

REDC 68 (2011) 667-688

NUEVAS ADICCIONES Y CONSENTIMIENTO MATRIMONIAL

RESUMEN

Se presenta el concepto de conducta adictiva y se discuten las semejanzas entre las diferentes modalidades de adicción sin sustancia o adicciones psicológicas. Se describen las principales adicciones psicológicas, un modelo psicológico de vulnerabilidad y el impacto de estas conductas sobre el matrimonio y la familia. Por último, se discute acerca de la adicción psicológica como causa de nulidad matrimonial

ABSTRACT

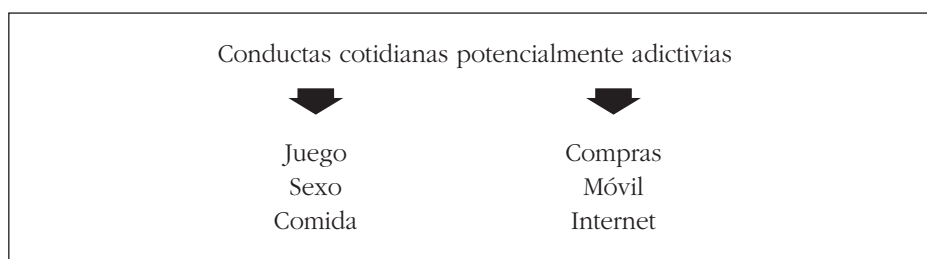
The concept of addictive behavior is presented and similarities between different types of non-drug addiction or psychological addiction are discussed. Different psychological addictions, a psychological model on vulnerability and the effects on marriage and family are presented. Finally, the psychological addiction is presented as a factor in matrimonial canonical nullity.

INTRODUCCIÓN

Desde siempre se han consumido diferentes sustancias que han generado efectos de adicción, así como cambios fisiológicos, conductuales y subjetivos que contribuyen a mantener la conducta de consumo y a incrementar el riesgo sobre la pérdida de control en la autoadministración de estas sustancias. Las drogas poseen una elevada capacidad para aumentar los sentimientos de placer, de relajación o de euforia porque guardan una relación natural con circuitos cerebrales responsables de estas agradables sensaciones, por lo que resulta del todo normal, desde un punto de vista fisiológico y psicológico, que su consumo avance progresivamente hacia la dependencia y la adicción, con

todas las consecuencias personales, familiares y sociales que esto conlleva. Ahora bien, la activación de estos «circuitos cerebrales del placer» (Echeburúa, 2010) también puede producirse cuando una persona practica un deporte de riesgo, mantiene relaciones sexuales, lleva a cabo una compra muy deseada o participa en juegos de apuestas.

Es posible, por tanto, admitir que ciertos comportamientos absolutamente normales y adaptativos tengan tendencia a repetirse de forma compulsiva y descontrolada por los efectos placenteros que producen. En definitiva, cualquier conducta normal placentera (i.e. seguida de reforzadores positivos) tiende a repetirse y, por tanto, es susceptible de convertirse en disfuncional o patológica, no por la conducta en sí misma, sino por la frecuencia, intensidad o duración de la misma, pero sólo cuando interfiere con el desarrollo normal de otros comportamientos o altera seriamente la vida ordinaria de la persona, sus planes y sus actividades, así como sus relaciones familiares, sociales o laborales.



Cuadro 1. Posibles conductas adictivas.

En este sentido, es preciso hacer dos matizaciones. Por una parte, el concepto de adicción no puede ser sinónimo de *adicción a las drogas*, porque si los componentes fundamentales de los trastornos adictivos son la falta de control y la dependencia, las adicciones no se limitan a las conductas generadas por sustancias químicas (e.g. opiáceos, cocaína, nicotina o alcohol), ya que, de hecho, existen hábitos de conducta aparentemente inofensivos que, en determinadas circunstancias, pueden convertirse en adictivos e interferir gravemente en la vida cotidiana de las personas afectadas (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010). Por otra parte, no se trata de asignar atributos psicopatológicos a comportamientos habituales en muchas personas (e.g. comer, comprar, mantener relaciones sexuales, usar Internet y las redes sociales, jugar con apuestas,...), que son totalmente normales y, en muchos, casos, necesarios y adaptativos para un correcto funcionamiento personal y social. Se trata de señalar que cualquier actividad normal percibida como placentera es susceptible de convertirse en una conducta adictiva, cuando la persona desarrolla esa actividad y continúa con ella a pesar de las consecuencias adversas, es

decir, pierde el control sobre ella, y además, adquiere una dependencia cada vez mayor de esa conducta, de manera que si no la realiza, experimenta un profundo malestar en forma de ansiedad, tensión o desasosiego, que sólo desaparece cuando realiza el comportamiento en cuestión. Por ello, el sujeto, «enganchado» por el objeto de su adicción, llega a perder interés por otro tipo de conductas que hasta ese momento le resultaban satisfactorias o incluso por aquellas necesarias para un correcto funcionamiento (e.g. trabajar, dormir un número suficiente de horas, pasar tiempo con la familia o los amigos,...). Desde este punto de vista, lo que diferencia el hábito de la adicción es que esta última tiene efectos contraproducentes para la persona. Lo que hace que la persona lleve a cabo ese tipo de conductas no es el comportamiento en sí (del mismo modo que la drogadicción es diferente del consumo controlado), sino la implicación patológica, la compulsión subjetiva a continuar realizándola y una disminución de la habilidad para ejercer un control personal sobre ella, de forma que la conducta se sigue emitiendo a pesar del impacto negativo en su funcionamiento físico, psicológico y social, y de tener disponibles otras fuentes alternativas de reforzamiento positivo (Salgado y Gómez, 2010).

- Pérdida de control
- Fuerte dependencia psicológica, deseo compulsivo por realizarlo
- Pérdida de interés por otras actividades gratificantes
- Interferencia grave con la vida cotidiana

Cuadro 2. Diferencias entre conductas normales y conductas adictivas.

