteligencia artificial 140
- 35 La interpretación de los sueños 144
- 36 El intento de olvidar 148
- 37 El fenómeno de la punta de la lengua 152

DESARROLLO

- 38 Fases psicosexuales 156
- 39 Fases cognitivas 160
- 40 Patos en fila 164
- 41 La página en blanco 168

APRENDIZAJE

- 42 Los reflejos condicionados 172
- 43 Conductismo 176
- 44 Calendarios de refuerzo 180
- 45 Dominio de la complejidad 184

EL CEREBRO

- 46 Frenología 188
- 47 Separar es difícil 192
- 48 Afasia 196
- 49 Dislexia 200
- 50 ¿A quién pertenece esa cara? 204

Glosario 208

1 Comportamiento anómalo

La psicología de lo anómalo, también denominada psicología clínica, es el estudio de los comportamientos que son considerados no normales. Estudia las causas, las manifestaciones y los tratamientos de los hábitos, razonamientos o estímulos psicológicos que pueden deberse a factores ambientales, educativos, genéticos o neurológicos.

Los psicólogos clínicos llevan a cabo la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psicológicos. Son tanto científicos como profesionales clínicos que a menudo se especializan en el tratamiento de diversas enfermedades como los trastornos de ansiedad (ansiedad, angustia o pánico, fobias, trastornos por estrés postraumático); alteraciones del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar o suicidio); problemas con las drogas (alcohol, estimulantes, sustancias alucinógenas, etc.), o enfermedades de gran complejidad como la esquizofrenia. La psicología clínica es una parte clave de la psicología, aunque no la más importante. No obstante, la mayoría de la gente considera que es la especialidad más interesante e importante de la psicología actual.

Definición de lo anómalo A pesar de que es relativamente fácil detectar qué personas tienen dificultades mentales o se comportan de manera extraña, es mucho más difícil definir lo patológico. «Anómalo» significa «apartado de lo normal». Así, las personas muy altas o muy bajas son anómalas, tal como lo son las personas muy desgraciadas y muy afortunadas. Incluso, tanto, en términos estrictos, Einstein y Miguel Ángel eran anómalos, como también lo eran Bach y Shakespeare.

Para la psicología clínica la cuestión no estriba tanto en determinar si una conducta es anómala como si ésta es *inadaptada*, es decir, que hace que la persona tenga dificultades y problemas sociales. Si una conducta de una persona parece irracional o potencialmente peligrosa para sí misma o para los demás, solemos considerar que es anómala. El psicólogo habla en estos casos de psicopatología, mientras que el hombre de la calle habla de locura o demencia.

A todos nos gustaría la certeza y la claridad en la distinción entre lo normal y lo anómalo. Sin embargo, sabemos que la historia y la cultura configuran

Historia de la psicología

1600

Inicio del rechazo de la práctica de la brujería

1773

Construcción del primer manicomio en Williamsburg

se consideraba anómalo, y en los libros de texto de psiquiatría se refleja a menudo este hecho. La homosexualidad ya no se considera la enfermedad mental que hace mucho tiempo se creía que era. En el siglo XIX la masturbación se consideraba un comportamiento anómalo.

En el nivel socioeconómico, el sexo y la raza están relacionados con lo anómalo. Las mujeres tienen más probabilidades de padecer anorexia, bulimia y trastornos de ansiedad, en comparación con los hombres; por su parte, los hombres tienen más incidencia a padecer cuadros de abuso de drogas. Las personas pobres muestran una probabilidad mayor de padecer esquizofrenia, en comparación con las ricas. Los niños norteamericanos sufren una elevada incidencia de trastornos relacionados con la falta de control, en comparación con la incidencia de trastornos relacionados con control excesivo; sin embargo, en los niños sudamericanos ocurre exactamente lo contrario.

En épocas anteriores se consideraba que el comportamiento extraño era debido a una posesión del espíritu. Las personas creían en el animalismo (la creencia de que somos similares a los animales) y que la locura era el resultado de un proceso incontrolado de regresión. En la antigua Grecia se creía que lo anómalo y la enfermedad se debían en general al efecto de los líquidos corporales o «humores». A consecuencia de ello, el tratamiento de la locura en aquellos primeros tiempos conllevaba sobre todo la segregación y el castigo de los pacientes. No se empezó a tratar como una enfermedad humana hasta el siglo XIX.

