

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ADICCIÓN AL TELÉFONO (LÍNEAS PARTYLINE Y ERÓTICAS): UN CASO CLÍNICO¹

Cristina Guerricaechevarría
Enrique Echeburúa²

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento cognitivo-conductual de un paciente aquejado de una variante de la adicción al sexo (adicción a las líneas telefónicas eróticas). El paciente, de 22 años, sufría este cuadro clínico desde hace dos años, a raíz de haber experimentado varios sucesos estresantes. El programa terapéutico (exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva y enseñanza de habilidades de afrontamiento) consistió en ocho sesiones individuales en un período de ocho semanas. El paciente tuvo una recaída y abandonó el tratamiento en la quinta sesión. Se analizan las razones de la recaída y los posibles fallos en la terapia. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras clave: ADICCIÓN AL SEXO; EXPOSICIÓN CON PREVENCIÓN DE RESPUESTA; REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA; HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO; TRATAMIENTO

¹ Los autores han presentado una primera versión de este texto en el V Congreso Nacional de Psicología Clínica y de la Salud (Benalmádena, 1997).

² Correspondencia: E. Echeburúa. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20009 San Sebastián

SUMMARY

In this paper the cognitive-behavioral treatment of a patient affected by a variant of sex addiction (addiction to erotic phone lines) is described. The patient, a 22-year-old man, was suffering from this disorder for two years, when several stressful life-events affected him. The therapeutic programme (exposure with response prevention, cognitive restructuring and coping skills) consisted of eight individual sessions in a period of eight weeks, but the patient had a relapse and dropped out the treatment at the fifth session. The reasons for relapse and the possible failure in the therapy are commented upon. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key words: *SEX ADDICTION; EXPOSURE WITH RESPONSE PREVENTION; COGNITIVE RESTRUCTURING; COPING SKILLS; TREATMENT.*

INTRODUCCIÓN

Si los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la pérdida de control y la dependencia, las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas como el alcohol o los opiáceos. De hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida de las personas afectadas. Cualquier conducta *normal* placentera es susceptible de convertirse en un comportamiento adictivo. Se pueden hacer usos *anormales* de una conducta en función de la intensidad, de la frecuencia o de la cantidad de dinero invertida y, en último término, en función del grado de interferencia en las relaciones familiares, sociales y laborales de las personas implicadas (Echeburúa y Corral, 1994).

Todas las conductas potencialmente adictivas (el juego, la comida, el sexo, las compras, etc.) comienzan a ser controladas por reforzadores positivos -el aspecto placentero de la conducta en sí misma-, pero terminan siéndolo por reforzadores negativos -el alivio del malestar-. En estos casos el sujeto muestra una fuerte dependencia psicológica hacia las mismas, actúa de forma impulsiva y pierde interés por cualquier otro tipo de actividades previamente gratificantes, sin ser capaz de controlarse a pesar de las consecuencias negativas experimentadas (Echeburúa, 1993; Jacobs, 1989).

En concreto, la adicción al sexo no se debe identificar con la abundancia de conductas sexuales ni siquiera con la promiscuidad sexual, sino con el impulso incontrolado -que se vive de forma egodistónica- a implicarse en conductas sexuales sin el menor atisbo de vivencias amorosas y sin reparar en los perjuicios familiares, profesionales, económicos o de salud ocasionados por tales conductas. Cuando el sujeto se ve impedido de llevar a cabo el comportamiento adictivo, aparece un síndrome de abstinencia, caracterizado por el nerviosismo, la irritabilidad, la ansiedad, los dolores de cabeza y el insomnio (Alonso-Fernández, 1996).

Como una variante de la adicción al sexo, las líneas telefónicas *party-line* y las líneas eróticas presentan unas características determinadas que facilitan la dependencia. En primer lugar, la disponibilidad ambiental de éstas es total: prácticamente en todos los hogares hay un teléfono y los números de estas líneas están ampliamente difundidos. La tentación de llamar -y de poder hacerlo en un entorno discreto- es, pues, muy fuerte. En segundo lugar, el refuerzo obtenido es inmediato, pero el estímulo punitivo -el gasto de la llamada- se demora hasta la recepción de la factura del teléfono. En tercer lugar, el funcionamiento intrínseco de las líneas *party-line* potencia la percepción de control: el que llama no tiene más que apretar un botón para cambiar de interlocutor, pudiendo variar cuantas veces lo desee y sin tener que *dar la cara* ante la otra persona. Y por último, la búsqueda de la persona deseada (generalmente de sexo opuesto) suscita una gran tensión emocional, en el caso de las líneas *party-line*, y una excitación sexual, en el caso de las líneas eróticas, que puede completarse con conductas masturbatorias. El interés del caso clínico presentado deriva del contenido de la adicción y de los resultados de la terapia. Por una parte, no existe en la bibliografía ninguna referencia explícita al tratamiento de la adicción a este tipo de líneas telefónicas. Las escasas referencias clínicas existentes aluden genéricamente a la adicción al sexo (Earle, Earle y Osborn, 1995; Griffin-Shelley, 1991). En este trabajo se presenta la descripción detallada de un programa de intervención novedoso. Por otra, con este paciente, a diferencia de los casos publicados habitualmente en la bibliografía, el tratamiento -por lo demás, muy estructurado- no ha culminado con éxito. Según la tradición iniciada con el libro de Foa y Emmelkamp (1983), se trata, en este caso, de estudiar el fracaso -al menos, parcial-, de analizar las variables determinantes del mismo y de aprender de los errores cometidos. Sólo así los tratamientos futuros pueden mejorar de forma significativa.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En septiembre de 1996 Ramón acude a la Asociación Ekintza-Dasalud, que está ubicada en Rentería (Guipúzcoa) y ofrece asistencia gratuita a los pacientes aquejados de adicción al juego patológico, acompañado de dos de sus hermanos. El motivo de la visita es la dependencia del paciente a las líneas *party-line* (líneas 906). El comienzo del problema se remonta a hace tres años. Por aquel entonces, las cuentas telefónicas comenzaron a alcanzar sumas considerablemente superiores a las habituales (alrededor de las 10.000 pts. bimestrales) y llegaron a ascender hasta 160.000 pts. En un principio Ramón negó su responsabilidad en las facturas; sin embargo, al solicitar los hermanos del paciente las cuentas detalladas a Telefónica, se hizo evidente la causa de estas cantidades de dinero. Desde entonces, las llamadas han sido muy frecuentes. A pesar de que toda la familia conocía el problema, Ramón se ha sentido incapaz de controlar esta conducta.

La familia ha optado por quitar el cable del teléfono mientras el paciente está solo en casa. Ramón ha acudido, por iniciativa de la familia, a un Centro de Salud Mental, en donde se le ha prescrito un tratamiento farmacológico y se le ha derivado a esta Asociación para una terapia psicológica.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA Y ANÁLISIS CONDUCTUAL

a) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA GLOBAL

Historia clínica

Antecedentes biográficos

Ramón, de 22 años, soltero, es el menor de cinco hermanos, trabaja en un taller propiedad de su padre y posee un nivel económico medio-bajo. Vive con su padre y un hermano soltero de 27 años; el resto de los hermanos se han casado y están ya fuera del hogar. La madre murió hace dos años y medio de cáncer, poco antes de que comenzaran las dificultades actuales. Desde el primer momento Ramón hace alusión a la muerte de su madre como principio del problema.

En la actualidad el padre sale con una mujer. Esta circunstancia ha afectado a los hijos que viven en casa, y en especial al paciente, ya que, según pone de manifiesto, ve invadida su intimidad y "*aún tiene a su madre en el pensamiento*". Por lo demás, las relaciones familiares son buenas y son reflejo de una familia bien avenida.

Respecto a su salud, se trata de una persona sana y deportista (es jugador de baloncesto en un equipo local). Sin embargo, Ramón tiene espina bífida y lumbalgia y padece una arritmia cardíaca. Todo esto le ha impedido fumar y beber alcohol, así como tomar café. También a causa de la arritmia cardíaca se vio obligado, a los 15 años, a abandonar un equipo de baloncesto de primera división en Madrid, tras un año de estancia en esta ciudad, y a poner fin a su carrera deportiva en el deporte de competición. Al volver a su ciudad natal, estaba descentrado, no prosiguió con sus estudios y permaneció un año sin hacer nada.