Desde el punto de vista fenomenológico, clínico, etiológico y de vivencia por parte del individuo, las adicciones psicológicas tienen grandes semejanzas con las adicciones químicas o toxicomanías. Lo mismo sucede en cuanto a ciertos determinantes sociales y culturales que favorecen estas conductas adictivas e incluso afectan a la valoración social que se hace de ellas. Podemos señalar que toda cultura que consume colectivamente una droga (e.g. en nuestro país, el alcohol) tiende a ensalzar al máximo sus valores positivos y a minusvalorar sus efectos nocivos en función de la «mentalidad de usuario» inducida, que es fruto, a su vez, de los intereses económicos que giran alrededor de la producción, venta y distribución de dicha droga. Lo mismo sucede respecto de las adicciones sin sustancia: algunas de ellas como el juego patológico, la adicción al sexo o a las compras se ven favorecidas por unos valores sociales que priman el dinero rápido y el placer o impulsan al consumo en una sociedad en la que se es más valorado cuanto más se tiene y mejor apariencia se mues-

tra, y que no ve demasiado peligro en el consumo desmesurado cuando se tienen medios económicos para ello (Echeburúa, 1999).

Dos de los aspectos que unifican todas las conductas adictivas son la disponibilidad ambiental de muchas de estas sustancias y actividades y su aceptación social. En este sentido, la percepción social de todas estas conductas adictivas es negativa pero varía de unas a otras: como en el caso de las adicciones químicas, donde no se valora igual el tabaquismo que el alcoholismo o la adicción a la cocaína o los opiáceos, las adicciones sin sustancia varían en el grado de su desaprobación: algunas son consideradas como un delito (e.g. exhibicionismo), como una enfermedad (e.g. el juego patológico o ludopatía) o como un mal hábito (e.g. la adicción a las compras o a internet y las nuevas tecnologías). Esta diferente percepción social tiene notables implicaciones legales y sobre la decisión de puesta en marcha de recursos preventivos y de tratamiento, así como sobre la percepción de riesgo por parte de los ciudadanos y su percepción de la gravedad de sus consecuencias.

Desde el punto de vista canónico, la consideración de estos comportamientos como patrones psicopatológicos que alteran la capacidad de juicio y discernimiento de la persona y afectan a la convivencia matrimonial y familiar tiene implicaciones importantes ya que pueden alterar tanto la libertad interna de la persona, su capacidad de discreción de juicio o causar error de cualidad de la persona o error doloso.

SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

Pomerleau (1987) definió la conducta adictiva como el uso repetido y *abusivo* de una sustancia y/o la implicación *compulsiva* en la realización de una conducta determinada, que de forma directa o indirecta modifica el medio interno del individuo de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta. Se considera la adicción como una pauta de conducta compleja caracterizada por una serie de componentes biológicos, subjetivos, sociológicos y conductuales. Desde esa definición, y desde el punto de vista de la psicología clínica, es posible identificar semejanzas entre las adicciones químicas y psicológicas y, dentro de estas últimas, entre las diferentes modalidades de adicción sin droga.

TIPOS	VARIANTES MÁS HABITUALES
<i>Químicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Adicción a opiáceos – Adicción a cocaína y anfetaminas – Adicción a benzodiazepinas – Alcoholismo – Tabaquismo – Adicción a otras drogas: cannabis, drogas de síntesis
<i>No químicas o psicológicas</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Juego patológico – Adicción a internet – Adicción al sexo – Adicción a las compras – Adicción al teléfono móvil – Otras menos frecuentes: trabajo, ejercicio físico,...

Cuadro 3. Clasificación de las adicciones.

Los elementos comunes entre las adicciones químicas y las adicciones psicológicas son los siguientes:

1. la capacidad que tiene la sustancia y/o la actividad de actuar como un reforzador positivo, es decir, de favorecer que la conducta que lo provoca se repita en el futuro e incluso aumente su frecuencia, intensidad y duración. Los efectos del consumo de drogas en los adictos así como la realización de las actividades adictivas son placenteros,
2. la presencia de tolerancia condicionada, es decir, la reducción en la efectividad de la sustancia y/o la actividad debido a la presencia de señales ambientales que mediatizan sus efectos: el adicto necesita consumir más cantidad o realizar durante más tiempo o con más intensidad (e.g. gastar más dinero, hacer apuestas más arriesgadas,...) para alcanzar los mismos efectos, siendo que buena parte de esa tolerancia depende de factores de condicionamiento ambientales,
3. el desarrollo de dependencia física y/o psicológica con el uso continuado y/o la realización repetida de la actividad. En algunos casos, es posible que se produzcan síntomas de abstinencia tanto físicos como conductuales, mientras que en otras adicciones sólo se produce dependencia psicológica. En el caso de las adicciones psicológicas, evidentemente no hay síntomas físicos de abstinencia pero sí se identifica un intenso malestar (con síntomas fisiológicos de activación) cuando se impide, se dificulta o se pone fin a la realización de la conducta,

4. contraste afectivo, es decir, la sustancia y/o actividad tiende a producir un estado afectivo inicial de euforia que disminuye con el mantenimiento de la adicción, en el que prevalece un estado afectivo opuesto de disforia, malestar, etc.,
5. la capacidad de la sustancia y/o actividad de actuar como un eficaz estímulo incondicionado pavloviano, produciéndose respuestas condicionadas a las señales ambientales en las que tiene lugar el desarrollo de la adicción. Del mismo modo que el fumador experimenta necesidad de fumar en presencia de estímulos relacionados con el tabaco aunque aún no experimente síntomas físicos reales de abstinencia, la persona con adicción a internet difícilmente evita encender el ordenador y conectarse cuando está en su despacho, o el jugador tiene serios problemas para no meter monedas en la máquina tragaperras cuando entra al bar habitual con intención de tomar una consumición y
6. presencia de estados emocionales caracterizados por un intenso nivel de activación general, que intervienen de forma negativa en el consumo abusivo de sustancias y/o en la realización de actividades adictivas. Así, con frecuencia el alcohólico bebe cuando está nervioso o triste del mismo modo que la persona con adicción ciber-sexo visita páginas web de contenido pornográfico como manera de rebajar la ansiedad o el jugador sale rumbo a la sala de juegos tras haber discutido con su esposa o su jefe.

- Control inicial por reforzadores positivos y control final por reforzadores negativos.
- Desarrollo de tolerancia y tolerancia condicionada.
- Síndrome de abstinencia.
- Son conductas automáticas.
- Son conductas emocionalmente activadas.
- Son conductas no sujetas a control cognitivo sobre el acierto o error de la decisión.
- Tienen efectos inmediatos positivos, placenteros y efectos negativos a largo plazo.