Criterios sobre los que existe un acuerdo general Hoy en día las definiciones psicológicas de lo anómalo giran alrededor de una serie de criterios respecto a los cuales hay un acuerdo general. Estos criterios se denominan las 4 D: dificultades (*distress*), desviación (*deviance*), disfunción (*dysfunction*) y peligro (*danger*). En general, lo anómalo conlleva sufrimiento y sufrimiento, y uno de los aspectos de este último es el sufrimiento personal agudo y crónico. Uno de los criterios que hay que tener en cuenta es la adaptación *inadecuada*, es decir, la imposibilidad de realizar las tareas cotidianas, tal como ir a trabajar todos los días, mantener relaciones interpersonales saludables o planificar el futuro.

Un criterio aplicado con mucha frecuencia es la *irracionalidad*, es decir, las creencias extrañas o carentes de lógica respecto al mundo físico o social, y también —con mucha frecuencia— al mundo espiritual.

« En el transcurso de los años ha aplicado este término (lo anómalo) en numerosos juicios de valor y, por ello, es preferible cualquier otro sinónimo del mismo: **maladaptativo, ajeno, inadecuado, conductas desviadas, etc.** »

A. Reber, 1988

Década de 1890

Comienzan a aplicarse la psicoanálisis y el psicoanálisis

Década de 1940

Aplicación de terapias conductuales

1952

Publicación impresa del primer manual diagnóstico

Los distintos puntos de vista sobre lo normal y lo anómalo

El punto de vista subjetivo. Este término es quizá la idea más primitiva que utilizamos como criterio para considerar que la normalidad radica en nosotros mismos, nuestros comportamientos y nuestros valores. Ya lo dicen los refranes «Quien roba una vez roba diez», «De todo hay en la viña del Señor»). Desde este punto de vista, las personas que son como nosotros son normales, mientras que las que son diferentes son anómalas. Este enfoque también tiende a un razonamiento en función de categorías simples y carentes de solapamiento: normal-anómalo-muy anómalo.

El punto de vista normativo. Esta es la idea de que existe un estado ideal y deseable respecto a la forma con la que hay que pensar y comportarse. Dicha contemplación del mundo perfecto viene a menudo de la mano de los pensadores religiosos y políticos. La normalidad es la perfección: cuanto más se aparta un individuo de la normalidad, más anómalo es. Este punto de vista insiste más en lo que «debería ser» que en lo que «es razonablemente posible». Nada es normal debido a que nadie es perfecto.

El punto de vista clínico. Los científicos sociales y los médicos intentan evaluar la efectividad y la capacidad de organización y adaptación de una persona. En gran parte ello depende de la dimensión evaluada. Los clínicos también aceptan que el límite entre lo normal y lo anómalo no está bien definido y que es, de alguna manera, subjetivo, aunque se esfuerzan por establecer un diagnóstico fiable. Lo anómalo se suele asociar a una adaptación inadecuada, a dolor o a comportamientos extraños.

El punto de vista cultural. La cultura impone tendencias en todo, desde la ropa hasta la forma de caminar, desde el lenguaje hasta el amor. La cultura prescribe y proscribe los comportamientos. Algunas cosas son tabú y otras, ilegales. De nuevo, cuanto más se aparta una persona de las normas culturales, más se considera su comportamiento como anómalo. No obstante, dado que las herencias y prácticas culturales cambian, también lo hacen las definiciones de normalidad. El caso del comportamiento homosexual ilustra espléndidamente esta cuestión.

El punto de vista estadístico. Todos los especialistas en estadística conocen el concepto de distribución normal, la llamada curva de Gauss (curva «en campana»). Esta curva tiene propiedades concretas y se aplica con mucha frecuencia para hacer valoraciones, por ejemplo, de la inteligencia. La puntuación de 100 es el valor promedio; el 66 por 100 de la población presenta una puntuación de entre 85 y 115, y aproximadamente el 97 por 100, de entre 70 y 130. Por tanto, si la puntuación del cociente intelectual de una persona es menor de 70 o mayor de 130, dicha persona es poco habitual, aunque no se aplica el término «anómalo». Este modelo tiene desventajas debido a que los comportamientos más frecuentes no tienen por qué ser los más saludables ni deseables. Por otra parte, aunque el punto de vista estadístico puede tener utilidad respecto a las capacidades cuya cuantificación es razonablemente sencilla, su aplicación ofrece más dificultades en lo relativo a cuestiones de carácter más sutil y multidimensional, tal como la personalidad o la enfermedad mental.