En cuanto a su infancia y adolescencia, el paciente no refiere hechos significativos. Sin embargo, a los 18 años, a Ramón y a toda la familia les impresionó la muerte repentina de una sobrina por un derrame cerebral. Al año de este trágico suceso, enfermó su madre de cáncer y falleció al cabo de un año. Tanto el paciente como el resto de la familia cuidaron de ella hasta su muerte. Al ser éste un tema "tabú" para la familia, Ramón lo ha sufrido en secreto y no ha manifestado en ningún momento su dolor ("*lloraba solo en mi habitación*"). Este hecho, junto con la muerte de su sobrina, le han distanciado de la religión.

El paciente estudió EGB sin problemas destacables, aunque, según expresan sus hermanos, "*nunca le gustó estudiar*". Empezó Formación Profesional, pero lo dejó al cabo de dos cursos. Al volver de Madrid, permaneció un año sin hacer nada, hasta que acudió a un cursillo de carpintería metálica. Tras esto, estuvo otra temporada sin saber qué hacer. Finalmente comenzó a trabajar en el taller de la familia porque "*estaba harto de no hacer nada y levantarme a las 12 del mediodía*".

En cuanto a sus relaciones sociales, hace dos años que Ramón optó por dejar a la cuadrilla con la que salía debido a que sus amigos empezaban a moverse en ambientes relacionados con drogas, que a él no le van, e incluso fumaban "porros" y tomaban "pastillas". En la actualidad, el paciente, aunque se relaciona esporádicamente con varios conocidos, comparte la mayoría de su tiempo libre solamente con un amigo íntimo. En ocasiones sale también a cenar o a tomar unas copas con los compañeros del equipo de baloncesto.

En lo que a chicas se refiere, cuando tenía 18 años se limitaba a contactos aislados, pero nunca tuvo ninguna relación "seria". Hace un año, sin embargo, empezó a salir con una amiga de otra ciudad, con la que mantuvo una relación relativamente estable. Sin embargo, a los doce meses de relación, la chica le dejó sin ninguna explicación. Al principio el paciente lo pasó muy mal, pues no entendía qué era lo que había ocurrido. Con el tiempo, fue olvidándose de ello e incluso mantuvieron el contacto "como amigos" viéndose o llamándose esporádicamente.

Finalmente, cabe destacar que no se refieren problemas psicológicos ni tratamientos por trastornos psiquiátricos previos.

Evolución del problema

El problema se presenta por primera vez hace 3 años, cuando comienzan a llegar cuentas telefónicas sensiblemente superiores a las recibidas hasta entonces. Al percatarse la familia del motivo de semejantes sumas, convencen al paciente para que acuda al psiquiatra. Este le prescribe un tratamiento farmacológico a base de Adofén (*fluvoxamina*: antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina; dosis: 50 mg/día), que, además de actuar sobre el estado de ánimo, facilita el control de los impulsos. Durante un par de meses Ramón permanece sin llamar; sin embargo, al poco tiempo, retoma esta conducta con una frecuencia igual o mayor que la anterior.

Durante los últimos dos años el paciente continúa llamando muy frecuentemente. A pesar de que en reiteradas ocasiones se propone dejar de hacerlo, estos intentos de autocontrol, que duran algunas semanas, resultan fallidos. Finalmente, en marzo de 1996, los hermanos de Ramón piden de nuevo ayuda. Al igual que en la anterior ocasión, el psiquiatra le receta Adofén y, debido a la poca confianza que les inspira a los familiares un tratamiento meramente farmacológico, deriva al paciente a este centro (*Tabla 1*), en donde se le aplica una terapia exclusivamente psicológica.

Tabla 1.- Evolución del problema desde su inicio

Octubre del 93	Fallece la madre del paciente.
Noviembre del 93	Empieza a llamar.
Marzo del 94	Llegan las primeras cuentas telefónicas descubriendo el problema. Deciden acudir a una consulta psiquiátrica.
Mayo del 94	Empieza a llamar de nuevo, tras dos meses sin llamar.
Julio del 94	Reaparecen en las cuentas telefónicas llamadas a las líneas <i>party-line</i> y líneas eróticas.
Marzo del 96	Deciden volver a solicitar ayuda. Piden cita con el médico de cabecera.
Junio del 96	Cita con el psiquiatra de la Seguridad Social, que deriva el caso a la Asociación Ekintza Dasalud.
Septiembre del 96	Se recibe por primera vez al paciente.

Tratamientos previos

Como ya se ha indicado, la única intervención previa consistió en una terapia farmacológica a base de un antidepresivo (Adofén), que le fue recetado en las dos ocasiones que acudió al psiquiatra. Estas intervenciones no tuvieron éxito y el paciente recayó al poco tiempo del comienzo del tratamiento.

Proceso de evaluación

Instrumentos de evaluación

Las técnicas de recogida de información utilizadas fueron las siguientes:

- 1) Entrevista psicológica estructurada, contrastada con la información recabada de los hermanos.
- 2) Análisis de las cuentas telefónicas del último año, centrado en la frecuencia y duración de las llamadas, así como en el dinero gastado y en otros aspectos significativos.
- 3) Cuestionarios, inventarios y escalas:
 - a) *Variables psicopatológicas*
 - *Inventario de Depresión de Beck B.D.I. (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)*, que permite evaluar la intensidad de los síntomas depresivos, especialmente los relacionados con las alteraciones cognitivas.
 - *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo S.T.A.I. (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)*, que permite medir la ansiedad como dimensión estable de la personalidad (como rasgo), así como detectar las conductas de ansiedad en la situación actual del paciente (ansiedad-estado).
 - *Escala de Miedo a la Evaluación Negativa F.N.E. (Watson y Friend, 1969)*, que facilita la evaluación del temor exagerado a recibir críticas o apreciaciones negativas por parte de los demás.
 - *Escala de Inadaptación (Echeburúa y Corral, 1987)*, que refleja la medida en que un problema afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar).
 - b) *Variables de personalidad*
 - *Cuestionario de Personalidad E.P.I. (Eysenck y Eysenck, 1963)*, que mide dos dimensiones básicas de personalidad: la extraversión-introversión y el neuroticismo-estabilidad emocional.

- *Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)*, que permite evaluar el grado de satisfacción que el paciente tiene consigo mismo.
 - *Escala de Impulsividad B.I.S.-10 (Barratt, 1985)*, que tiene como objetivo medir el grado de impulsividad del sujeto a tres niveles: motor, cognitivo y de planificación.
- 4) Registros: orientados tanto a las llamadas como a las ganas de llamar.
- *Autorregistro de llamadas*: recoge datos sobre aspectos generales (fecha, hora, pensamientos, lugares y tiempo empleado) y sobre aspectos más específicos (el tipo de llamada y la compañía), así como sobre las consecuencias experimentadas.
 - *Circunstancias que ponen en marcha la conducta de llamada*: se obtiene información sobre los desencadenantes de la conducta de llamada y sobre los estados emocionales experimentados.

Resultados de la evaluación

1) Análisis de las cuentas telefónicas del último año:

a) A pesar de haberlo negado desde el principio, el paciente no sólo llamaba a las líneas de conversación (906), sino que también lo hacía a las líneas eróticas (07). En concreto, estas últimas representaban el 36% del número total de llamadas (*Figuras 1 y 2*).