Cuadro 4. Características de las conductas adictivas

(Adaptado de Echeburúa, 1999 y Chóliz, 2006)

Todas las conductas potencialmente adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos -el aspecto placentero de la conducta en sí-, pero terminan siendo controladas por reforzadores negativos -el alivio de la tensión emocional, especialmente- (Echeburúa, 1999 y Fernández Montalvo y López-Goñi, 2010). En definitiva, al principio, la persona lleva a cabo repeti-

damente la conducta porque obtiene algún tipo de beneficio o de placer: juega para ganar dinero, compra mucho para tener muchas cosas deseadas, busca nuevas experiencias sexuales para tener nuevos placeres,... pero termina llevando a cabo la misma para eliminar la tensión o displacer por el hecho de llevar un tiempo sin realizar la conducta o para minimizar las pérdidas que le ha conllevado la propia adicción. Por ejemplo: el jugador que comenzó jugando para obtener un dinero extra y ahora lo hace para eliminar la tensión por llevar una horas o unos días sin jugar o, más frecuentemente, para conseguir dinero con que pagar las deudas contraídas por la propia ludopatía. En estos casos, el individuo muestra una fuerte dependencia psicológica hacia las propias conductas, actúa con ansia y de forma impulsiva, ya no lo hace por obtener un placer sino por evitar o escapar a un daño o eliminar una emoción negativa (e.g. tensión, ansiedad, miedo a las deudas,...).

La dependencia, entendida como la necesidad subjetiva de realizar imperativamente la conducta con el fin de restaurar el equilibrio homeostático (i.e. rebajar o eliminar la tensión y el desasosiego), y la supeditación del estilo de vida al mantenimiento del hábito (i.e. dedicar mucho tiempo a la actividad, planificar el tiempo en función de la misma, pasar mucho tiempo pensando en llevarla a cabo, emplear grandes cantidades de dinero, dejar de hacer otras cosas que dificulten realizar la actividad,...) conforman el núcleo principal de la adicción.

En este sentido, puede hablarse de auténtico síndrome de abstinencia cuando la persona lleva un tiempo sin realizar la actividad adictiva. Este componente es muy similar a alguno de los rasgos de los trastornos de control de los impulsos, categoría donde se ha incluido tradicionalmente el juego patológico (APA, 2002), aunque actualmente tal adscripción está bajo revisión.

- Fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular.
- Capacidad deteriorada para controlar la conducta.
- Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o se deja de hacer.
- Persistencia en la conducta a pesar de la clara evidencia de graves consecuencias para el individuo.

Cuadro 5. Algunas de las características de los trastornos del control de los impulsos según la DSM-IV TR.

Experimentar síndrome de abstinencia es un elemento fundamental de cualquier adicción, química o psicológica. A pesar de que cada adicción presenta rasgos individuales, existen características comunes de un síndrome de abstinencia:

1. impulso intenso para realizar una conducta, a pesar de que ésta trae efectos perjudiciales para la persona que frecuentemente son reconocidos como tales por ésta
2. tensión creciente (i.e. humor depresivo o ansioso, irritabilidad, problemas de concentración, de sueño,...) hasta que es posible realizar la conducta
3. desaparición temporal de la tensión previa y
4. vuelta creciente de la misma, cada vez con un intervalo temporal menor y con más intensidad, y frecuentemente asociada a la presencia de estímulos internos (e.g. ciertos estados de ánimo, recuerdos de ocasiones anteriores,...) o externos (e.g. pasar por ciertos sitios, ver ciertas personas, ciertas horas del día,...) relacionados con la actividad impulsiva y, por tanto,
5. condicionamiento secundario a dichos estímulos.

Como consecuencia de todo ello, la conducta adictiva es irracional y difícilmente controlable por la persona en cuestión, a pesar de que frecuentemente haga intentos por no realizarla o poner fin a la misma en un corto periodo de tiempo. El comportamiento adictivo deja de estar bajo control, es decir, adquiere carácter automático y a pesar de que la persona es consciente de que realizarla puede tener efectos negativos sobre su persona o sus seres queridos, se muestra difícilmente eficaz para su control. Aquello que comenzó siendo fuente de placer o de satisfacción se convierte en una trampa que cuestiona la libertad del individuo y que termina proporcionando principalmente efectos negativos nunca deseados ni previstos por él.

La secuencia de desarrollo de la adicción es también un elemento común en muchas personas y entre muchas adicciones, sean psicológicas o químicas. La secuencia evolutiva más habitual de las adicciones psicológicas es la siguiente (Echeburúa, 1999):

1. la conducta comienza siendo placentera para la persona,
2. hay un aumento de los pensamientos referidos a dicha conducta en los momentos en que la persona no está realizándola,
3. la conducta es cada vez más frecuente y la persona pierde interés por otro tipo de actividades que hasta el momento eran gratificantes,
4. la persona tiende a quitar importancia al interés o al deslumbramiento suscitados en él por la conducta (i.e. negación),

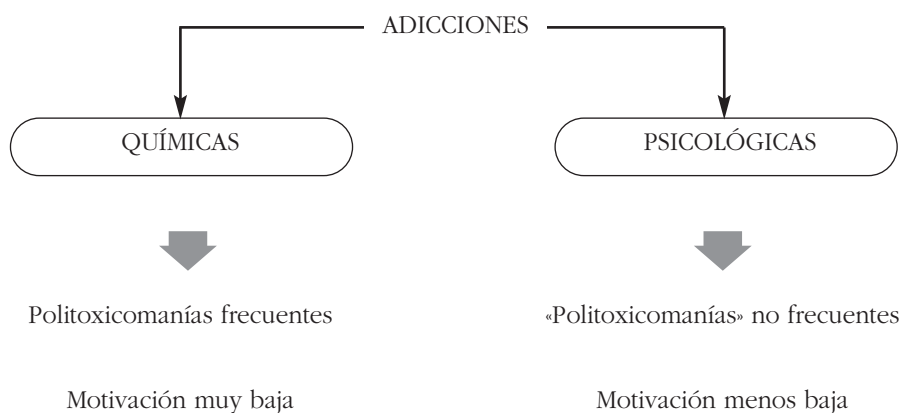
5. experimenta periódicamente un deseo intenso de realizar la conducta en cuestión y se mantienen expectativas muy altas acerca del alivio del malestar que sentirá tras su ejecución,
6. la conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes. Además, siempre tiene una justificación personal y un intento de convencer a los demás por medio de la distorsión acentuada de la realidad (i.e. no juega tanto como dicen, todo el mundo usa internet, lo que ha comprado era una gran oportunidad,...),
7. a medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, el adicto toma más conciencia de la realidad y comienza los intentos -normalmente fallidos- de control por sí mismo,
8. comienza el control negativo de la adicción: ya no es el placer buscado sino el malestar evitado o eliminado; este alivio es cada vez menos duradero y menos intenso,
9. la persona tiene cada vez menos capacidad para afrontar las emociones negativas y las pequeñas frustraciones cotidianas sin recurrir a la realización de la conducta, que se convierte así en una estrategia de afrontamiento al estrés, cada vez más excluyente de otras y, evidentemente, ineficaz,
10. la conducta adictiva se agrava y es muy probable la ruptura de la pareja, la ruina económica, los problemas legales, la pérdida del puesto de trabajo,... lo que suele conducir a la persona a solicitar tratamiento.