El comportamiento anómalo de una persona es a menudo incomprensible para los demás. Por lo general es impredecible, puede tener una gran volatilidad con cambios desde un extremo al otro y, a menudo, el paciente es incapaz de controlar su propio comportamiento. Por lo general, este comportamiento es muy inadecuado.

Casi por definición, el comportamiento anómalo es heterodoxo, extraño e

la violación de normas y estándares morales, y la despreocupación por las normas sociales. El comportamiento ilegal, inmoral e indeseable es anómalo.

Un criterio bastante interesante acerca de lo anómalo es el de las molestias que genera en los demás. Quienes observan un comportamiento anómalo a menudo se sienten incómodos y perciben de manera clara que es algo no normal.

Los problemas conceptuales Los problemas que plantea cualquier definición de anómalo son evidentes. En primer lugar, a la gente sana que vive en una sociedad enferma le suelen considerar anómala. Hay muchos ejemplos de sociedades muy intolerantes respecto a las personas que no se adaptan a sus estrechos (insanos, maladaptativos) estándares de creencias y comportamientos. En segundo lugar, los observadores expertos pueden no estar de acuerdo con que un comportamiento se califique como normal o anómalo. Incluso cuando se especifican múltiples criterios de anomalía todavía puede existir un desacuerdo básico con respecto a si una persona puede ser considerada en algún sentido anómala. En tercer lugar, hay diferencias entre el actor y el observador: ¿quién tiene que juzgar a quién? Los actores no suelen considerar que su comportamiento sea anómalo; la mayor parte de nosotros nos sentimos razonablemente confiados acerca de nosotros mismos y es cierto que a este respecto poseemos gran cantidad de información que los demás no poseen. Sin embargo, hay trampas y peligros bien conocidos en lo relativo al autodiagnóstico. Es más fácil ser observador y evaluar como anómalo el comportamiento de los demás, sobre todo el de aquellos que son diferentes a nosotros o que nos amenazan.

Autodiagnóstico Un objetivo importante de la orientación, la educación y el tratamiento es el de ayudar a las personas a adquirir una consciencia más clara de sí mismas. Parece evidente que algunas personas con enfermedades mentales y también algunas personas supuestamente normales tienen poca información con respecto a sus problemas. En muchos sentidos, parecen como si quisieran engañarnos. De la misma forma, los estudiantes de psicología clínica señalan que reconocen en muchos casos que sufren ciertas enfermedades mentales cuando las estudian en los libros de texto. Ello se debe a que muchos de nosotros poseemos un sentido exagerado de la individualidad de algunos pensamientos o comportamientos privados, no compartidos o incluso «prohibidos» o que suscitan desaprobación. Todos nosotros escondemos ciertos aspectos de nuestro yo y podemos darnos cuenta súbitamente de que dichos aspectos aparecen en los libros de texto incluidos en las listas de los comportamientos anómalos.

«Ella siempre que le molesta anómalo de que es demasiado obvio. También que lo normal mucho más complicado e interesante»

G. Stein, 1

La idea en síntesis:
¿qué es un comportamiento anómalo?

2 Efecto placebo

médicos recomiendan en muchas ocasiones «tómese dos comprimidos y llámeme por la mañana». A pesar de que saben y conocen la idea de que todos los tratamientos físicos poseen ingredientes activos o conllevan procedimientos que dan lugar a modificaciones físicas en los pacientes, también conocen el poder de los factores psicológicos para curar todo tipo de cosas. El concepto de la dicotomía entre mente y materia es conocido en el mundo de la salud desde hace siglos.