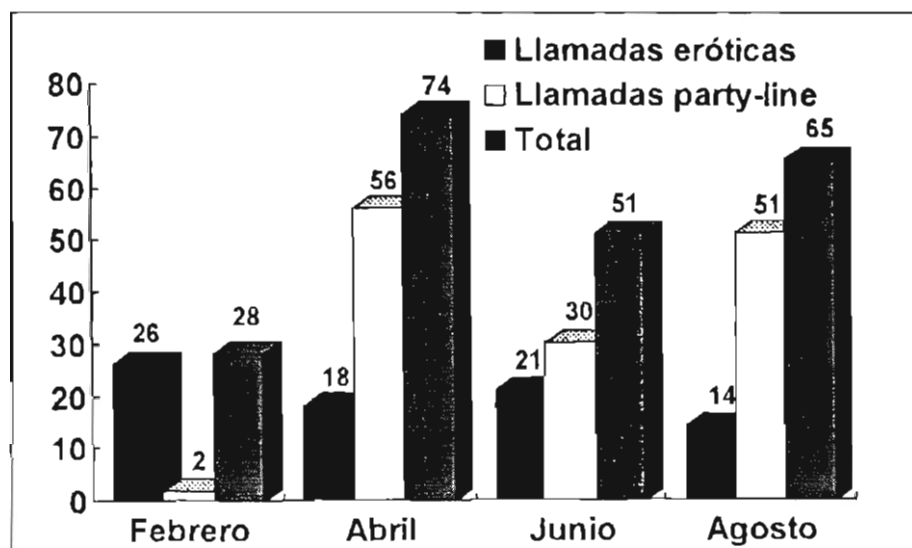


Figura 1.- Número de llamadas problemáticas

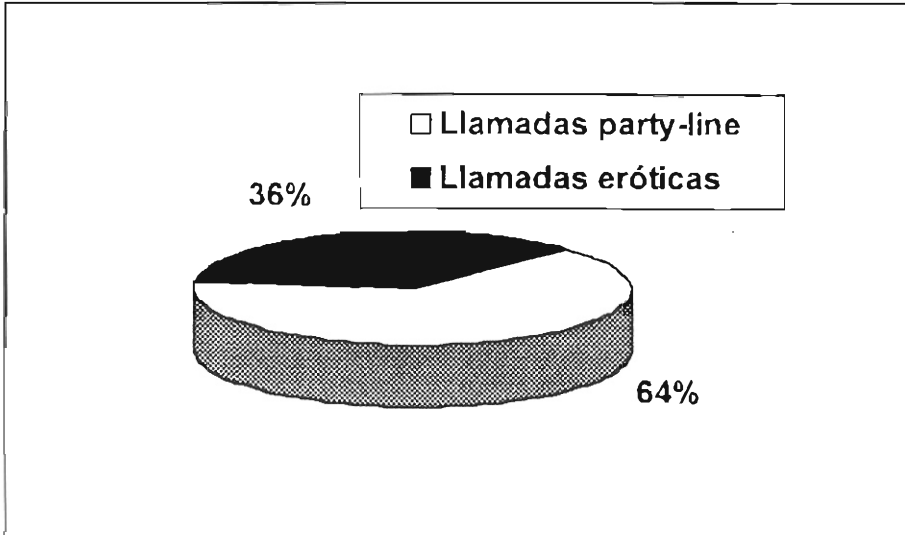


Figura 2.- Porcentaje de llamadas según el tipo de llamada

Por otra parte, el paciente tendía a llamar más durante los fines de semana o los días festivos (61% de las llamadas totales) porque se encontraba más tiempo en casa y las oportunidades de llamar eran mayores.

b) Respecto al número de conversaciones en los días de llamada, la media era de 8,57 llamadas/día, con un rango de 1 a 30.

Tabla 2.- Número de llamadas y tiempos invertidos (por llamada y por día)

	Media	Máximo	Mínimo
Número de llamadas	8,57	30	1
Tiempo por llamada	6,63 min.	58,42 min.	1 seg.
Tiempo por día	47,84 min.	148,18 min.	8,76 min.

c) En cuanto al tiempo empleado en cada llamada, éste era muy variable. La media se situaba en 6,63 minutos, con un rango que oscilaba entre un

tiempo máximo de 58 minutos y un mínimo de 1 segundo. El tiempo medio invertido en el teléfono los días de llamada era de 47,84 minutos, con un máximo de más de 2 horas (Tabla 2).

2) *Cuestionarios, inventarios y escalas (Tabla 3):*

a) En lo que se refiere a las *variables psicopatológicas*, el paciente no presentaba síntomas depresivos ni de ansiedad intensos. Del mismo modo, tampoco parecía estar afectado de forma significativa en las diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo, tiempo libre, familia, vida social o de pareja).

Tabla 3.- Resultados obtenidos en los cuestionarios y escalas anteriores al tratamiento

VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS	RESULTADOS
Inventario de Depresión B.D.I. (0-64)	5
Inventario Ansiedad Estado-Rasgo S.T.A.I.	
Estado (0-60):	5
Rasgo (0-60):	5
Escala de Miedo a la Evaluación Negativa F.N.E. (0-30)	21
Escala de Inadaptación	
Trabajo (1-6)	1
Vida social (1-6)	1
Tiempo libre (1-6)	1
Relación de pareja (1-6)	1
Vida familiar (1-6)	2
Escala global (1-6)	2
VARIABLES DE PERSONALIDAD	RESULTADOS
Cuestionario de Personalidad E.P.I.	
Neuroticismo (0-24)	11
Extraversión (0-24)	15
Escala de Autoestima de Rosemberg (10-40)	35
Escala de Impulsividad B.I.S.-10	
Motora (0-44)	13
Cognitiva (0-44)	18
De planificación (0-44)	17

b) En cuanto a las *variables de personalidad*, el paciente se muestra como una persona sociable, no excesivamente inhibida, y con una buena autoestima. No obstante, aparece un considerable temor a las críticas de los demás, así como una cierta labilidad afectiva y sensibilidad emocional.

Sin embargo, la imagen de *normalidad* que aparece en los instrumentos de evaluación no se corresponde con lo que el sujeto pone de manifiesto en la entrevista y señala en los registros, así como tampoco con lo observado por la terapeuta (la primera firmante de este trabajo) y lo referido por sus familiares. Por lo tanto, deben tomarse con reservas estos resultados favorables, que pueden ser reflejo del deseo de dar una buena imagen y del miedo excesivo a las críticas que caracteriza a este paciente.

b) ANÁLISIS CONDUCTUAL ESPECÍFICO

Adquisición del problema

Factores predisponentes

Desde la perspectiva de los *rasgos de personalidad* (especialmente de aquellos que pueden estar implicados en una adicción), el paciente es una persona *impulsiva* y con un *deseo extremo de aprobación social*. En concreto, actúa sin pensar en numerosas ocasiones, presenta reacciones muy bruscas cuando se enfada (golpea puertas o paredes) o cuando juega a baloncesto (da empujones). De hecho, él mismo se define como "*impaciente*" y afirma que "*cuando algo le apetece lo hace, sin pararse a pensar en las consecuencias*". En cuanto a la valoración social, el paciente se comporta como una persona perfeccionista que no acepta las críticas y responde de manera desproporcionada a éstas. Una consecuencia de ello es que miente con frecuencia, con el objetivo de dar una imagen de sí mismo que no se corresponde con la realidad. A modo de ejemplo, su hermano encontró una carta del paciente dirigida a su ex novia, en la que le contaba que había encontrado un trabajo de portero en una discoteca, cuando esto no era así.