En este sentido, las principales pautas de evaluación e intervención están centradas en la abstinencia o la práctica controlada por medio de técnicas de control de estímulos, exposición a situaciones disparadoras del deseo y manejo del ansia por realizar la conducta, planificación de actividades reforzantes alternativas y prevención de recaídas (Fernández-Alba, Martínez-Arias y Salgado, 2004; Rubio, Fernández-Alba, Labrador, Salgado y Ruiz, 2002; Salgado, 2009).



Cuadro 6. Objetivos del plan de tratamiento para conductas adictivas.

No obstante, las adicciones psicológicas se diferencian en algunos aspectos de las adicciones químicas. Desde una perspectiva psicopatológica, las adicciones químicas múltiples al tabaco, al alcohol, a los ansiolíticos, a la cocaína, etc., (i.e. politoxicomanías) son muy habituales, mientras que no es frecuente encontrar pacientes aquejados de adicciones psicológicas múltiples. Lo que sí es habitual es la combinación de una adicción psicológica con otra u otras químicas (e.g. el juego patológico asociado con tabaquismo y consumo abusivo de alcohol). En cuanto al síndrome de abstinencia, en las adicciones químicas una sola dosis elimina los síntomas, mientras que, por el contrario, en las adicciones psicológicas un jugador o un comprador compulsivo puede pasar horas jugando o comprando sin que finalice su abstinencia. Por último, desde el punto de vista del tratamiento, la motivación para el mismo es algo mayor en las adicciones sin sustancia que en las adicciones químicas, aunque es relativamente bajo en ambos casos.



Cuadro 7. Diferencias entre adicciones químicas y psicológicas
(Echeburúa, 2010)

TIPOS DE ADICCIONES PSICOLÓGICAS

Aunque no es posible una clasificación cerrada porque cualquier conducta placentera podría convertirse en adictiva si su interacción con la persona conducen a dependencia y al resto de las características señaladas, las adicciones psicológicas que habitualmente se presentan en contextos clínicos o forenses son: (1) el juego patológico, (2) la adicción al sexo y (3) la adicción a internet, el teléfono y las nuevas tecnologías de la comunicación.

El juego patológico es, con diferencia, la adicción psicológica más frecuente y de peores consecuencias personales, laborales y familiares. De hecho, es la que cuenta con una descripción psicopatológica propia y la que más debate está planteando para su adscripción en la DSM-V. Se caracteriza por la incapacidad de la persona para controlar su impulso a jugar en juegos de azar con apuestas (e.g. máquinas tragaperras, bingos, casinos, loterías,...) y por el desarrollo de una relación de dependencia respecto al juego, que se aprecia en que el jugador sigue jugando a pesar de todas las consecuencias negativas que le supone y en la alteración que se produce en diferentes áreas de su vida. El juego se convierte en el centro de la vida de la persona y la persona es incapaz de dejar de jugar aun cuando desea hacerlo y lleva a cabo esfuerzos por conseguirlo.

A. *Comportamiento de juego desadaptativo, persistente y recurrente, como indican por lo menos cinco (o más) de los siguientes ítems:*

1. preocupación por el juego (p. ej., preocupación por revivir experiencias pasadas de juego, compensar ventajas entre competidores o planificar la próxima aventura, o pensar formas de conseguir dinero con el que jugar)
2. necesidad de jugar con cantidades crecientes de dinero para conseguir el grado de excitación deseado
3. fracaso repetido de los esfuerzos para controlar, interrumpir o detener el juego
4. inquietud o irritabilidad cuando intenta interrumpir o detener el juego
5. el juego se utiliza como estrategia para escapar de los problemas o para aliviar la disforia (p. ej., sentimientos de desesperanza, culpa, ansiedad, depresión)
6. después de perder dinero en el juego, se vuelve otro día para intentar recuperarlo (tratando de «cazar» las propias pérdidas)
7. se engaña a los miembros de la familia, terapeutas u otras personas para ocultar el grado de implicación con el juego
8. se cometen actos ilegales, como falsificación, fraude, robo, o abuso de confianza, para financiar el juego
9. se han arriesgado o perdido relaciones interpersonales significativas, trabajo y oportunidades educativas o profesionales debido al juego (10) se confía en que los demás proporcionen dinero que alivie la desesperada situación financiera causada por el juego

B. *El comportamiento de juego no se explica mejor por la presencia de un episodio maniaco.*

Cuadro 8. Criterios diagnósticos de la DSM-IV TR para juego patológico.

Se trata de un fracaso crónico y progresivo en la capacidad de resistir los impulsos a jugar y a la conducta de jugar, fracaso que compromete, altera o lesiona los intereses personales, familiares y vocacionales. Los ludópatas muestran una dependencia fundamentalmente a las máquinas tragaperras, ya sea sólo a éstas o en combinación con otros juegos. Este hecho obedece a una serie de aspectos psicológicos implicados en el funcionamiento de este tipo de máquinas: su amplia difusión y su presencia en múltiples espacios de ocio como los bares, el bajo importe de las apuestas, con posibilidad de ganancias proporcionalmente cuantiosas, la brevedad del plazo transcurrido entre la apuesta y el resultado, la manipulación personal de la máquina, que genera una cierta ilusión de control, las luces intermitentes de colores, que, junto con la música y el tintineo estrepitoso de las monedas cuando se gana, suscitan una tensión emocional y una gran activación psicofisiológica, etc. (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997).