¿Qué es el efecto placebo? El término «placebo» procede de la palabra del latín que significa «contentar». Un placebo se puede definir de manera muy simple como un preparado que carece de valor medicinal y que no posee efectos farmacológicos. Un placebo activo es una sustancia que imita los efectos adversos del medicamento que está siendo investigado pero que carece de su efecto específico y supuestamente terapéutico.

El sonido de la flauta cura a epilepsia, migraña y la gota. >>

Teofrasto, 300 a. C.

Algunas personas consideran que los efectos de tipo placebo son más eficaces respecto a las enfermedades psicológicas que a las físicas. En un estudio de gran envergadura publicado recientemente se demostró que casi el 60 por 100 de los pacientes del grupo placebo evolucionó mejor que los participantes del grupo control (personas en lista de espera) que evidencia el poder del placebo.

Historia El inicio de la investigación moderna en esta área se suele atribuir a un artículo aparecido en la revista de medicina *American Dental Association Journal* hace más de cincuenta años. Henry Beecher conmocionó a la clase médica al demostrar que los tratamientos de tipo placebo como la administración de comprimidos de azúcar o incluso la realización de una exploración física detallada al paciente podían dar lugar a mejoría en el 30 por 100 de los pacientes. Hoy en día esta estimación ha crecido hasta situarse entre la mitad y las tres cuartas partes de los pacientes que sufren todo tipo de problemas, desde asma hasta la enfermedad de Parkinson, y nos muestra el fundamento real del efecto inducido por cierta gama de tratamientos.

Placebos diferentes Una de las cuestiones que se plantean es la siguiente: ¿qué tipo de placebo es el mejor? El color y el tamaño de las cápsulas y los comprimidos ha sido repetidamente objeto de manipulación experimental pero los efectos fiables conseguidos han sido escasos. A decir verdad, no parece que estas características de las cápsulas y los comprimidos tengan gran impacto.

Crónología

1500-1900

Adscripción de propiedades terapéuticas a todo tipo de sustancias

Años previos al siglo XX

Toda la medicina hasta la época moderna es la historia del placebo

¿El placebo lo cura todo?

Se ha demostrado que los placebos administrados en un contexto médico ortodoxo inducen un alivio sintomático en una gama extraordinariamente amplia de enfermedades, como por ejemplo: alergias, angina de pecho, asma, cáncer, infarto cerebral,

depresión, diabetes, enuresis, epilepsia, insomnio, enfermedad de Ménière, migraña, esclerosis múltiple, neurosis, patología ocular, parkinsonismo, hipertrofia prostática, esquizofrenia, enfermedades cutáneas, úlceras y verrugas.

cia. Un científico señaló que para que un comprimido placebo alcanzara su eficacia máxima debería ser muy grande y de color marrón o púrpura, o bien debería que ser muy pequeño y de un color rojo brillante o amarillo.

Los procedimientos «mayores» o de carácter invasivo son placebos más serios y parecen inducir efectos de tipo placebo más intensos. En sí mismas, las intervenciones parecen dar lugar a un efecto mayor que los comprimidos e incluso la cirugía placebo (en la que al paciente se le realiza una incisión que después se sutura sin que se haya efectuado realmente ningún tipo de intervención quirúrgica) parece dar lugar a tasas de respuesta positiva elevadas.

El estilo de la aplicación del tratamiento y otras características del terapeuta parecen contribuir sustancialmente al efecto del tratamiento en sí mismo. Los terapeutas que muestran un interés mayor por sus pacientes, una confianza también mayor en sus tratamientos y un nivel profesional más elevado parecen inducir efectos placebo más intensos sobre sus pacientes.

Cómo funciona? La fascinación por los efectos placebo ha dado lugar a numerosas ideas y teorías respecto a su mecanismo real. Se ha propuesto todo tipo de conceptos, incluidos los siguientes: condicionamiento operativo, condicionamiento clásico, reducción de la culpa, transferencia, sugestión, persuasión, exigencias de rol, fe, esperanza, etiquetado, atención selectiva a ciertos síntomas, atribución errónea, reducción de la disonancia cognitiva, teorías del control, reducción de la ansiedad, inducción de expectativas y liberación de endorfinas.

Ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control mediante enmascaramiento doble El efecto placebo es tanto una

«La afinidad por los demás es curativa: todos somos médicos para todos.»