En relación con las *estrategias de afrontamiento* utilizadas habitualmente, el paciente tiende a recurrir a la *evitación* como forma de solución de las posibles dificultades (lo que en muchas ocasiones le lleva también a la mentira). Según expresan sus familiares, ante una discusión o un problema el paciente "*huye del lugar, sin dar la cara*" y evita afrontar la evidencia (por ejemplo, de las cuentas telefónicas). Del mismo modo, ante otras circuns-

Tabla 4.- Ejemplos de los factores predisponentes mencionados

RASGOS DE PERSONALIDAD	MIEDO EXCESIVO A LAS CRÍTICAS	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO
<p>IMPULSIVIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reaccionar bruscamente ante críticas o bromas. - Golpear mesas, puertas o farolas, cuando se enfada. - Empujar y pelearse en los partidos de baloncesto. - Definitivo su hermano como de carácter fuerte y agresivo. - Pretender salir con una chica sin apenas conocerse. - Llegar a llamar 30 veces en un día. - Hacer las cosas sin pararse a pensar en las consecuencias. - Considerarse impaciente. 	<p>MIEDO EXCESIVO A LAS CRÍTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - No responder sinceramente a los cuestionarios. - Mentir respecto a las llamadas eróticas insistiendo en el tema. - Considerarse perfeccionista y decir que "se enfada" cuando le critican por algo mal hecho. - Reaccionar desproporcionadamente ante las bromas o críticas. - Describirlo su hermano como: "va de auto-suficiente, quiere aparentar una gran seguridad cuando no es así". - Decir que tiene la obsesión de que se ríen de él. - Obtener un resultado de 21 puntos en el FNE, puntuación que raya el punto de corte, y que hay que considerar especialmente debido al falseamiento del resto de los cuestionarios. - Encontrar su hermana una carta escrita a la ex novia en la que le miente diciéndole que trabaja de vigilante de seguridad y de portero de una conocida discoteca. - En consulta, evitar constantemente la evaluación negativa. 	<p>EVITACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitar hablar de la madre. - No subir al hospital a ver a su madre cuando estaba muriéndose. - Evitar hablar de problemas personales (en casa y al teléfono). El hermano dice que "es un chico que se lo traga todo". - A) empezar una discusión, terminar marchándose. - No querer reconocer su problema y evitar afrontar la evidencia de las cuentas telefónicas. - Ante posibles enfrentamientos con su hermano (por haberle usado determinada ropa por ejemplo), negar la realidad, incluso sabiendo que, irremediablemente, le van a descubrir.

tancias de su vida también emplea esta estrategia: cuando su madre estuvo enferma y se encontraba ya a punto de morir, Ramón no subió al hospitala verla -fue el único de la familia que no la vio antes de su fallecimiento-, evitando así el dolor que le produciría ver a su madre en tales circunstancias. Asimismo, una vez fallecida la madre, evitó en todo momento hablar de ella, convirtiéndose este aspecto en un tema "tabú" para el paciente.

En resumen, una persona que evita hablar de sus problemas personales con las personas más cercanas (familiares y amigos), que presenta un miedo excesivo a ser criticado por la gente que le conoce y que no se para a pensar en las consecuencias de sus actos corre un riesgo, en unas circunstancias concretas, de desarrollar una adicción. En este sentido, la adicción a las líneas *partyline* proporciona al paciente unas relaciones en las que permanece anónimo, puede contar lo que quiera sin temor a que le evalúen negativamente e, incluso, puede evitar todos aquellos temas que le son dolorosos y cortar o cambiar de conversación cuando lo desee (*Tabla 4*).

Factores precipitantes

En la historia del sujeto hay una serie de sucesos de vida estresantes (*Tabla 5*) que, de una manera u otra, han "favorecido" la aparición del problema:

Tabla 5.- Posibles factores precipitantes del problema

Sucesos de vida estresantes (en orden cronológico)

- Cese en el equipo de Madrid, tras una estancia de un año en esta ciudad.
- Abandono de los estudios, y periodo de inactividad laboral.
- Muerte repentina de la sobrina.
- Enfermedad grave de la madre.
- Muerte de la madre (un año después de la detección de la enfermedad).
- Abandono del grupo de amigos con el que salía desde hace años.
- Ruptura inesperada de una relación de pareja por decisión de la otra parte.
- Nueva relación del padre con otra mujer.

El malestar psicológico (*tristeza, rabia e impotencia*) producido por la repentina muerte de su sobrina y por la larga enfermedad -y posterior fallecimiento- de la madre, así como el *sentimiento de frustración* derivado de haber visto truncadas sus esperanzas de haber sido "alguien dentro del baloncesto".

La *inactividad* derivada del abandono de los estudios, junto con la falta de motivación por alguna profesión u ocupación fuera del marco deportivo.

El *aislamiento social*, resultado, a su vez, del abandono del grupo de amigos con el que salía y de la posterior ruptura de pareja.

Todas estas circunstancias han llevado a un sujeto con una personalidad vulnerable a buscar gratificaciones en aquel lugar donde permanece la mayor parte del tiempo: su casa. El fácil acceso tanto al teléfono como a los números de contacto (a través del teletexto) ha favorecido asimismo la adquisición de esta conducta.

Mantenimiento del problema: análisis funcional de la conducta

Análisis de la conducta-problema y del triple sistema de respuestas

La adicción al teléfono se manifiesta en los tres niveles de respuesta (motor, cognitivo y fisiológico). A pesar de que en el momento en el que el paciente acude a la consulta le resulta materialmente imposible llamar, siente frecuentemente "ganas de llamar" y tiene miedo de lo que pueda ocurrir en el futuro.

A *nivel conductual*, el paciente no llama en la actualidad porque su familia ha optado por quitar el cable del teléfono. Sin embargo, el paciente evita estar a solas en el salón -lugar donde se encuentra el teléfono-, especialmente en aquellos momentos en que sabe que el cable está instalado y podría tener la oportunidad de llamar.

A *nivel cognitivo*, Ramón siente deseos intensos de llamar, recuerda anteriores llamadas o personas que conoció a través del teléfono y le invaden distorsiones cognitivas, como, por ejemplo, "por llamar una vez, no va a ocurrir nada" o "voy a ponerme a prueba para ver si lo controlo". Aunque evita en la medida de lo posible pensar en todo ello, le resulta muy difícil conseguirlo. Por otra parte, se siente incapaz de dejar de llamar por sí mismo.

Por último, a *nivel fisiológico*, el paciente expresa sentirse nervioso e inquieto cuando le invaden los pensamientos anteriormente mencionados o se encuentra en una situación en la que podría haber llamado.

Actualmente este problema aparece de dos a tres veces por semana, pero esta frecuencia varía en función del tiempo que el paciente pasa en casa. Cuanto más tiempo se encuentra solo en casa, más frecuentemente se presenta el problema.

Cuando el paciente llamaba, lo hacía generalmente por las tardes (después de comer) o por las noches, siempre cuando no había nadie en casa. Solamente en una ocasión llamó de casa de una hermana. El contenido de las llamadas, en el caso de las líneas 906, era muy variado (deportes, chicas, ciudades, etc.), aunque él siempre evitaba hablar de problemas personales; por el contrario, en el caso de las llamadas a las líneas 07, que en todo momento el paciente se mostraba muy reticente a reconocer, el contenido de éstas era claramente de tipo sexual y, muy probablemente, orientado a obtener una satisfacción a este nivel.

Mantenimiento de la conducta-problema

El análisis funcional del caso expuesto en la *Tabla 6* resume las variables más significativas implicadas en el mantenimiento del problema. El hecho de sentirse solo, triste, enfadado, etc., o de pensar en anteriores llamadas o personas conocidas a través del teléfono, despierta en el paciente, a modo de estímulos discriminativos, las ganas "irrefrenables" de llamar. Una vez que ha llamado, se siente más tranquilo y desaparecen las emociones desagradables, quedando reforzada negativamente la conducta de llamar. Por otra parte, además de haberse entretenido durante un tiempo, ha "conocido" a nuevas personas y ha hablado con ellas de los temas que a él le interesan, sin entrar en problemas personales y sin temor a que le evalúen negativamente. En el caso de las líneas eróticas, a todo lo anterior se añade la excitación y satisfacción sexual que el paciente ha sentido y que, del mismo modo, refuerza poderosamente la conducta de llamar.

Todas estas consecuencias actúan como refuerzo negativo y positivo, respectivamente, de la conducta-problema y aumentan, por ello, la probabilidad de que ésta se repita en un futuro próximo.

Sin embargo, transcurridas unas horas, este tipo de conductas le hacen sentirse culpable al paciente. Al estar asociado este sentimiento de malestar con la conducta de llamar, recurre a esta misma conducta para aliviar la tensión (refuerzo negativo), a modo de autoterapia.

Tabla 6.- Análisis funcional de la conducta problema

FACTORES ANTECEDENTES	CONDUCTA PROBLEMA	FACTORES CONSECUENTES
<p><i>Próximos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Haber discutido. - Tener algún problema. - Estar enfadado. - Estar deprimido o agobiado. - Encontrarse nervioso. <p><i>Inmediatos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar solo en casa. - Sentirse solo, sentir que le faltaba algo. - Sentirse aburrido. - Pensar en llamar, recordar o anticipar una llamada. 	<p>LLAMAR POR TELÉFONO</p>	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Estar más tranquilo. - Haberse entretenido. - Haber hablado con alguien. - Tener una nueva "amiga" o haber conocido a alguien nuevo. - Sentirse anónimo (sin temor a las críticas negativas): decir lo que quiera cuando quiera. - Haberse excitado sexualmente. <p><i>A medio plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sentirse culpable.

ANÁLISIS MOTIVACIONAL Y DE RECURSOS

Estrategias de control del problema

Cuando Ramón acude a la consulta, lleva ya un mes sin llamar. Lo que el paciente ha hecho en este tiempo para controlar su adicción es evitar las tentaciones: intenta no quedarse solo en casa, y si en alguna ocasión ha tenido ganas de llamar, se pone a hacer algo que le entretenga o se marcha de casa.

Sin embargo, los breves períodos de abstinencia seguidos de una "recaída" han sido una constante en la historia del problema. Por otra parte, a pesar de no estar en contacto con el teléfono, el ansia por llamar a este tipo de líneas sigue estando presente, lo que indica que el problema persiste en el sujeto.

A su vez, los familiares han optado por instalar un "desconector" que impide las llamadas con un número de cifras superior a seis. Este aparato

permite desconectar el teléfono cuando el paciente se vaya a quedar solo en casa o pueda tener la tentación de llamar.

Motivación para el tratamiento

Tanto los familiares como el propio paciente se muestran muy motivados para buscar una solución al problema. Los fracasos anteriores con las terapias farmacológicas han generado unas buenas expectativas ante el tratamiento psicológico, que llevan al paciente a seguir con precisión las indicaciones terapéuticas. Sin embargo, precisamente por este mismo motivo y por los reiterados -y siempre frustrados- intentos de dejar de llamar, Ramón presenta una percepción de autoeficacia muy baja, lo que le lleva a mantener un cierto escepticismo respecto al éxito de la terapia.

Otras motivaciones

El paciente es una persona de fácil conformar. Aunque no le gustan su trabajo ni las condiciones laborales ni económicas del mismo y a lo que desearía dedicarse es a la hostelería o al diseño, no hace nada para modificar su situación.

Tabla 7.- Actividades gratificantes

• **Dentro de casa**

- Leer novelas de humor.
- Escribir cartas a amigos/as.
- Dibujar
- Jugar al ordenador.
- Ver una buena película.

• **Fuera de casa**

- Jugar a baloncesto.
- Salir con los amigos/as
- Conocer gente diferente.
- Hacer nuevos amigos.
- Salir con una chica.

Por otro lado, Ramón es muy constante en su afición al baloncesto: acude a entrenar prácticamente todos los días y juega en todos los partidos. No

obstante, lamenta enormemente que, debido a los problemas físicos (arritmia cardíaca) experimentados, haya perdido la oportunidad de destacar en el deporte de competición.

En cuanto a la vida social, al paciente le aburre estar siempre con las mismas personas y, por ello, le gusta mucho conocer gente distinta y "*hacer nuevos amigos*". También le gustaría tener una pareja estable, pues, según manifiesta, "*ahora quiero algo más que pasar una noche con una chica*" (Tabla 7).

Recursos psicológicos

El paciente es una persona sana y deportista, que disfruta perteneciendo al equipo de baloncesto y que es apreciado por sus compañeros. De la misma manera, la relación con su familia (padre y hermanos) es muy buena. Ramón tiene una percepción positiva de su grado de aceptación entre las personas conocidas.

Por otro lado, respecto al concepto que el paciente tiene de sí mismo, éste se considera una persona sincera, amable y con sentido del humor, a la que le gusta vivir al día, hacer las cosas bien y que se conforma con lo que tiene.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Objetivos terapéuticos

El paciente señala como principal objetivo de la terapia superar el problema de la dependencia al teléfono, así como encontrarse más tranquilo y mejorar ciertos aspectos de su vida, en concreto los relacionados con el trabajo y las relaciones sociales.

Las metas terapéuticas, establecidas conjuntamente entre la terapeuta y el paciente, son las siguientes:

1. Suprimir o, cuando menos, reducir considerablemente el ansia por llamar a ese tipo de líneas telefónicas, con el objetivo de conseguir una abstinencia total.

2. Adquirir estrategias de afrontamiento adecuadas para reorganizar la vida diaria y hacer frente a las dificultades de una forma más adaptativa. De este modo se podrán evitar posibles recaídas en el futuro.

El paciente se compromete a colaborar activamente en el programa: acudir a la consulta una vez por semana y llevar a cabo las tareas para casa fijadas por la terapeuta.

Planificación del tratamiento

Técnicas terapéuticas

El programa de intervención propuesto para la consecución de los objetivos establecidos está basado en la aplicación de las siguientes técnicas:

- *Exposición en vivo con prevención de respuesta*, que está encaminada a la supresión del ansia de llamar.
- *Programación de actividades reforzantes alternativas*, que tiene como finalidad recuperar actividades gratificantes abandonadas a causa de la adicción, así como descubrir otras nuevas que contribuirán a aumentar las fuentes de reforzamiento del paciente.
- *Reestructuración cognitiva* de las ideas irracionales que puedan mantener la adicción o interferir en el proceso terapéutico.
- *Enseñanza de habilidades específicas de afrontamiento*, es decir, de *estrategias de autocontrol* para regular su impulsividad, así como de *técnicas de solución de problemas*, orientadas a afrontar de una forma más adaptativa las dificultades cotidianas.

Estructuración de la intervención

Antes de iniciar el tratamiento los familiares del paciente habían establecido un control de estímulos radical. De hecho, el “desconector” del teléfono impedía a Ramón cualquier posibilidad de llamar desde casa.

a) Programa de “choque”: técnicas de exposición

Este programa se estableció en forma de una autoexposición gradual en vivo con prevención de respuesta, con el objetivo de eliminar el ansia de llamar y de aumentar progresivamente la percepción de autoeficacia en el paciente. Este último punto se consideró especialmente importante en este caso. Al haberse entremezclado en la historia de Ramón los episodios de adicción con breves etapas de abstinencia, se sentía incapaz de permanecer mucho tiempo sin llamar.

En las tareas de autoexposición el paciente reproducía lo más exactamente posible el ambiente en el que se encontraba cuando llamaba (salón a media luz, televisión encendida con el volumen quitado, los teléfonos de contacto en el teletexto de la pantalla, etc.), se sentaba en el sofá más próximo al teléfono y se concentraba en las sensaciones, emociones y pensamientos que le venían a la cabeza, resistiendo la tentación y sin llevar a cabo la conducta adictiva ni abandonar la tarea. Los ejercicios se llevaban a cabo en las horas de mayor riesgo (4 de la tarde y 11 de la noche), sin recurrir en ningún caso al consumo de café o de alcohol antes o durante la realización de las tareas, a efectos de evitar interferencias en el proceso de habituación.

Con el objetivo de facilitar la implicación atencional en la tarea, Ramón comenzaba el ejercicio de exposición recordando las últimas llamadas y escuchando en una cinta, grabada por la terapeuta, la música y la bienvenida inicial con las que este tipo de líneas se presentan al usuario al comienzo del contacto telefónico. La exposición a las líneas 906 o 07 se realizaba de forma alternativa.

El paciente debía permanecer realizando la tarea el tiempo suficiente hasta que conseguía resistir la tentación sin llamar y los niveles de ansiedad descendían a menos de 4 en una escala de 0 a 10. El tiempo medio de exposición era de 20-30 minutos, pero siempre teniendo en cuenta el criterio utilizado (reducción del malestar).

La graduación de tareas se llevó a cabo con la ayuda de dos tipos de "controles", que impidieron en un principio que el paciente llamara (*prevención de respuesta*). A medida que se avanzaba en el programa de exposición, los controles se iban retirando progresivamente. Por un lado, se contó con la figura de un coterapeuta -su hermano Juan-, que, al estar en paro, era el que más tiempo libre disponía. Por otro, se utilizó el aparato que desconectaba el teléfono. El coterapeuta, además de tener la función de control, supervisaba los ejercicios, reforzaba al paciente por los esfuerzos realizados, le apoyaba en los momentos de desánimo y le alentaba a proseguir en las nuevas tareas programadas.

Así, intercalando los dos controles mencionados y graduando las tareas de exposición para implicar más fácilmente al paciente en el tratamiento, se establecieron los niveles de autoexposición expuestos en la *Tabla 8*.

El paciente tenía que realizar al menos 5 sesiones de exposición -prácticamente una diaria- entre sesión y sesión con el terapeuta. A no ser que

surgiesen dificultades, el programa de autoexposición debía avanzar a razón de un nivel por semana.

Ramón, una vez concluida la tarea de exposición, debía implicarse en una actividad gratificante fácil de llevar a cabo, ya sea dentro o fuera de casa, con el fin de disminuir el malestar residual (inquietud, desasosiego, etc.) existente al finalizar el ejercicio. Algunas de estas alternativas eran las siguientes: jugar al ordenador, leer cómics, dibujar o llamar a un familiar o amigo, si es que decidía permanecer en casa, y salir al bar de un conocido, jugar a baloncesto o hacer "footing", si es que prefería salir.

Tabla 8.- Estructuración de las tareas de exposición

NIVELES	CONDICIONES
Primero	<ul style="list-style-type: none"> • coterapeuta en la casa • aparato conectado
Segundo	<ul style="list-style-type: none"> • coterapeuta en la casa • aparato desconectado durante la tarea
Tercero	<ul style="list-style-type: none"> • coterapeuta localizable en casa de la hermana • aparato desconectado durante la tarea
Cuarto	<ul style="list-style-type: none"> • coterapeuta no presente ni localizable • aparato desconectado durante la tarea
Quinto	<ul style="list-style-type: none"> • coterapeuta no presente ni localizable • aparato desconectado en diferentes momentos del día
Sexto	<ul style="list-style-type: none"> • coterapeuta no presente ni localizable • aparato desconectado definitivamente

Por último, el paciente debía rellenar diariamente un auto-registro en el que figuran reflejados todos los aspectos señalados anteriormente.

b) Programa de prevención de recaídas

Una vez abandonadas las llamadas, lo importante era establecer un programa de intervención que tenía por objetivo el mantenimiento de los logros terapéuticos.

• *Identificación de situaciones de riesgo y búsqueda de estrategias de afrontamiento*

Prevenir la recaída implica, en primer lugar, entrenar al paciente en reconocer las situaciones específicas de alto riesgo que van a aumentar la probabilidad de la misma. Sólo en la medida en que Ramón sea consciente de qué situaciones son peligrosas podrá enfrentarse a ellas de manera adecuada. Con este objetivo se ha utilizado el *Inventario de Situaciones Precipitantes de la Recaída y Estrategias de Afrontamiento en el Juego patológico* (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1996), a través del cual, una vez adecuados algunos de sus ítems al problema concreto, el paciente puede percatarse de las circunstancias de riesgo, así como buscar las estrategias más apropiadas para hacerles frente (*Tabla 9*).

Tabla 9.- Ejemplos de la identificación de situaciones de riesgo y de la búsqueda de estrategias de afrontamiento

<ul style="list-style-type: none"> • Situación: <i>Cuando estoy aburrido.</i> • Grado de peligro: <i>muy alto</i> • Estrategia de afrontamiento: <i>ir al bar de un amigo a charlar con él; salir a hacer "footing" o a jugar a baloncesto; hacer pesas en casa; leer las revistas de fenómenos paranormales; jugar al ordenador.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Situación: <i>Cuando recuerdo los buenos tiempos en los que llamaba.</i> • Grado de peligro: <i>bastante alto</i> • Estrategia de afrontamiento: <i>pensar en las consecuencias negativas que llamar a estas líneas me ha traído; pensar en otras actividades con las que paso un buen rato: ir a ver a un amigo, jugar un partido de baloncesto y llevar a cabo una de ellas.</i>

En el proceso de recaída, independientemente del tipo de adicción, aparecen tres situaciones de alto riesgo: estados emocionales negativos, conflictos interpersonales y presión social (Echeburúa y Corral, 1986; Marlatt y Gordon, 1985; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). También en este caso, excluida la presión social, están presentes los otros dos factores. Por tanto, y en función de los datos aportados por el análisis funcional, se han enseñado a Ramón las habilidades adecuadas para hacer frente a ambas circunstancias: identificarlas en primer lugar; enfrentarse a ellas de forma adecuada, en segundo.

• *Programación de actividades reforzantes alternativas*

El paciente había llegado a dedicar gran parte del tiempo libre a su adicción y había dejado de realizar actividades -la afición al dibujo, por ejemplo- con las que, en el pasado, había disfrutado enormemente. Fue, por ello, necesario enseñarle a ocupar ese tiempo en otro tipo de actividades gratificantes: rescatar del pasado aficiones e instaurar nuevas actividades de forma gradual y planificada. Lo que se pretendió al programarle conductas lúdicas y sociales alternativas era restablecer una vida cotidiana satisfactoria.

Se planificaron fundamentalmente dos tipos de actividades: aquellas que el paciente iba a llevar a cabo dentro de casa (que se consideraron de gran importancia al ser en el propio domicilio donde había tenido lugar siempre su problema) y aquellas que iba a realizar fuera del hogar. En uno y otro caso el sujeto debía anotarlas en un auto-registro.

Además de las actividades gratificantes programadas en que el paciente debía implicarse diariamente y, en especial, en los momentos de ocio, tenía que realizarlas adicionalmente cuando identificaba una situación de riesgo o le venían recuerdos positivos de la adicción al teléfono (Marlatt, 1993).

• *Reestructuración cognitiva*

No se ha planteado la utilización de esta técnica como un componente específico del tratamiento del ansia de llamar, sino más bien como una manera de eliminar determinadas ideas irracionales y pensamientos negativos que podrían interferir en el proceso de intervención o en la prevención de futuras recaídas.

Por un lado, se ha enseñado al paciente a detectar los sesgos cognitivos propios de su trastorno adictivo (minimización del problema, posibilidad de control sin ayuda externa, etc.) que interfieren en el proceso de motivación para el tratamiento (*Tabla 10*). Una vez detectados, se ha aplicado la discusión racional con el fin de eliminarlos y sustituirlos por otros pensamientos más realistas. Por otro, se han identificado y tratado determinadas creencias irracionales ("*mi vida está arruinada*", "*yo ya no tengo solución*", "*mi futuro es sombrío*", etc.) relacionadas con estados emocionales negativos, que generan unas expectativas bajas de autoeficacia y aumentan la probabilidad de recaída.

Asimismo se ha procedido mediante esta técnica al cambio de expectativas sobre las consecuencias de la conducta-problema. Esta parte del

programa implica la información sistemática al paciente sobre los efectos a medio y largo plazo de la adicción. Esta fase se hace necesaria debido a que muchos sujetos tienen expectativas positivas sesgadas, basadas en el recuerdo selectivo de experiencias positivas pasadas (no de las negativas), acerca de los efectos a corto plazo de las conductas adictivas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Esta anticipación cognitiva puede ser importante porque la expectativa de reforzamiento puede ser tan poderosa, o más, que el reforzamiento real. Precisamente la combinación de las expectativas positivas de las conductas adictivas con el estrés provocado por una situación de alto riesgo constituye el mayor riesgo de recaída (Hodgson, 1993; Echeburúa, 1994).

Tabla 10.- Ejemplo de discusión racional de una distorsión cognitiva

- Distorsión cognitiva: *"Por llamar una vez no va a ocurrir nada"*
- Discusión: *"¿Realmente no va a suceder nada?"*
- Respuesta racional: *"Si llamo una vez es más probable que pueda recaer que si no lo hago. Ya llevo varios meses sin llamar; entonces, ¿para qué voy a arriesgarme?, ¿merece la pena?, ¿qué me aporta llamar una vez?"*

• *Enseñanza de habilidades específicas de afrontamiento*

En concreto, se han enseñado técnicas de autocontrol y de solución de problemas para hacer frente a los conflictos personales e interpersonales y disminuir la probabilidad de recaída.

Desde la perspectiva del autocontrol, se han utilizado estrategias de *tiempo-fuera* (salir de inmediato de una situación estimular tentadora) y de distracción cognitiva (ocupar la mente en una actividad absorbente, contar de 0 a 100 hacia atrás de 3 en 3, buscar la compañía de un hermano, etc.) para controlar la impulsividad ante los conflictos interpersonales o los deseos vehementes de volver a llamar.

Asimismo se ha enseñado al paciente la forma de comportamiento adecuada en el supuesto de una *caída* aislada para evitar una *recaída* total. Un aspecto común en los procesos de recaída en los trastornos adictivos es la pérdida de control subsiguiente a la primera caída. A nivel cognitivo,

cuando se produce una caída aislada, la percepción de la incompatibilidad de objetivos -llamar de nuevo es incompatible con la meta terapéutica de la abstinencia- y la atribución de responsabilidad de lo ocurrido -haber llamado por "*falta de voluntad*" o incapacidad de control- generan un malestar que puede desencadenar la precipitación en la recaída total, facilitada por la aparición de pensamientos negativos ("*soy un desastre*", "*de perdidos al río*", etc.) (cfr. Curry, Gordon y Marlatt, 1987; Marlatt y Gordon, 1985; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

En el caso de una caída aislada se ha adiestrado al paciente a utilizar la técnica de *tiempo-fuera* (salir de inmediato de ese entorno estimular), a aplicar la reestructuración cognitiva aprendida para contrarrestar el malestar cognitivo y afectivo experimentado tras la transgresión de la abstinencia y a buscar ayuda inmediata en otras personas (el hermano, la terapeuta, etc.).

Desde la perspectiva de la solución de problemas, se ha enseñado al paciente la forma adecuada de resolver las dificultades de la vida cotidiana. Se han analizado los diferentes problemas planteados -insatisfacción laboral, relaciones con las chicas, salidas con los amigos, etc.-, se han valorado las diferentes alternativas de solución y se ha puesto a prueba la que parecía más adecuada. Al cabo de un tiempo se ha valorado la adecuación de esta solución y, en los casos necesarios, se han introducido rectificaciones en la misma.

RESULTADOS

Al cabo de seis sesiones se interrumpió la intervención al tener conocimiento la terapeuta por medio del hermano de que el paciente mentía y de que había empezado a llamar de nuevo, al menos desde hacía un mes. Al cancelar y aplazar Ramón varias citas con pretextos inconsistentes, negarse a reconocer la recaída y a proseguir con las tareas de exposición, con el argumento de que le suponían *un gran esfuerzo*, la terapeuta dio por concluido el tratamiento en las actuales circunstancias. La recaída tuvo lugar cuando el paciente se encontraba solo, aburrido, con el teléfono desconectado y con unas ganas intensas de llamar (*Tabla 11*). Los resultados expuestos a continuación se refieren a los datos recogidos hasta el momento de la recaída.

En lo que se refiere al control del teléfono -primer objetivo terapéutico-, el sujeto había completado tres de los seis niveles determinados en la progra-

mación de la autoexposición con prevención de respuesta (Tabla 8). Para ello, había requerido cinco semanas (realizando las tareas una media de 4 veces por semana), lo cual es un período más bien largo y que se debió principalmente al miedo y a la inseguridad que presentaba ante los niveles superiores de la exposición (Tabla 12).

Tabla 11.- Características de la recaída

Día de la semana	<i>domingo</i>
Hora	<i>16.00</i>
Tiempo invertido	<i>1.30 h.</i>
Número de llamadas	<i>15</i>
<i>party-line</i>	<i>9</i>
<i>eróticas</i>	<i>6</i>
Dinero gastado	<i>7.500 pts</i>

Tabla 12.- Análisis de los registros de las sesiones de exposición

• Número medio de sesiones de exposición por semana	4
• Hora media de inicio de la tarea: por la tarde	16.15
por la noche	22.40
• Tiempo medio empleado en la tarea	30 min.
• Ansiedad media experimentada: al inicio	8
al final	2

Durante los últimos cinco meses -la intervención psicológica comenzó hace tres- el paciente había dejado de llamar. Sin embargo, no se puede considerar la ausencia de llamadas como una medida del éxito terapéutico ya que, hasta el momento de la recaída, aún se mantenía el control de estímulos a través del "desconectador" del teléfono. En otras palabras, al

paciente le era totalmente imposible llamar, excepto en los momentos en los que realizaba la tarea. Por ello, los resultados se van a analizar en función de la reducción del ansia de llamar, de la reorganización del tiempo libre y de la vida diaria y del aumento de las expectativas de eficacia en cuanto al control de la dependencia al teléfono.

Si se analizan, semana tras semana, los pensamientos referidos a las ganas de llamar anotados en los registros de tareas, la evolución de los mismos denota una mejoría progresiva: en la primera semana de exposición todos los pensamientos registrados por el paciente reflejaban ganas insistentes de llamar, mientras que en las semanas siguientes -a medida que se avanzaba en las sesiones de exposición- fueron aumentando los pensamientos que indicaban una disminución del grado de "ganas" (Figura 3).

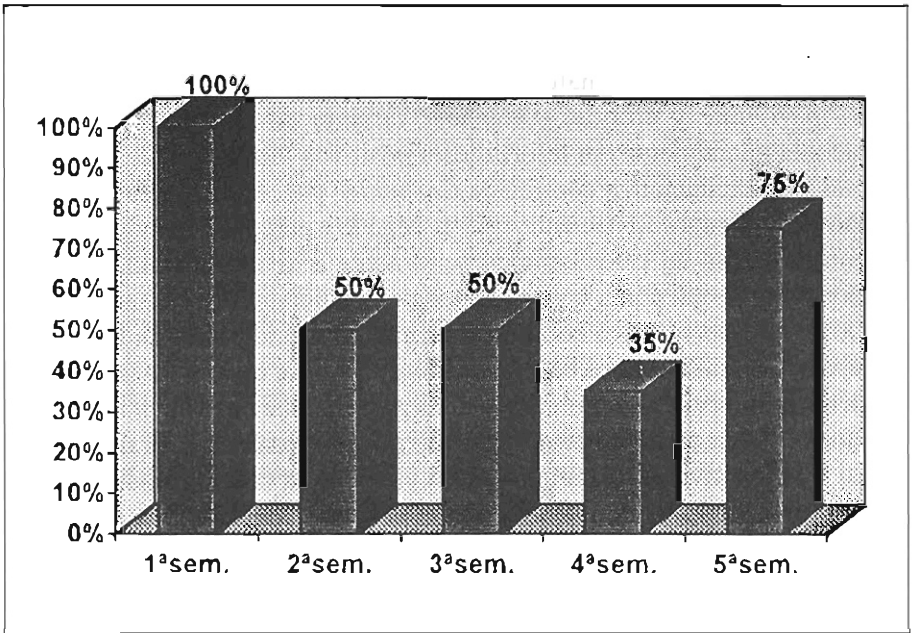


Figura 3.- Porcentaje de sesiones de exposición en las que aparecen pensamientos referidos a las "ganas de llamar"

Sin embargo, en la quinta semana -la inmediatamente anterior al episodio de recaída- estas ganas volvieron a aumentar de manera considerable. Hay, por tanto, una relación directa entre el ansia de llamada y la recaída.

En cuanto al segundo objetivo -reorganización de la vida diaria y mayor capacidad de autocontrol-, el paciente ha modificado favorablemente sus expectativas en cuanto a la percepción de eficacia en el control de la dependencia al teléfono y se ha implicado en un mayor número de actividades gratificantes, tanto dentro (dibujar, hacer pesas, jugar al ordenador y leer revistas) como fuera de casa (hacer "footing"). Por otra parte, ha comenzado a aplicar las técnicas de autocontrol ensayadas en la consulta, aplicadas en las situaciones de impulsividad en las relaciones interpersonales, y las de distracción cognitiva, utilizadas especialmente cuando ha experimentado ganas intensas de llamar o cuando le han venido al recuerdo episodios anteriores.

CONCLUSIONES

En este trabajo se ha analizado la conducta incontrolada de llamar a las líneas *party-line* y eróticas como una variante de la adicción al sexo, mantenida inicialmente por reforzadores positivos -una forma de entretenimiento y de excitación- y controlada finalmente por reforzadores negativos -alivio del malestar-. El paciente, que ha llegado a percibir la conducta como incontrolable, se ha visto limitado seriamente a nivel personal, familiar, económico y social como consecuencia de la adicción (Goodman, 1990).

Desde una perspectiva etiológica, en este caso una personalidad vulnerable, caracterizada por una baja autoestima, un temor excesivo a las críticas, una tendencia a evitar los problemas y una gran impulsividad, ha interactuado con unos factores precipitantes -el malestar psicológico intenso, el aislamiento social y la inactividad- para generar en el sujeto la conducta adictiva.

La adicción al sexo -y en particular a las líneas telefónicas "calientes"- se muestra como un trastorno susceptible de ser tratado con éxito. A pesar de haberse interrumpido la terapia a raíz del engaño reiterado y de la recaída, se había observado en las cuatro primeras semanas una considerable respuesta al tratamiento. En concreto, la frecuencia de las ganas de llamar había disminuido con el programa de exposición y el paciente había comenzado a poner en práctica las estrategias aprendidas en la consulta, así como a desarrollar actividades incompatibles con la adicción (Earle *et al.*, 1995).

Merece la pena detenerse brevemente en las circunstancias que llevan en este caso al engaño y a la recaída y, en último término, al abandono del tratamiento. En lo que al engaño se refiere, puede haber estado inducido por

algunos factores de personalidad, como el recurso habitual a la evitación como estrategia de afrontamiento y el temor excesivo a las críticas, así como por la presión familiar, que es un factor ambiental que puede haber llevado al sujeto a no comunicar lo sucedido.

En cuanto a la recaída propiamente dicha, las variables más significativas han sido las siguientes: la no puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a una situación identificada como de alto riesgo (domingo, 4 de la tarde, solo en casa, aburrido, etc.); la atención selectiva a los reforzadores negativos y positivos inmediatos, con una mayor capacidad de control sobre la conducta que los estímulos punitivos a largo plazo; el efecto de malestar generado por la transgresión inicial de la abstinencia, con un estado emocional negativo subsiguiente que lleva al paciente a reestructurar cognitivamente su autoimagen en consonancia con la recaída (“*soy un desastre*”, “*de perdidos al río*”, etc.) y que permite explicar la brusca pérdida de control (15 llamadas en sólo 2 horas) (cfr. Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Otro aspecto significativo ha sido la negativa sistemática a reconocer las llamadas a las líneas 07 (líneas explícitamente eróticas), que ha impedido hacer un análisis más adecuado de las mismas y diseñar con mayor precisión las estrategias terapéuticas correspondientes.

El coterapeuta seleccionado -su hermano Juan- puede no haber sido el más adecuado para el paciente. Al haber encontrado trabajo y no disponer ya de tiempo libre, abandonó sus funciones sin comunicárselo a la terapeuta. La falta de apoyo y seguimiento del coterapeuta retrasó inevitablemente el avance planeado a los niveles superiores de la exposición e influyó negativamente en las expectativas de autoeficacia del paciente, que se encontraba “*solo ante el peligro*” antes de tiempo (Laberg, 1990).

En el abandono de la terapia han operado otras variables, como una escasa motivación para el tratamiento, facilitada, a su vez, por la gratuidad del mismo y la inexistencia todavía de unas consecuencias realmente graves: el paciente aún “*no ha tocado fondo*” y son mayores los beneficios que los problemas derivados de la adicción. Desde esta perspectiva, las tareas de exposición le suponen un *esfuerzo* que no está dispuesto a asumir. Según el modelo de cambio de Prochaska y Prochaska (1993), el paciente se encuentra en una fase de *precontemplación*, es decir, sin una disposición real para el cambio.

Por último, hay un aspecto psicopatológico que ha contribuido a ensombrecer el pronóstico en este caso. El paciente tratado está aquejado de un trastorno

dual, es decir, de una adicción psicológica y de un posible trastorno de la personalidad por evitación. Al evitar reconocer los problemas y eludir las situaciones conflictivas derivadas de la adicción y de las dificultades cotidianas, aparece reiteradamente una tendencia al engaño y a la evitación que dificulta un tratamiento adecuado de la adicción. No se puede tratar un problema que no se está dispuesto a reconocer en todas sus consecuencias. Los trastornos duales siempre se muestran más resistentes al tratamiento (cfr. Solomon, Zimberg y Shollar, 1996).

¿Qué se puede hacer si este paciente acude de nuevo a la terapia en el futuro? Conviene insistir más en las estrategias de motivación para el cambio, desde la perspectiva de costes y beneficios, que en las técnicas terapéuticas propiamente dichas, que aún son prematuras. Un punto importante sería cambiar de coterapeuta y restablecer el programa de exposición, así como incidir en la identificación de las situaciones precipitantes de recaída y ensayar las estrategias adecuadas y contrarrestar, a nivel de ensayos conductuales, los componentes cognitivos y afectivos del efecto de transgresión de la abstinencia. No obstante, sólo una mayor motivación para superar el problema, un mayor grado de implicación en las tareas, así como la aceptación de la existencia de las llamadas eróticas y su colaboración activa en el análisis de éstas, pueden considerarse indicadores relativamente fiables de un posible éxito terapéutico futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso-Fernández, F. (1996): *Las otras drogas*. Madrid: Temas de hoy.
- Barratt, E. S. (1985): Impulsiveness defined within a system model of personality. In C. D. Spielberg y J. N. Butcher (Eds.). *Advances in personality assessment*. New York: Earlbaum.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983): *Terapia cognitiva de la depresión*. Desclée de Brower (original, 1979).
- Curry, S. G., Gordon, J. R. y Marlatt, G. A. (1987): Abstinence violation effect: Validation with an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 145-149.
- Earle, R.H., Earle, M.R. y Osborn, K. (1995). *Sex addiction: Case studies and management*. New York: Brunner/Mazel.
- Echeburúa, E. (1993): Las conductas adictivas: ¿una ruta común desde el "crack" al juego patológico?. *Psicología Conductual*, 1, 321-333.
- Echeburúa, E. (1994): *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- Echeburúa, E. (1995): *El alcoholismo*. Madrid: Aguilar.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1986): Predicción de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, 11, 16-24.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987): *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994): Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. *Clinica y Salud*, 5, 255-258.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1963): *Cuestionario de personalidad*. Madrid: TEA.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997): *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Foa, E.B. y Emmelkamp, P.M. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: John Wiley and Sons.
- Goodman, A. (1990). Addiction: Definition and implications. *British Journal of Addiction*, 85, 1403-1408.
- Griffin-Shelley, E. (1991). *Sex and love: Addiction, treatment, and recovery*. New York: Praeger Publishers.
- Hodgson, R. J. (1993): Exposición a estímulos y prevención de recaídas. En M. Casas y M. Gossop (eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.
- Jacobs, D.F. (1989): A general theory of addictions: Rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. En H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino y T.N. Cummings (eds.). *Compulsive gambling: Theory, research, and practice*. Lexington: Lexington Books.
- Laberg, J. C. (1990): What is presented and what prevented in cue exposure and response prevention with alcohol dependent subjects? *Addictive Behaviors*, 15, 367-386.
- Marlatt, G. A. (1993): La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M Gossop (eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (Eds) (1985): *Relapse prevention: Maintenance Strategies in Addictive Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993): Modelo transteórico de cambio de conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (eds.). *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Citrán
- Rosenberg, A. (1965): *Society and the Adolescent Self-image*. New Jersey: Princenton.
- Solomon, J., Zimberg, S, y Shollar, E. (Eds.) (1996). *Diagnóstico dual*. Barcelona. Citrán.
- Spielberg, C. D., Gorsuch R. L. y Lushene, R. E. (1970): *Manual of the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA, Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).
- Watson, D. y Friend, R. (1969): Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.