La adicción al sexo, que es más frecuente en hombres que en mujeres, consiste en un exceso desbordante de deseos y de conductas sexuales que el sujeto se siente incapaz de controlar (Zapf, Greiner y Carroll, 2008). El impulso incontrolado se traduce en una conducta sexual breve, frecuentemente poco satisfactoria, que se repite con intervalos variables y cortos -entre algunas horas y escasos días-, con mujeres distintas y sin reparar en los perjuicios que tal conducta ocasiona a uno mismo y a su familia. A veces se pueden invertir hasta cuatro horas diarias, pero los pensamientos sobre el tema pueden ser casi constantes. De este modo, la conducta amorosa se reduce a una mera urgencia biológica irreprimible, con el único objetivo de la penetración/ eyaculación y sin dejar espacio a otros sentimientos (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010). Más allá de la cantidad, lo que define esta adicción es una conducta sexual irrefrenable que genera, sobre todo, el alivio de un malestar interno. Se trata de conductas no deseadas -ahí está la diferencia con la promiscuidad o con el apasionamiento- y que producen consecuencias muy negativas para el sujeto, tanto físicas (e.g. enfermedades de transmisión sexual) como psicológicas (e.g. sentimientos de culpa y vergüenza, ruptura matrimonial, daño a los hijos, autoestima devaluada, soledad, etc.) y sociales (e.g. pérdida de empleo, etc.). El objeto de esta adicción puede dirigirse tanto a una sexualidad normal, es decir, relaciones consentidas con adultos, como a una sexualidad parafílica (e.g. exhibicionismo o pedofilia). En cualquier caso, la vida sexual se vive en secreto y con culpa, y la depresión -incluso con ideas de suicidio- está muy asociada a este tipo de conductas (Earle, Earle y Osborn, 1995). La adicción al sexo puede revestir diversas formas: masturbación compulsiva, búsqueda ansiosa de relaciones sucesivas con múltiples amantes, frecuentar habitualmente prostíbulos, consumo abusivo de teléfonos eróticos, llamadas telefóni-

cas obscenas o acceso impulsivo a páginas web dedicadas al sexo y la pornografía (Young, 2008).

La adicción a internet supone una pauta de uso anómala, excesiva y desadaptativa de este medio, que va más allá de la relación normal que la mayoría de los usuarios tienen con la red. En algunos pacientes la adicción al ordenador puede ser secundaria a otros trastornos (e.g. adicción al sexo, al juego o a las compras) o con parafilias (e.g. pedofilia, «voyeurismo», etc.) que pueden engancharse a la red en función de su trastorno primario. La dependencia a internet comienza de una forma gradual: algunos signos iniciales de alerta son la comprobación reiterada e irrefrenable del correo electrónico o los «muros» de las redes sociales, el aumento desproporcionado de las facturas telefónicas y la inversión injustificada de tiempo y dinero en servicios «on line». Todo ello viene acompañado de unos cambios psicológicos adicionales: alteraciones de humor, ansiedad e impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca, estado de conciencia alterado, con una total focalización atencional, irritabilidad en caso de interrupción, incapacidad para salirse de la pantalla, etc.. El adicto, con signos de una excitación elevada, comienza a aumentar su dependencia del ordenador hasta aislarse del entorno y no prestar atención a otros aspectos de las obligaciones laborales y académicas y de la vida social.

1. Privarse de sueño (< 5 horas) para estar más tiempo conectado a la red.
2. Descuidar otras actividades importantes (familia, salud, trabajo).
3. Recibir quejas por parte de la pareja, el jefe, los amigos..., en relación al uso de la red.
4. Pensar en la red constantemente, aunque no se esté conectado.
5. Intentar limitar el tiempo de conexión sin conseguirlo o engañarse (e.g. «estaré sólo unos minutos»,...).

Cuadro 9. Algunos síntomas de la adicción a Internet
(Echeburúa, 1999).

En esta relación adictiva con la red hay unos componentes objetivos (e.g. estar enganchado más de 5 horas diarias sin motivos de trabajo, dormir poco,...) y unos componentes subjetivos, tales como utilizar el ciberespacio para mejorar el estado de ánimo y escapar de la vida real. Como consecuencia, es frecuente que se produzca un deterioro de las relaciones afectivas y de la vida familiar y de pareja (Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010).

FACTORES QUE FACILITAN Y MANTIENEN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS

La adicción es resultado de un proceso evolutivo que implica tener en cuenta tres tipo de factores: personales, ambientales y de la propia conducta. En la actualidad, el trípede formado por persona-situación-sustancia/ actividad es un elemento de consenso entre diferentes investigadores y profesionales clínicos que abordan el fenómeno de la adicción. En resumen, conviene diferenciar entre las variables implicadas en la predisposición o vulnerabilidad de una persona para la adicción, las variables implicadas en el inicio de la misma y las variables responsables de su mantenimiento. Un resumen de estas variables se recoge en la Figura 1.

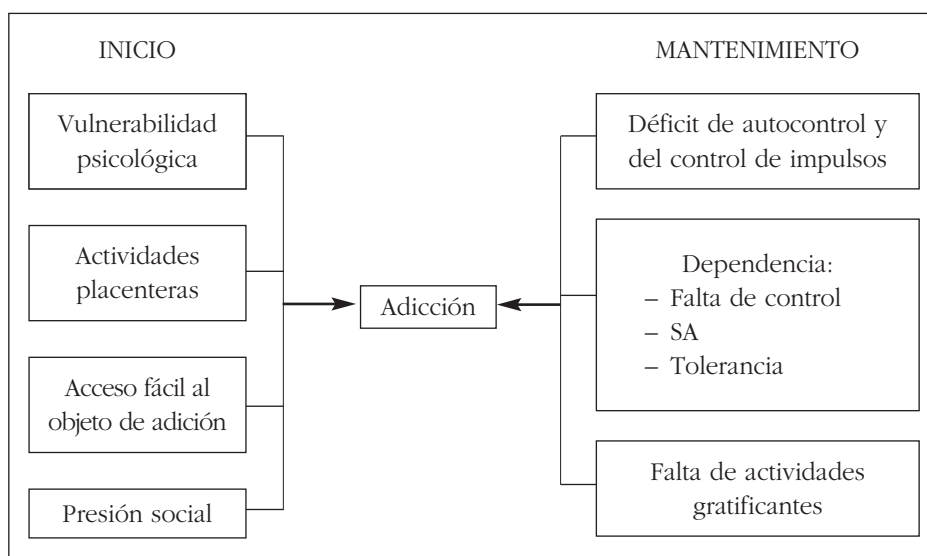


Figura 1. Inicio y mantenimiento de las adicciones sin drogas
(Adaptado de Fernández-Montalvo y López-Goñi, 2010)