Oliver Sacks, 1973

Década de 1950

Primeras investigaciones sobre el placebo

Década de 1960

Realización de ensayos clínicos con control placebo

Década de 1980

El 80 por 100 de los médicos admite todavía el uso de

«bendición» como una maldición. Es una bendición para todos los terapeutas con independencia del tratamiento que prescriban. Es una maldición para los científicos que intentan evaluar el efecto real de las intervenciones terapéuticas. Los ensayos clínicos realizados con asignación aleatoria y control mediante enmascaramiento doble se han convertido en el método de referencia para la investigación científica de los distintos tipos de tratamiento y para «descontar» los posibles efectos placebo.

«La
ción nos
la da la
esión, no
rdote.»
r Wilde, 1890

La idea que se aplica en estos estudios es la de que los participantes son distribuidos aleatoriamente a grupos diferentes, de manera que algunos de ellos forman parte de grupos control en los que no se administra ningún tratamiento o bien se administran tratamientos alternativos o de carácter placebo. Por otra parte, ni los investigadores ni los participantes conocen el tratamiento que están administrando o recibiendo, respectivamente.

El primer ensayo clínico efectuado con asignación aleatoria y control tuvo lugar poco tiempo después de la segunda guerra mundial. Sin embargo, hasta hace veinte años no se introdujeron los estudios con control mediante enmascaramiento («control ciego»). Ello fue debido a que se reconoció que los factores psicológicos pueden influir en la respuesta al tratamiento, por lo que los participantes en los estudios deberían estar «ciegos» respecto al tratamiento que recibían. En los estudios en los que los participantes y los investigadores desconocen la naturaleza del tratamiento (p. ej., si es un medicamento o es un placebo), decimos que el estudio se realiza con enmascaramiento doble. En los casos en los que el investigador conoce el tratamiento, pero el paciente lo desconoce, decimos que el estudio se realiza con enmascaramiento simple.

Problemas En cualquier caso, los estudios realizados con asignación aleatoria y control placebo mediante enmascaramiento doble también tienen sus dificultades. En primer lugar, pueden aparecer problemas debido a que los participantes asignados de manera aleatoria a los distintos grupos de tratamiento pueden reunirse fuera del contexto del estudio y comentar entre sí los tratamientos que están recibiendo. La asignación a grupos naturales (p. ej., comparación de dos colegios de escolares o de dos regiones geográficas) puede ser preferible al proceso de asignación aleatoria. En segundo lugar, el control mediante enmascaramiento puede no ser factible respecto a algunos tratamientos. A pesar de que ni el investigador ni el participante son capaces de diferenciar un comprimido real de un comprimido de azúcar (el comprimido de placebo), no existen equivalentes placebo evidentes respecto a algunos tratamientos. En tercer lugar, el simple hecho de participar en un estudio puede modificar el comportamiento de los participantes. La vigilancia y evaluación efectuadas de manera regular a los participantes en un estudio pueden dar lugar por sí mismas a un efecto beneficioso.

En cuarto lugar, las personas que aceptan la participación en un ensayo clínico pueden no ser representativas de la población general de pacientes que sufren el problema investigado. Los criterios de participación en un ensayo clínico deben ser estrictos para garantizar la compatibilidad entre los diferentes grupos y para que las condiciones del estudio sean las mejores que permitan demostrar el efecto beneficioso del tratamiento. Otro problema es la disminución en el grado de cumplimiento del tratamiento debido a que

placebo. Si a los pacientes se les dice que podrían recibir un placebo, pueden presentar una inclinación mayor a abandonar el tratamiento en el caso que no experimenten efectos terapéuticos inmediatos.

Sexto lugar, el uso de un tratamiento convencional en el estudio puede tener un carácter artificial y una relevancia escasa respecto a la práctica clínica, lo que puede inhibir una estrategia más flexible y centrada en el paciente. Por tanto, el estudio no sería una evaluación real del tratamiento tal como se utiliza en la práctica clínica y las necesidades de los participantes pueden entrar en conflicto con los requerimientos planteados por los investigadores. Además, a menudo se hace caso omiso de las variaciones individuales en la respuesta en los análisis de los resultados, en los que generalmente sólo se consideran las respuestas promedio obtenidas en el grupo. Los pacientes que han evolucionado peor con el tratamiento pueden no recibir la atención suficiente en el análisis de los resultados, a menos que sufran efectos adversos especialmente manifiestos.

En octavo lugar, se pueden plantear problemas éticos en diversos contextos, sobre todo cuando se utilizan tratamientos placebo y también en los casos en los que los pacientes o los investigadores muestran una preferencia marcada por un tratamiento en comparación con los demás. En noveno lugar, el criterio principal de valoración fundamentado en la evaluación clínica y en pruebas de carácter objetivo puede reflejar la perspectiva del paciente respecto a lo que constituye una modificación importante y beneficiosa. Los pacientes pueden estar más preocupados por la calidad de sus vidas, un parámetro que puede no estar relacionado estrechamente con las modificaciones de los parámetros bioquímicos ni con otros indicadores de la enfermedad.

Por último, la preocupación por la eliminación del efecto placebo al evaluar un tratamiento en relación con un placebo comparable puede significar la falta de atención a variables psicológicas importantes. Las características de los terapeutas y la actitud de los pacientes con respecto al tratamiento no se suelen evaluar en el contexto médico a pesar de que determinan de manera importante el grado de cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, como su actitud hacia la enfermedad.

«El médico bueno es de ánimo»

Píndaro, 500

«La medicina cura a la persona que no está destinada a morir.»

Proverbio

La idea en síntesis:
la susceptibilidad
influye en el resultado
del tratamiento

3 Las adicciones

Las formas de adicción son malas, con independencia de que el elemento adictivo es el alcohol, la morfina o el idealismo.»

Carl Jung, 1919

Muchas personas contemplan las adicciones sobre todo en términos de sustancias o drogas. Hay una larga lista de sustancias respecto a las cuales las personas pueden presentar adicción, entre las cuales están el alcohol, los estimulantes (como la cocaína), los opiáceos, los alucinógenos, la marihuana, el tabaco y los barbitúricos.

La adicción implica el consumo o la exposición a algo y, después de ello, la ansiedad de repetir la experiencia una y otra vez. Con el paso del tiempo la adicción queda establecida. El consumo se vuelve habitual y cada vez mayor, y los adictos saben que su hábito es caro, insano y tal vez ilegal, aunque aparentemente son incapaces de abandonarlo. Es un proceso complejo en el que están implicados factores biológicos, psicológicos y sociales.

**Prindamos
a salud de
demás al
tempo que
inamos la
nuestra. >>**

W. Jerome, 1920

Los investigadores de las adicciones están interesados en las zonas por las que algunas sustancias o actividades concretas tienen la propiedad de inducir una adicción. Otros están fascinados por las razones que hacen que algunas personas sean más susceptibles que otras. Por último, algunos científicos están preocupados por los factores y las características ambientales y sociales que hacen que las adicciones sean más o menos probables, mientras que otros estudian los intentos de abandonar el hábito y las recaídas en la adicción.

Dependencia en comparación con abuso

En lo que se refiere a los medicamentos, la bibliografía psiquiátrica diferencia los conceptos de dependencia de la sustancias y de abuso de las sustancias. Ambos términos tienen un significado de carácter técnico. La *dependencia* muestra características muy específicas como la tolerancia (el paciente debe consumir una cantidad cada vez mayor de la sustancia para conseguir un efecto cada vez más limitado); sintomatología de abstinencia (que aparece cuando se deja de tomar la sustancia); obsesión por quedarse sin la sustancia; deterioro de todas las actividades sociales, laborales y de ocio, y uso continuado de la sustancia a pesar del conocimiento por parte del paciente de todo el daño que le causa a él y a los demás.

El concepto de *abuso* implica el uso de la sustancia por parte del paciente a pesar de que es consciente de la necesidad de cumplir diversas obligaciones.

onología

1875

La ciudad de San Francisco prohíbe el opio

1919-1933

Prohibición en Estados Unidos

Tabaquismo

Las dos adicciones más estudiadas son el tabaquismo y el consumo de alcohol. En la mayor parte de los países occidentales todavía fuma aproximadamente entre el 25 y el 33 por 100 de las personas y se considera que el tabaquismo es la causa de alrededor de la tercera parte de los cánceres. El consumo de cigarrillos es en la actualidad un «hábito estigmatizado» debido a numerosas razones. Los factores que hacen que una persona comience a fumar (presión social, modelos de rol) son a menudo distintos de los que mantienen posteriormente el hábito. La nicotina es un potente estimulante: incrementa la frecuencia cardíaca y la presión arterial; disminuye la temperatura corporal; introduce cambios en las concentraciones de las hormonas liberadas por la hipófisis (una glándula que controla las hormonas), y estimula la liberación de adrenalina. La liberación de dopamina en el cerebro hace que la nicotina tenga un carácter muy adictivo. Lo más importante es que se mantiene el hábito debido a los

síntomas de abstinencia: ansiedad, cefaleas, irritabilidad e insomnio. El abandono del tabaquismo da lugar a efectos inmediatos y a largo plazo.

Muchas personas intentan reducir su consumo de cigarrillos y abandonar el hábito. Los gobiernos utilizan la publicidad de la prohibición, la restricción de las ventas y de las zonas de consumo y el incremento del precio de los cigarrillos, con resultados modestos; también llevan a cabo campañas de salud y educación. La gente intenta probar todos los métodos, desde los parches y el chicle de sustitución de la nicotina hasta la psicoterapia y la hipnosis, y —por último— la fuerza de voluntad. Dado que la necesidad de consumir un cigarrillo está relacionada con numerosos factores (visuales, olfatorios, fisiológicos y sociales), muchos fumadores consideran que es imposible abandonar el hábito.

colares, domésticas y laborales; el uso de la sustancia en situaciones peligrosas (mientras se conduce, en el trabajo); el consumo de la sustancia a pesar de que ello es ilegal, y el uso de la sustancia a pesar de los efectos adversos persistentemente negativos de la misma.

La personalidad adictiva La idea original fue que algunas personas muestran un perfil, defecto o vulnerabilidad que les hace presentar una tendencia mayor a padecer adicciones específicas o de cualquier tipo. Sin embargo, este concepto no ha sido aceptado. Algunos psiquiatras contemplan la adicción como una consecuencia de la enfermedad mental, tal como la depresión o el trastorno de la personalidad antisocial. La idea es que las personas que llevan a cabo comportamientos de riesgo y también las que padecen trastornos mentales son vulnerables a la dependencia con respecto a una droga que utilizan como una especie de muleta. Estas personas tienen más posibilidades de experimentar y hacer caso omiso, o quitar importancia, a cualquier consecuencia potencialmente adversa.

1935

Asociación de Alcohólicos Anónimos

Década de 1960

La contracultura defiende el consumo de sustancias psicoactivas

Década de 2000

Proliferación de la prohibición de fumar en lugares públicos

Criterios psiquiátricos relativos a la dependencia de sustancias

Patrón de apariciones de alteraciones o dificultades, producidas por el consumo de sustancias adictivas, manifestadas a través de muchas de las características que se citarán a continuación y que aparecen en cualquier momento después de un periodo seguido de doce meses de abstinencia.

1. Tolerancia, que significa la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir un estado de intoxicación o el efecto deseado, o bien la disminución importante del efecto tóxico con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia.
2. Aparición de un síndrome de abstinencia respecto a una sustancia específica o respecto a una sustancia estrechamente relacionada con la anterior que se consume para aliviar o evitar la sintomatología de abstinencia.
3. A menudo el paciente consume cantidades cada vez mayores de la sustancia o bien la consume durante un período de tiempo superior al que pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos inútiles para reducir o controlar el uso de la sustancia.
5. El paciente dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para conseguir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
6. El paciente deja de realizar actividades sociales, familiares, laborales o de ocio importantes, o bien las reduce de manera importante, a consecuencia del uso de la sustancia.
7. El paciente sigue consumiendo la sustancia a pesar de que se da cuenta claramente de los problemas físicos o psicológicos persistentes y recurrentes que tal vez se deben a la sustancia o que son exacerbados por la misma.

Los terapeutas señalan que los adictos y las personas con dependencia de sustancias utilizan las drogas como mecanismo de compensación o de superación. Las drogas se usan para embotar los sentimientos, aliviar los estados emocionales dolorosos o disminuir los conflictos internos. Pueden aliviar la sensación de soledad o solucionar la falta de relaciones gratificantes con los demás. Las personas que consumen sustancias o drogas sienten que sólo pueden decir y hacer cosas cuando están bajo los efectos de éstas y, por tanto, con el tiempo muestran dependencia de una sustancia concreta para poder mantener una actividad social efectiva.

Vulnerabilidad genética Las adicciones muestran una tendencia familiar. Así, los hijos de los alcohólicos presentan una probabilidad de sufrir alcoholismo cuatro veces superior a la de los hijos de personas no alcohólicas. En estudios realizados sobre gemelos se ha demostrado claramente que el uso de sustancias está relacionado con determinantes genéticos. Es probable

alcoholismo simplemente una locura voluntaria. >>

que existan factores genéticos complejos que hagan que cada persona presente una respuesta biológica concreta e individual frente a las sustancias, posiblemente en relación con los sistemas de neurotransmisores. Por tanto es posible que las personas que padecen adicciones estén siguiendo a cabo una forma de automedicación con sustancias que «corrigen» un desequilibrio bioquímico existente

...a los distintos estímulos mediante un proceso de reacción contraria a sus efectos iniciales. El deseo y después el ansia por algo que no existía antes de experimentar una droga aumentan con la exposición a la misma. Hay varios fenómenos que aparecen asociados a todo tipo de adicción y dependencia. El primero es el denominado *placer afectivo*, un estado de hedonismo físico y emocional que aparece tras el uso de la sustancia. Puede acompañarse de relajación o liberación del estrés, o bien de una sensación súbita de energía. Después está el fenómeno denominado *tolerancia afectiva*, que implica que la persona necesita una cantidad cada vez mayor de la sustancia para conseguir el mismo efecto que conseguía antes. El tercer fenómeno es el del *retraimiento afectivo*, que aparece cuando la persona no consume la sustancia.

De esta manera, la propia sustancia inicia un proceso que desencadena finalmente la reacción opuesta y que adquiere una envergadura cada vez mayor a medida que se repite la exposición. Es lo que se denomina *contraste afectivo*. Cuanto más se consume la droga, más negativa es la reacción dominante. De esta forma, la persona necesita finalmente la sustancia para alcanzar un estado neutro acompañado de muy poco placer.

Teoría del refuerzo positivo Las sustancias pueden hacer que una persona se sienta bien e incluso eufórica. En la década de 1960 se realizaron estudios sobre monos en los que se demostró que aquellos a los que se les permitía la «autoadministración» de morfina presentaban finalmente todos los signos de la adicción. Los investigadores se han interesado de manera creciente por los mecanismos cerebrales de recompensa estimulados por la sustancia, sobre todo en lo que se refiere a las regiones cerebrales y a los neurotransmisores que pueden estar implicados en los fenómenos de «recompensa natural», tal como el alimento y el sexo, en comparación con los estimulantes artificiales como las drogas y la estimulación cerebral eléctrica. Sabemos que las drogas incrementan las concentraciones sinápticas de dopamina en la región cerebral denominada núcleo accumbens. Así, hay una gran cantidad de sustancias que realmente inducen estados de euforia y hacen que la persona desee repetir su consumo.

Teorías fundamentadas en el aprendizaje El consumo de drogas y los estados placenteros asociados al mismo se ven relacionados con situaciones muy específicas, así como con estímulos y sonidos muy concretos. De esta manera, las personas asocian las sustancias con datos o recuerdos muy específicos. Si colocamos a una persona en un contexto concreto es posible que experimente el ansia por el consumo de una sustancia, como les ocurre a los alcohólicos en los bares. Los datos que indican a una persona que puede conseguir de manera inminente la sustancia inducen un deseo intenso de su consumo que «tiene que ser cumplido como sea». En muchos sentidos estamos ante las antiguas teorías del condicionamiento y el condicionamiento.

«La cocaína no induce dependencia si lo sabes que la estás utilizando años.»

Tallulah Bank

La idea en síntesis:
la mente causa

...y cura la adicción