El ser humano necesita alcanzar un nivel de satisfacción global en la vida y normalmente, lo obtiene repartido en diversas actividades: familia, trabajo, pareja, comida, aficiones, deporte, cultura, ... Cuanto mayor sea el número de aficiones e intereses de una persona más probable será sentirse feliz. De este modo, las carencias en una dimensión pueden compensarse, en cierto modo, con las satisfacciones obtenidas en otra (Echeburúa, 1999). Por el contrario, si una persona es incapaz de diversificar sus intereses o se siente especialmente frustrada en una o varias de estas facetas, puede entonces centrar su atención en una sola. El riesgo de adicción en estas circunstancias es alto. De este

modo, la adicción constituye una afición patológica que, al causar dependencia, restringe la libertad del ser humano (Echeburúa, 2010b). Si, además, existe cierta vulnerabilidad psicológica y el acceso repetido a ciertas conductas es fácil (i.e. disponibilidad), la probabilidad de adicción aumenta. Por ejemplo, es más difícil desarrollar conductas compulsivas de juego con apuestas en un entorno rural donde no haya bingos, casinos ni máquinas tragaperras que en una ciudad donde estos ambientes son frecuentes y de fácil acceso. O, en el caso de la adicción al sexo por internet, su frecuencia se ha disparado desde que los sistemas informáticos permiten más rapidez, mejor calidad de imagen y sonido y, además, buena parte del material pornográfico en la red es de acceso gratuito y de muy sencillo manejo.

Los factores de vulnerabilidad hacen al sujeto más proclive al trastorno; la aparición del problema dependerá de la ocurrencia de factores disparadores y del efecto amortiguador de los factores de protección. En la adquisición de un trastorno psicopatológico no basta con la aparición de un factor para que la sintomatología se exprese.

Entre las características de personalidad o estados emocionales que aumentan la vulnerabilidad psicológica a las adicciones puede destacarse la impulsividad (i.e. incapacidad para resistirse a un acto o pensamiento aunque pueda resultar dañino para uno mismo y los demás, por lo que se tiende a actuar de forma poco planificada y buscando la recompensa inmediata), la disforia (i.e. estado anormal del ánimo caracterizado por cambios frecuentes del humor y que se experimenta como desagradable), la intolerancia a los estímulos desagradables, sean físicos (e.g. dolores, insomnio, fatiga,...) o psicológicos (e.g. disgustos, preocupaciones,...) y la búsqueda exagerada de sensaciones nuevas. Hay ocasiones, sin embargo, en las que en la adicción subyace un problema de baja autoestima o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades cotidianas.

En resumen, una persona con unos rasgos de vulnerabilidad, una cohesión familiar débil y unas relaciones sociales pobres corre un gran riesgo de hacerse adicto si cuenta con un hábito de recompensas inmediatas, tiene el objeto de la adicción a mano, se siente presionado por el grupo de iguales y está sometido a circunstancias de estrés (e.g. fracaso escolar, frustraciones afectivas, competitividad) o de inactividad, aislamiento social y falta de objetivos vitales.

En ocasiones, la adicción (especialmente el juego patológico) cursa en personas con trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (e.g. depresión), trastornos de la conducta alimentaria, trastornos del control de impulsos, trastorno límite de personalidad o el consumo abusivo de alcohol y otras drogas (Tedeschi et al., 2008). También existen factores familiares de riesgo, y no es infrecuente que los jugadores hayan tenido modelos de juego con apues-

VARIABLES DE PERSONALIDAD	– Impulsividad
	– Búsqueda de sensaciones
	– Autoestima baja
	– Intolerancia a estímulos aversivos y rutinas
VULNERABILIDAD EMOCIONAL	– Afrontamiento inadecuado
	– Estado de ánimo disfórico
	– Carencia de afecto
	– Cohesión familiar débil
	– Pobreza de relaciones sociales
	– Escasos fuentes de satisfacción

Cuadro 10. Factores personales que predisponen para las adicciones psicológicas.

tas en su familia o su entorno cercano de amigos y compañeros durante la adolescencia, hayan vivido bajo una disciplina familiar inadecuada, por permisiva o inconsistente, o en una familia con notables valores asentados en el dinero y los símbolos materiales de estatus o, en ocasiones, con modelos de planificación del ahorro y el gasto poco adecuados (Echeburúa, 2010).

REPERCUSIONES DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS SOBRE LA CONVIVENCIA MATRIMONIAL Y FAMILIAR: IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA FORENSE CANÓNICA

La presencia de un trastorno adictivo repercute normalmente en todo el contexto familiar. En algunos casos, estas repercusiones son tan importantes que la pareja está más afectada psicológicamente que el propio adicto. La mayor parte de las investigaciones se han centrado en el impacto familiar del juego patológico (Fernández-Montalvo y Castillo, 2004) por un lado y la repercusión de la adicción a las nuevas tecnologías en adolescentes y jóvenes. Se ha estudiado a fondo la familia del jugador y se está estudiando el impacto de la adicción a las nuevas tecnologías en los hijos. Consideramos que en términos generales se podría extrapolar los efectos del juego patológico en la familia al resto de nuevas adicciones.

En general una adicción psicológica, principalmente el juego, tiene un fuerte impacto económico en el contexto familiar con un descenso importante del

poder adquisitivo y con numerosas deudas a las que hacer frente; a nivel social pueden aparecer sentimientos de vergüenza y de exclusión social por el problema y por las deudas contraídas con personas conocidas; en términos legales aparecen problemas relacionados con la posibilidad de encarcelamiento por desfalcos o robos, así como la existencia de juicios pendientes; por último, un problema de juego patológico en la familia es una fuente de estrés crónico que puede desencadenar distintos problemas de salud (e.g. ansiedad, depresión...; Crisp *et al.*, 2001).

Los investigadores han estudiado con detalle las repercusiones del juego en la mujer del jugador; se han descrito tres etapas por las que pasa el cónyuge a lo largo del problema (Wexler, 1981; Ladouceur, 1993): *negación, estrés y agotamiento*.

En la primera etapa, *negación*, la pareja considera que el problema es pasajero y se resolverá solo. Intentan justificar el problema y minimizan su importancia creyendo que no hay ningún peligro. Esta fase puede mantenerse durante años si el problema de juego tiene escasa interferencia en el resto de la vida familiar. En una fase posterior, *estrés*, ante la evidencia de las dificultades económicas y de ausencias injustificadas, acaba por darse cuenta de la gravedad del problema e intenta ayudar a la pareja. En este intento pueden facilitarle recursos económicos para resolver sus problemas financieros bajo la promesa del marido de no volver a jugar; este tipo de comportamiento lejos de ayudar en la solución del problema ayuda a mantenerlo. La promesa de no volver a jugar no se suele cumplir, lo que conlleva la aparición de disputas, sentimientos de rechazo, frustración, vergüenza, ocultación del problema y aislamiento.

En la fase de *agotamiento* la desesperación puede desembocar en la aparición de problemas de insomnio, pérdida de apetito y consumo excesivo de medicamentos (antidepresivos y ansiolíticos entre ellos). Es frecuente que sientan miedo ante la situación que están viviendo o a las reacciones del cónyuge; todo ello puede facilitar el buscar refugio en el alcohol y/o tabaco, y la aparición de abusos físicos o verbales con los hijos. En ocasiones se plantean la separación o el divorcio, y en otras ponen en marcha conductas dependientes y pasivas que ayudan a perpetuar el problema. Aparecen sentimientos de culpa fomentando una imagen negativa de sí misma al no ser capaz de solucionar el problema de su pareja. Esta atribución errónea de responsabilidad intensifica el ánimo depresivo, el bloqueo emocional y el abandono de las conductas de autocuidado (aspecto físico, alimentación, pautas de higiene).

En un estudio realizado por Lorenz y Yaffee (1988) sobre una muestra de 151 cónyuges de jugadores destacan la presencia de fuertes sentimientos de ira en el 70% de los sujetos, el 42% presenta síntomas depresivos, el 38% se siente aislado, el 26% se culpabiliza por el problema y el 14% presenta ideación sui-

cida. Crisp *et al.* (2001) en un estudio con 440 parejas de jugadores patológicos confirman la presencia de problemas interpersonales, intrapersonales, familiares y económicos, y señalan que curiosamente el 17% de las parejas estaba también implicada en un problema de juego patológico.

Las repercusiones de la adicción en los hijos de los adictos han recibido menos atención por parte de la comunidad científica; los escasos datos existentes se centran en los hijos de padres jugadores. Cuando se comparan los hijos de jugadores con hijos de no jugadores, similares en edad, sexo y lugar de residencia, se observa que los primeros suelen tener peor rendimiento académico, menos habilidades sociales, cambios bruscos de humor y más síntomas de ansiedad y depresión. De igual manera que la pareja del adicto se siente responsable del problema, no es raro que este sentimiento acompañe a los hijos, favoreciendo el sentimiento de fracaso y el deterioro de la autoestima. Con el paso del tiempo aparecen sentimientos hostiles y de rechazo hacia el progenitor. Algunos autores destacan también cómo en estos contextos familiares aumenta la vulnerabilidad al abuso de sustancias (alcohol, drogas, tabaco) y a las adicciones sociales (Fernández-Montalvo y Castillo, 2004).

No podemos olvidar que una adicción no sólo consume dinero, sino tiempo; en este sentido es frecuente que la persona con este problema apenas dedique tiempo a sus hijos y que éstos perciban abandono y falta de afecto, aislamiento, dificultades para cubrir las las necesidades básicas, etc. Crecer en una atmósfera con estas carencias emocionales, con ausencia de roles paternos y un marcado énfasis en el dinero favorece el desarrollo de conductas problemáticas (Darbyshire, Ester y Carring, 2001).

NUEVAS ADICCIONES Y NULIDAD MATRIMONIAL

Según el can. 1095 (2º y 3º) una adicción podría constituir un capítulo de nulidad matrimonial por causa psíquica si se da alguna de estos dos supuestos: por un lado cuando se constata la existencia de un grave defecto de discreción de juicio acerca de los derechos y deberes esenciales del matrimonio; por otro, si alguno de los cónyuges no puede asumir las obligaciones esenciales del mismo. Toda incapacidad proveniente de las causas de naturaleza psíquica ha de estar presente de alguna manera antes de la celebración del matrimonio y ha de afectar a aquellas obligaciones que responden a los derechos de la otra parte (Gutiérrez Marín, 1987).

Cuando se trata de una adicción con sustancia es fácil demostrar que el consumo de dicha sustancia afecta a la capacidad de discreción de juicio de la persona. Por otra parte cuando ésta está bajo los efectos de dicha droga su ca-

pacidad para asumir las obligaciones esenciales queda mermada. Cuando hablamos de adicciones sin sustancia o adicciones psicológicas no es fácil tal demostración. Tal y como proponen Echeburúa y Corral (1994), todas las adicciones acaban por minar la vida de quienes las sufren y de todos los que les rodean. Para determinar si una conducta es adictiva es clave la presencia de una experiencia que es buscada con ansia y con pérdida de control por el sujeto, y que produce una relación de placer/ culpa. Para analizar la gravedad de la adicción se tienen en cuenta tanto la pérdida de control como los daños que dicha conducta provoca en el funcionamiento general de la persona.

En materia canónica habrá que plantear en cada caso concreto, si la pérdida de control que conlleva el trastorno afecta a la capacidad de discernimiento en el momento del consentimiento, o afecta a la capacidad volitiva. Si tenemos en cuenta la sintomatología descrita en apartados anteriores, en una adicción psicológica podría afectarse la capacidad cognitiva de discernimiento de manera transitoria en situaciones en las que la persona se encuentra expuesto al objeto de la adicción; sin embargo no está tan claro que esas capacidades queden mermadas en todas las situaciones. No sólo hay que probar que existían indicios de trastorno antes del consentimiento, ya que esto no es prueba suficiente de que la persona tiene afectada la capacidad de discernimiento. Habrá situaciones extremas en las que estas capacidades estén alteradas antes de emitir el consentimiento, pero en estos casos es poco probable que la persona mantenga las habilidades necesarias para iniciar y mantener una relación de noviazgo, ya que se empobrecen sus contactos sociales y tienden al aislamiento.

En relación a la capacidad volitiva, no hay duda que una adicción afecta a los sistemas motivacionales de la persona, y la pérdida de control sobre la conducta adictiva es el mejor ejemplo; se hacía alusión previamente a la incapacidad de muchos adictos para resistirse a un acto o pensamiento aunque pueda resultar dañino para uno mismo y los demás, lo que les lleva a actuar de forma poco planificada y buscando la recompensa inmediata. Esta conducta impulsiva puede afectar claramente a la capacidad de asumir y cumplir las obligaciones esenciales del matrimonio. En el caso de la adicción a Internet, que puede ir asociada en algunas ocasiones a otras adicciones, como el sexo, la persona descuida sus obligaciones laborales, sociales y conyugales, ya que la única vía de satisfacción es la conducta adictiva. En el caso de la adicción al sexo, ésta puede dificultar o impedir las relaciones sexuales con la pareja y la procreación. La adicción a las compras y al juego pueden generar dificultades económicas de tal calibre que afecten a la convivencia familiar y al mantenimiento de los hijos. Se mencionaba anteriormente que en ocasiones puede desembocar en abandono familiar, tanto a nivel emocional como ma-

terial. Por tanto, se ha de determinar en qué medida la adicción afecta a las obligaciones que responden a los derechos de la otra parte y de la prole.

Con frecuencia el adicto oculta y minimiza su adicción, lo que podría llevar a un error acerca de una cualidad de la persona, sufrido por el cónyuge debido a grave ignorancia, o a un error doloso provocado con miras a obtener el consentimiento. En ambos casos, por el comportamiento de la otra parte, el cónyuge puede sufrir error en cualidades o pilares centrales para la vida conyugal (López Zarzuelo, 2005); a este respecto, García Faílde (1987) a propósito del error doloso del canon 1098 señala que no es necesario que sea privativo de la persona (es suficiente que sea general) y que perturbe gravemente el consorcio de la convivencia conyugal.

Si se conceptualiza la adicción como un fracaso crónico y progresivo en resistir el impulso de realizar la conducta adictiva se entiende que este tipo de trastorno pueda originar en algún caso falta de libertad interna, en la medida en que afecte o condicione el proceso de toma de decisiones. Por tanto, a modo de resumen, una adicción psicológica podría alterar tanto la libertad interna de la persona, su capacidad de discreción de juicio o causar error de cualidad de la persona o error doloso. Se hace necesario por tanto un análisis pormenorizado de los desencadenantes y mantenedores del trastorno, así como de las consecuencias que dicho problema tienen en la vida conyugal y familiar así como esclarecer si existían indicios de tal problema en el momento del consentimiento.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- DARBYSHIRE, P.; OSTER, C., y CARRIG, H. (2001). The experience of persuasive loss: Children and young people living in a family where parental gambling is a problem. *Journal of Gambling Studies*17:23-45.
- CRISP, B.R.; THOMAS, S.A.; JACKSON, A. C., y THOMASON, N. (2001). Partners of problem gamblers who present for counselling: Demographic profile and presenting problems. *Journal of Family Studies*7:208-216.
- CHÓLIZ, M. (2006). Adicción al juego de azar. Disponible en <<http://www.uv.es/cho-liz>>.
- EARLE, R.H., EARLE, M. R. y OSBORN, K. (1995). *Sex addiction. Case studies and management*. New York: Brunner/Mazel.
- ECHEBURÚA, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- ECHEBURÚA, E. (2010a). *Las adicciones con o sin droga: una patología de la libertad*. Ponencia presentada en las Jornadas sobre Nuevas Adicciones. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- ECHEBURÚA, E. (2010b). El juego patológico en el marco de las adicciones sin drogas. En E. Echeburúa, E. Becoña, F.J. Labrador y F. Gaudium (Coords.), *El juego patológico. Avances en la clínica y en el tratamiento* (pp. 31-40). Madrid: Pirámide.
- ECHABURÚA, E. y CORRAL, P. (1994). Adicciones Psicológicas: Más allá de la metáfora. *Clínica y Salud*, 5, 251-258.
- FERNÁNDEZ-ALBA, A., MARTÍNEZ-ARIAS, R. y SALGADO, A. (2004). *Patrones de ocio en los adolescentes de la Comunidad de Madrid. Conductas de riesgo: de Tomb Raider al botellón*. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid.
- FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y CASTILLO, A. (2004). Repercusiones familiares del juego patológico: una revisión crítica. *Salud y drogas*, 4(2), 149-166.
- FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y ECHEBURÚA, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- FERNÁNDEZ-MONTALVO, J. y LÓPEZ-GOÑI, J. J. (2010). *Adicciones sin drogas: características y vías de intervención*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- GARCÍA FAÍLDE, J. (1987). *Manual de Psiquiatría forense canónica*, Salamanca
- GUTIERREZ MARÍN (1987). *La incapacidad para contraer matrimonio*, Salamanca. 81
- LADOUCEUR, R. (1993). Aspectos fundamentales y clínicos de la psicología de los juegos de azar y de dinero. *Psicología Conductual*, 1, 361-374.
- LÓPEZ ZARZUELO, F. (2005). El juego patológico y la nulidad de matrimonio, en Cortés, M. y San José, J.: *(Curso de derecho matrimonial y procesal canónico para profesionales del foro, XVII)*. p 181-209. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca
- LORENZ, V. C. y YAFFEE, R. A. (1988). Pathological gambling. Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 13-26.
- POMERLEAU, O. F. y POMERLEAU, C. S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- RUBIO, G.; FERNÁNDEZ-ALBA, A.; LABRADOR, F. J.; SALGADO, A. y RUIZ, B. (2002). Evaluación de la activación durante el juego en máquinas recreativas con premio: análisis comparativo de una muestra de jugadores patológicos y una muestra normal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28, 213-233.
- SALGADO, A. (2010). *Intervención psicológica en juego patológico*. Taller congresual en las Jornadas sobre Nuevas Adicciones. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.

- SALGADO, A.; FERNÁNDEZ-ALBA, A. y MARTÍNEZ-ARIAS, R. (2009). Factores asociados al juego problema y juego patológico en adolescentes. *Socidrogalcohol*, 21 (Supl.), 98-99.
- SALGADO, A. y GÓMEZ, M. A. (2010). *Nuevas adicciones y consentimiento matrimonial*. Ponencia presentada en el XX Simposio de Derecho Matrimonial y Procesal Canónico. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- TEDESCHI, D.; MARTINOTTI, G.; ANDREOLI, S. y JANIRI, L. (2008). Pathological gambling: Psychopathological assessment, comorbidity and personality traits. En J. M. Espósito (Ed.). *Psychology of gambling* (pp. 53-65). Hauppauge: Nova Biomedical Books.
- YOUNG, K. S. (2008). Internet sex addiction risk factors, stages of development and treatment. *American Behavioral Scientist*, 52, 21-37.
- ZAPF, J. L.; GREINER, J. y CARROLL, J. (2008). Attachment styles and male sex addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 15, 158-175.
- WEXLER, S. (1981). *A chart on the effects of compulsive gambling on wife*. Comunicación presentada en el Sixth National Conference on Gambling and Risk-Taking. Atlantic City. Diciembre.

Alfonso Salgado Ruiz

M^a Angeles Gómez Martínez

Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca