

**J.C. BAEZA  
G. BALAGUER  
I. BELCHI  
M. CORONAS  
N. GUILLAMÓN**

# **HIGIENE Y PREVENCIÓN DE LA ANSIEDAD**



© J.C. Baeza, G. Balaguer, I. Belchi, M. Coronas, N. Guillamón, 2008  
Reservados todos los derechos.

«No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.»

Ediciones Díaz de Santos  
Internet: <http://www.diazdesantos.es/ediciones>  
E-mail: [ediciones@diazdesantos.es](mailto:ediciones@diazdesantos.es)

ISBN: 978-84-7978-850-6  
Depósito Legal: M. 11.670-2008

Fotocomposición: P55 Servicios Culturales  
Diseño de cubierta: P55 Servicios Culturales  
Impresión: Fernández Ciudad  
Encuadernación: Rústica-Hilo

Printed in Spain - Impreso en España

# Índice

---

<b>Autores</b> .....	IX
<b>Prólogo</b> .....	XI
<b>Introducción</b> .....	XVII
<b>1. Conceptos: ¿De qué hablamos?</b> .....	1
1.1. ¿Qué es esto? La ansiedad un mecanismo ¿adaptativo? de defensa .....	1
1.2. ¿Cómo es eso? La ansiedad: un modelo explicativo .....	9
1.3. ¿Qué me está pasando? La ansiedad: el porqué de los síntomas .....	15
1.4. ¿Por qué a mí? La ansiedad: biología, aprendizaje, personalidad, circunstancias y recursos .....	21
1.4.1. <i>Factores biológicos</i> .....	22
1.4.2. <i>Personalidad</i> .....	28
1.4.3. <i>Aprendizaje</i> .....	32
1.4.4. <i>Circunstancias y recursos</i> .....	38
1.5. Algunos compañeros de viaje: Depresión, estrés .....	42
1.5.1. <i>Ansiedad y depresión</i> .....	42
1.5.2. <i>Ansiedad y estrés</i> .....	48
<b>2. Procedimientos: ¿Qué hacer al respecto?</b> .....	53
2.1. Hábitos y procedimientos para regular la ansiedad y prevenir sus alteraciones .....	53

2.1.1. <i>Pensamiento y Ansiedad</i> .....	53
2.1.2. <i>Ansiedad, autoestima, asertividad y disposición de apoyos sociales</i> .....	81
2.1.3. <i>Gestión del tiempo y resolución de problemas</i> .....	90
2.1.4. <i>Ansiedad y respiración</i> .....	96
2.1.5. <i>Exponerse a los miedos para superarlos</i> .....	100
2.1.6. <i>Ejercicio físico y ansiedad</i> .....	110
2.1.7. <i>Alimentación y ansiedad</i> .....	115
2.1.8. <i>Sueño y ansiedad</i> .....	122
2.1.9. <i>Consumo de drogas y ansiedad</i> .....	129
2.1.10. <i>Ansiedad y soluciones boomerang</i> .....	149
2.2. <i>Ansiedad y ámbito sociofamiliar</i> .....	152
2.2.1. <i>Educando a los niños para prevenir la ansiedad</i> .....	152
2.2.2. <i>Cómo pueden ayudar los familiares</i> .....	161
2.3. <i>¿Dónde acudir llegado el caso? Tratamientos que funcionan</i> .....	166
2.3.1. <i>Cuándo consultar</i> .....	166
2.3.2. <i>Tratamientos psicológicos</i> .....	168
2.3.3. <i>Tratamientos farmacológicos</i> .....	171
2.3.4. <i>Tratamientos combinados</i> .....	174
<b>3. Epílogo Triste con final feliz: ¿ la ansiedad se cura?</b> .....	177
<b>Bibliografía</b> .....	183

## Autores

---



**J. Carlos Baeza Villarroel.** Doctor en Psicología. Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Miembro de la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (Seas). Coordinador del equipo de Clínica de la Ansiedad (Barcelona).



**Gemma Balaguer Fort.** Licenciada en Psicología. Profesora asociada del departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de Barcelona. Miembro de la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS). Pertenece al equipo de Clínica de la Ansiedad (Barcelona).



**Noemí Guillamón Cano.** Doctora en Psicología. Profesora responsable del área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento de los Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universitat Oberta de Catalunya. Formada como terapeuta cognitivo-conductual en la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona.



**Marc Coronas Puig-Pallarols.** Licenciado en Psicología. Miembro de la *Societat Catalana de la Recerca i Teràpia del Comportament* (SCRITC). Desarrolla su actividad profesional en consulta privada y en la Unidad de Técnicas Aumentativas y Alternativas de Comunicación (UTAC), de la Generalitat de Catalunya.



**Israel Belchi Pujol.** Licenciado en Psicología. Trabaja en una consulta privada y como psicólogo del área de Desventaja Social de la APPS (*Federació Catalana Pro Persones amb Retard Mental*). Formado como terapeuta cognitivo-conductual en la Unidad de Terapia de Conducta de la Universidad de Barcelona.

# Prólogo

---

El estrés es un proceso natural de adaptación del individuo a su medio. En cada situación nos encontramos con diferentes demandas a las que hay que dar respuesta. El individuo responde a las exigencias de la situación activándose (con el fin de movilizar los recursos necesarios para atender dichas demandas). Con frecuencia, la reacción de estrés produce emocionalidad negativa, sobre todo ansiedad, que es una reacción de alerta, de activación, ante la posibilidad de obtener un resultado negativo.

Aunque el estrés es un proceso normal, puede llegar a producir consecuencias patológicas. Si las demandas son excesivas en relación a los recursos, se incrementa la intensidad de la respuesta (alta emocionalidad negativa, especialmente alta ansiedad). Si se mantiene demasiado tiempo una elevada respuesta a estresores, puede comenzar un proceso patológico con probabilidades de afectar al rendimiento, a la salud física y a la salud mental. Así, por ejemplo, una persona muy estresada puede llegar a ver muy disminuido su rendimiento porque está agotada, ha terminado con sus recursos biológicos, cognitivos y conductuales, pero intenta seguir activándose para generar más recursos. A la larga esta persona puede desarrollar problemas de salud como los llamados *trastornos psicofisiológicos* (desórdenes de tipo psicósomático); un trastorno de ansiedad (ataques de pánico, o crisis de ansiedad, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, etc.); un trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, por ejemplo), o varios de estos desórdenes.

La investigación sobre los problemas que pueden generar la ansiedad y el estrés, así como sobre las soluciones eficaces a estos problemas, crece a muy buen ritmo. A juzgar por algunas revisiones sistemáticas, el número de publicaciones de autores españoles sobre estos temas se incrementa a una velocidad mayor que en el resto del mundo. Pero los resultados de todas estas investigaciones, o de las soluciones que se derivan de las mismas, no llegan con fluidez a los ciudadanos que sufren este tipo de problemas.

Una de las causas de esta falta de divulgación de conocimientos sobre tratamientos eficaces para resolver problemas de ansiedad y estrés es la separación que existe entre los investigadores y los profesionales, así como entre los investigadores y el usuario final. Por un lado, la investigación no siempre se centra en aspectos aplicados, por otro el profesional no siempre está actualizado y no suele investigar. A su vez, el investigador debería hacer un mayor esfuerzo por divulgar los resultados de su investigación, pero no se le premia por esto. A esto se añade que el usuario no siempre busca información sobre sus problemas, y cuando la busca no sabe discriminar entre lo que encuentra.

Afortunadamente, un libro como éste intenta resolver estos problemas y siempre es motivo de celebración para todos. En primer lugar, este libro ha sido escrito por profesionales que investigan, que se reciclan, acuden a congresos, están al día,... especialistas en estos temas. En segundo lugar, el contenido pretende divulgar el conocimiento, los resultados de la investigación, sin deformarlos, procurando que sean útiles y lleguen al máximo número posible de personas que sufren problemas de ansiedad y estrés. En tercer lugar, pretende ayudar también a las personas que no tienen problemas, para que no lleguen a tenerlos, haciendo prevención.

Por todo ello debemos felicitarnos. Los libros transmiten conocimiento. El conocimiento que tienen los profesionales acerca de su experiencia práctica no debe perderse, sino que debe transmitirse a otros profesio-



nales y a los potenciales usuarios de esa información (que es cualquier individuo de nuestra sociedad).

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) agrupa a los investigadores y profesionales que trabajan en este campo y tiene como objetivos fomentar la investigación y el intercambio de información entre sus asociados y con la sociedad en general. Con este libro y otros como éste, los miembros de la SEAS, como el Coordinador de este libro, el Dr. Carlos Baeza Villarroel, intentan salvar esas distancias que nos separan a unos y otros, ayudando así a superar los problemas que pueden generar la ansiedad y el estrés, problemas muy extendidos en la población.

En España, en el último año, el 5,9% de los españoles mayores de 18 años presentaban una serie de síntomas que pueden ser diagnosticados como un trastorno de ansiedad (los trastornos mentales más frecuentes), aunque sólo ha pedido ayuda profesional un tercio de los mismos. La mayoría no sabe qué le pasa.

Las personas que tienen problemas de ansiedad y estrés y solicitan algún tipo de tratamiento suelen acudir a su Centro de Atención Primaria a consultar a su médico de cabecera, pero el médico de familia no es un especialista en este tipo de problemas. En el Centro de Salud Mental de su zona estas personas podrían encontrar a dos especialistas: psiquiatras y psicólogos. Pero estos centros están saturados y la sanidad pública está optando por no derivar los casos de trastornos de ansiedad a los Centros de Salud Mental. Al fin y al cabo, el médico de cabecera va a dar un tratamiento farmacológico similar al que pondría el psiquiatra. A su vez el psicólogo, por lo general, sólo podrá dar citas para consulta cada seis semanas, hasta un total de cuatro o cinco en total (con lo que quien tenga un trastorno de ansiedad no se curará con un número tan reducido de sesiones y tan espaciadas una de otra).

En este escenario, quien tiene problemas de ansiedad y estrés suele seguir, a grandes rasgos, dos tipos de caminos en la sanidad pública.

El primero lo siguen aquellas personas que sufren un trastorno de ansiedad, como por ejemplo trastorno de pánico con agorafobia. Estas personas sufren frecuentes crisis de ansiedad o ataques de pánico. Muchas creen morir durante unos minutos. En general, aunque el trastorno no es grave, sí disminuye su calidad de vida drásticamente. El camino que siguen estas personas está marcado por el fracaso del tratamiento farmacológico, que se prolongará durante años. Muchas terminan con una adicción a los tranquilizantes: no pueden dejarlos y tampoco los curan. Quienes tienen la suerte de recibir alguna consulta psicológica en el Centro de Salud Mental, también siguen con el mismo trastorno tras varios meses de tratamiento, con pocas sesiones y muy espaciadas entre sí.

El segundo camino lo dibujan quienes sufren una serie de trastornos físicos que cursan con altos niveles de ansiedad y estrés. Estas personas acuden a un buen número de especialistas (cardiólogos, especialistas en aparato digestivo, medicina interna, piel, dolor, otorrinos, etc.), se someten a muchas pruebas diagnósticas (algunas de ellas pueden ser bastante invasivas), sufren mucha ansiedad por la incertidumbre de los resultados,... Al final todos los especialistas terminan diciendo algo parecido a «no tienes nada, eso sólo son nervios, tómate unos tranquilizantes y tómate la vida con calma».

En el año 2002 se han consumido con receta médica oficial (lo que puede suponer sólo un 80% del consumo) más de 36 millones de envases de tranquilizantes. Este elevado consumo evidencia la magnitud del problema: según datos de la *Encuesta Nacional de Salud*, casi un 13% de españoles ha consumido tranquilizantes en las dos últimas semanas. Una buena parte de estas personas consume estas sustancias durante muchos años (a veces décadas), aunque es evidente que este tratamiento no es la solución para su problema.

Entre un 20 y un 25% de las personas que acuden a su médico del Centro de Atención Primaria están tomando ansiolíticos o antidepresivos, o ambos tipos de fármacos.

Aunque el tratamiento farmacológico es inicialmente más barato que el tratamiento psicológico, a la larga resulta más caro. En un reciente informe llevado a cabo en Reino Unido se demuestra que en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo (las depresiones) saldría más barato contratar en el sistema público de salud a cinco mil psicólogos más que continuar en la situación actual, similar a la que vivimos en España. Los cinco mil psicólogos aplicando técnicas eficaces, supondrían una gran carga económica, pero a la larga el gasto producido por los pacientes tratados con fármacos, y no curados supone un gasto mayor (en forma de bajas, jubilaciones anticipadas, etc.). Además de esta diferencia económica hay que tener en cuenta que las personas que no se han curado después de años de tratamiento farmacológico ven disminuida notablemente su calidad de vida, por un problema que se resolvería en unos meses con tratamientos psicológicos eficaces, como los que se describen en este libro.

Los problemas de ansiedad y estrés, antes de generar problemas de salud mental y salud física, ocasionan molestias y pérdida de rendimiento. Basta con echar un vistazo a las encuestas sobre «estrés laboral», por ejemplo. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el 27,6% de los trabajadores ocupados declara que percibe su trabajo como muy estresante «siempre» o «frecuentemente». Además, un 5,3% de los trabajadores españoles padece una sintomatología compatible con un cuadro de estrés (alteraciones del sueño, sensación continua de cansancio, cefalea, falta de concentración, falta de memoria, irritabilidad).

Otros datos señalan que más de un 20% de los estudiantes sufren altos niveles de ansiedad frente a los exámenes y ven disminuido notablemente su rendimiento.

En definitiva, este libro puede ser muy útil a muchísimas personas. Probablemente a todos los individuos de nuestra sociedad. A cualquiera que quiera aprender a prevenir este tipo de problemas.

Por último, quiero agradecer a los autores, especialmente al Coordinador de esta obra, el esfuerzo de escribir para ayudar a quienes sufren por problemas de ansiedad y estrés, o para ayudar a prevenir el sufrimiento. Asimismo, agradezco el honor concedido al darme la oportunidad de dirigirme al público en este prólogo.

ANTONIO CANO VINDEL  
Presidente de SEAS  
(Sociedad Española para el Estudio  
de la Ansiedad y el Estrés)

# Introducción

---

Éste pretende ser un libro de *educación para la salud*. Alrededor del 20% de la población padecerá a lo largo de su vida algún problema de ansiedad con suficiente importancia como para requerir tratamiento. Este porcentaje, en un país como España, con cerca de cuarenta y cinco millones de habitantes, equivale a nueve millones de personas directamente afectadas. De modo indirecto, una cifra todavía mayor de personas conocerán de cerca este tipo de trastornos a través de familiares o amigos que lo padezcan.

Un problema de esta naturaleza y alcance requeriría de documentos y campañas que sensibilizaran a la población al respecto, con el objetivo de integrar algunos conocimientos y procedimientos aplicados dentro de los cuidados personales de salud, al modo de lo que ocurre, por ejemplo, con la higiene bucal, la salud sexual o la hipertensión. Sobre la ansiedad se publican al año cientos de libros y artículos, pero son pocos los que responden a este planteamiento.

El libro que tiene en las manos *va especialmente dirigido a:*

- Personas que aún no han recibido tratamiento, pero han identificado sus problemas como relacionados probablemente con la ansiedad a través de diferentes medios: médicos de cabecera, artículos en revistas o periódicos de gran difusión, internet, etc.

- Pacientes que ya han sido tratados pero necesitan observar una serie de procedimientos que mantengan la mejora y minimicen el riesgo de reincidencias.
- Familiares, amigos o allegados de personas que sufren algún trastorno de ansiedad, quieren conocer mejor su problema y prestar algún tipo de apoyo o ayuda bien encaminada.
- Profesionales de la educación que están en contacto regular con el segmento más joven de la población, a quienes pueden ayudar a identificar el problema u orientarlo.
- Profesionales de la salud que desarrollan su trabajo en centros de atención primaria. Son ellos quienes frecuentemente detectan en primer lugar el problema y efectúan las primeras orientaciones.
- Profesionales vinculados a los recursos humanos y a la prevención de riesgos en el trabajo.

El *objetivo del libro* es doble: por un lado facilitar, de manera rigurosa y con un lenguaje asequible, *el conocimiento y comprensión de la ansiedad*, sus funciones, mecanismos, causas y factores implicados. Por otro, contribuir a divulgar, de forma práctica y sistemática, *los hábitos y procedimientos que ayuden a prevenirla* o mantenerla dentro de unos límites manejables y asumibles.

Los procedimientos indicados aquí no constituyen un programa de tratamiento de la ansiedad ni lo suplen. Es un texto sobre higiene y prevención, un libro para curarse en salud, para prevenir la ansiedad, o bien para mantener y consolidar los resultados alcanzados a través de su tratamiento previo. En una ocasión le preguntaron a Valentín Fuster, eminente cardiólogo, por los aspectos más satisfactorios y por los más frustrantes en relación con el tratamiento y superación de los problemas cardiovasculares: entre los primeros citó los impresionantes avances tecnológicos y quirúrgicos que permiten realizar complejas intervenciones y trasplantes, recuperar a pacientes infartados en estado crítico, etc.; entre los segundos, refirió que más del cincuenta por ciento de estos

pacientes, a pesar de haber atravesado por una situación crítica para su salud y supervivencia, habían vuelto a hábitos de riesgo y descuidado las prácticas básicas de prevención a los dos años de haber sido intervenidos. Esta forma de proceder no es exclusiva de los pacientes con problemas cardiovasculares, sino también de personas con otros muchos problemas de salud, entre ellos la ansiedad.

Los medios básicos para ponerse a salvo de los trastornos de ansiedad se han de disponer y mantener cuando se está bien o aceptablemente bien. Naturalmente, en situaciones críticas o agudas se necesitarán recursos extra y tratamientos específicos, bajo dirección de los especialistas, para volver alcanzar una situación normalizada y satisfactoria.

Los contenidos del libro están estructurados en dos grandes bloques. En el primero de ellos, bajo el título genérico de *Conceptos: De qué hablamos*, se responde a preguntas tales cómo:

- ¿qué es esto de la ansiedad?
- ¿qué me está pasando?
- ¿por qué a mí?

En el segundo bloque, de carácter eminentemente práctico, bajo el epígrafe de *Procedimientos: Qué hacer al respecto* se explican y sugieren diferentes hábitos y procedimientos para regular y prevenir la ansiedad:

- Pensamiento y ansiedad.
- Ansiedad, autoestima y apoyos sociales.
- Gestión del tiempo y resolución de problemas.
- Exponerse a los miedos para superarlos.
- Ejercicio físico y ansiedad.
- Alimentación y ansiedad.
- Sueño y ansiedad.
- Consumo de drogas y ansiedad.

También encontrará el lector un capítulo dedicado a *cómo pueden ayudar los familiares y cómo puede educarse a los niños para prevenir la ansiedad*. Finalmente se aborda el tema de *cuándo solicitar ayuda especializada y qué tratamientos pueden ser más eficaces*. En el epílogo se debate sobre la cuestión: *¿se cura la ansiedad?*, a través de un supuesto diálogo entre los autores del texto y un hipotético lector.

El libro no se refiere específicamente a ningún trastorno de ansiedad en concreto, sino a cuestiones y procedimientos básicos presentes y aplicables en muchos de ellos, sin perjuicio de que cada tema sea un poco más adecuado para unos casos o para otros.

El texto puede leerse linealmente, apartado tras apartado, o bien, según los propios intereses o inquietudes, por capítulos sueltos, en diferentes órdenes. Sugerimos a aquellos lectores inicialmente motivados por la búsqueda de ideas prácticas y aplicables, que comiencen la lectura del libro por el segundo de los bloques temáticos, titulado *Procedimientos ¿qué hacer al respecto?*, reservando para más adelante la lectura del primero, *Conceptos ¿de qué hablamos?*, de carácter más teórico y donde se recogen los conocimientos científicos básicos sobre la ansiedad.



de acción que normalmente venían produciéndose automáticamente, sin esfuerzo consciente de realización, en el marco de programas de acción más generales. Así, es posible que la persona afectada trate de regular voluntariamente la respiración; o la respuesta de erección; forzar la concentración, de modo que en realidad se está concentrando sobre el propio fenómeno de la concentración, en detrimento de lo que se quiere atender; forzar o *vigilar* el sueño, actividad que en la práctica impide conciliarlo; etc.

Se pueden disponer voluntariamente, eso sí, algunas condiciones que posibiliten la ocurrencia de eventos como los referidos anteriormente, pero no provocarlos directamente. Así, por ejemplo, para facilitar la conciliación del sueño se puede procurar el aislamiento de estímulos auditivos o luminosos, regular la temperatura de la habitación, adoptar una posición cómoda de reposo, etc.; pero no imponer el sueño o *vigilar* su evolución. Hay cosas que para que funcionen bien han de *olvidarse*.

Para terminar este apartado, vamos a sugerirle algunos *procedimientos que pueden ayudarle a desactivar el control excesivo o minimizar sus efectos*, pero antes queremos explicarle un sencillo experimento. Preste atención. Tomamos un grupo de personas y les sometemos a cuatro condiciones experimentales sucesivas:

- **Condición primera:** Colocamos un auricular en el oído derecho de cada participante por donde escucharán un fragmento de un capítulo de *El Quijote*, indicándoles que al final habrán de responder un cuestionario de comprensión lectora. Simultáneamente a la audición se tomarán medidas fisiológicas de la ansiedad.
- **Condición segunda:** Sometemos a los sujetos a la misma prueba y condiciones, salvo que en esta ocasión escucharan por el oído izquierdo un fragmento de un capítulo de *El Principito*, y no escucharán nada por el derecho. Los resultados de estos dos ejercicios son similares a los del anterior: niveles bajos de ansiedad y altos de rendimiento.

- **Condición tercera:** En este caso, los sujetos de experimentación escucharán simultáneamente un nuevo capítulo de *El Quijote*, por el auricular derecho, y otro de *El Principito*, por el auricular izquierdo. Se les indicará que, tras las audiciones, contestarán sendos cuestionarios para comprobar el grado de comprensión de los contenidos escuchados. Como en los casos anteriores, se tomarán medidas fisiológicas de la ansiedad durante el proceso. ¿Cuáles son los resultados en este caso?: elevación significativa de los niveles de ansiedad y bajo rendimiento en los test.
- **Condición cuarta:** Se somete a los sujetos a las mismas condiciones que en la prueba tres: audición simultánea de dos nuevos capítulos, uno de cada libro, medidas fisiológicas, y prueba final, pero en este caso se les advierte que solamente se les evaluará sobre uno de los textos, el de *El Quijote*, si bien no pueden quitarse el auricular izquierdo ni manipular su volumen. Los resultados indican niveles de ansiedad un poco más altos que en las pruebas 1 y 2, pero mucho más bajos que en la prueba tres. En la prueba de rendimiento las conclusiones van en el mismo sentido: ligeramente más bajo que en los dos primeros ensayos, y mucho más elevado que en el tercero.

Este experimento sirve para ilustrar algunos procedimientos que pueden ayudar a manejar, en parte, los problemas comentados en este apartado sobre el control. El realidad, como hemos podido ver, los problemas de las personas con ansiedad no tienen tanto que ver con la falta de control, como ellos suelen pensar, sino más bien con un exceso de control sobre el organismo y alguna de sus funciones. Este proceder mantiene e incrementa en muchos casos las dificultades sobre las que se pretendía incidir:

- Genera incompatibilidades entre tareas y/o procesos.
- Inhibe recursos de los que se dispone.
- Se introduce un exceso de conciencia sobre procesos o actividades que no la requieren.

Como criterio general se recomienda:

- Centrarse en una tarea por vez. Pueden venirnos ideas, mensajes o *inputs* de otras cuestiones, tal vez no podemos hacer nada para que no nos asalten, pero como en el ejercicio 4 del experimento, podemos *reducirlas a ruido* y aferrarnos a la *pista* de la actividad seleccionada.
- Recurrir a la técnica del *aplazamiento*, descrita en un apartado anterior, para diferir a otro momento las tareas o inquietudes que pueden interferir sobre el desarrollo de la actividad marcada como preferente en ese momento.
- Convivir con el miedo y centrarse en la tarea en curso. Renunciar a quitarse de encima el miedo o a modular sus manifestaciones. Si en el ejercicio 4 del experimento quisiéramos atender y procesar el capítulo de *El Quijote* y a la par tratar de quitarnos el otro auricular, o descubrir y manipular los códigos para bajar el volumen, nos encontraríamos con problemas similares a los del ejercicio 3.
- «*Pedalear atendiendo al paisaje o la conversación, no a los pedales, tratando de ordenar el movimiento y la coordinación de las piernas*». De otro modo nos vendremos abajo, o tendremos un discurrir accidentado. Hay actividades (respirar, concentrarse, dormir, articular el habla, la respuesta sexual, etc.) donde la conciencia ha de estar a lo suyo, olvidándose de los procesos automáticos y su control. De otra manera se produce un conflicto de competencias que colapsa las funciones en cuestión.

### ***El perfeccionismo: la insatisfacción de nunca acabar***

Los planes de acción tienen un objetivo que se va realizando paso a paso. El inicio de una acción viene tras la conclusión de otra. Los pasos para alcanzar el fin se pueden entender cada uno como fines provisionales que necesitan estar limitados por un principio y un fin para ordenarse.

El éxito forma parte del cierre o conclusión de una acción. Un éxito comporta saber que el deseo que teníamos se ha realizado. El fracaso conduce a reintentar la ejecución (revisando o no sus reglas de realización), o bien a abandonar el proyecto.

Algunas personas, en razón de procesos de aprendizaje basados en la sobreexigencia, otras por atribuirse poca eficacia o valor, terceras por tener una elevada necesidad de aceptación o aprobación social, tienden a combatir la sensación de inseguridad extremando los requisitos para dar una acción o secuencia de acción por buena y/o acabada.

Dar la *conformidad* a una acción o secuencia de acción, de forma que no quede pendiente e irresuelta, y sí finalizada, es algo que se efectúa mediante procesos de evaluación. Dichos procesos requieren de criterios de suficiencia, satisfacción y saciabilidad que den los resultados por buenos o malos. Estos criterios constituirían la base de lo que Miller, Galanter y Priban (1960) llaman *Orden de Parada*. Mediante esta operación la acción puede quedar terminada, aplazada o abandonada si no se alcanzan progresos o resultados satisfactorios, o bien estos entran en conflicto con otros intereses.

El perfeccionismo lleva a las personas a establecer planes minuciosamente. No se deciden a ejecutarlos hasta que han trazado con todo detalle las tácticas más pequeñas. La minuciosidad viene acompañada normalmente de la falta de flexibilidad. Un plan es flexible, señalan Miller, Galanter y Priban (1983), si podemos cambiar fácilmente el orden de ejecución de sus partes sin afectar la viabilidad del mismo. El planificador rígido planificaría su tiempo como una secuencia de relaciones causa-efecto, es incapaz de reordenar sus listas de cosas a hacer para adaptarse a las circunstancias cambiantes, sería incapaz de reaccionar en el momento crucial y generalmente exigiría *tomarse un tiempo* antes de que pudiera incorporar cualquier sub-plan. El perfeccionismo lleva, a su vez, a ejecutar las tareas con extremado celo y con reiteradas comprobaciones que *certifiquen* la corrección del procedimiento. Finalmente,

se tendría que someter el resultado o producto de la acción a escrupulosos *análisis de calidad*. De este modo se aseguraría el reconocimiento y aceptación unánimes del producto —ha de ser bueno en todo y para todos— y de su productor (el perfeccionista en cuestión).

Así, puede repetirse varias veces el ordenamiento alfabético de un fichero, antes de archivarlo; volver a casa para comprobar que efectivamente se cerró la puerta o el gas; repasar mentalmente el contenido verbal de una conversación pasada, calcular las posibilidades de malentendido que haya podido generar nuestra intervención, y volver a la conversación fuera ya de lugar y tiempo, para dar explicaciones, que nadie ha pedido, etc.

La inseguridad personal se asienta sobre la valoración de fallo, falta, insuficiencia, incapacidad. El perfeccionismo, como respuesta de afrontamiento, consiste en extremar los criterios o requisitos de satisfacción o logro, para asegurar el éxito. Si no se alcanzan dichos criterios de infalibilidad no se da la conformidad a la acción, habiéndose de intensificar el celo que se pone en el empeño. Algo así se hace, aunque por otros motivos, en las llamadas *huelgas de celo*, que consisten en trabajar escrupulosamente (por ejemplo, los encargados de limpieza de un avión sacan brillo insaciablemente a cualquier elemento metálico del aparato), proceder que tiene como consecuencia el retraso o interrupción de programas y previsiones.

En otros términos, los medios —de los que hemos hablado en términos de fines provisionales— se convierten en un fin en sí mismos. A la incertidumbre se responde con perfeccionismo, y éste, elevando los criterios de suficiencia, genera mayor inseguridad, intensificándose las dudas, indecisiones y desánimo. El perfeccionismo da por frustradas o insatisfactorias acciones en realidad normalizadas o cerradas.

El perfeccionismo puede llevar a rededir constantemente el sentido dado a nuestra acción o la de otros, como determinante de posteriores

decisiones. Pongamos un ejemplo: una persona, x, necesita saber si lo que siente por su pareja le autoriza a continuar con ella y comprometerse más en la relación o, por el contrario, tendría que romper. Si el último incidente que considera es que el fin de semana pasado, que no la vio, la echó de menos, concluye que en el fondo, por encima de inconvenientes, la quiere profundamente. Pero si hoy ha experimentado aburrimiento mientras paseaba con ella, y además ha sentido la tentación de mirar las piernas de otra chica con quien se ha cruzado, esto le obliga a reabrir el *expediente* de la relación y replantear su naturaleza a la luz de estos datos, que pudieran, piensa, dar la clave de lo que es aparente y lo que es profundo en sus sentimientos. Puede, entonces, concluir que no la quiere. Pero mañana, al verla, puede sentir alegría y un fuerte deseo de abrazarla. Este último hecho, en la cadena de desarrollo, le llevaría a abrir de nuevo el *expediente* y recodificar todos los hechos en función de esta última clave. Hasta aquí el ejemplo.

Apreciamos cómo la intolerancia a la inseguridad y a la duda lleva a redecidir constantemente en lo tocante a planes generales, sobre la base de secuencias puntuales, a las que se concede valor crítico, instalando al sujeto en la evaluación constante de proceso general, y sustrayéndole de la participación en los hechos, que simplemente adquieren el carácter de prueba en relación con lo evaluado en cada momento.

El perfeccionismo puede afectar a la anticipación de la acción, a su ejecución y, muy particularmente a su cierre o terminación.

El perfeccionismo, no obstante, no siempre es un problema. Si es moderado puede favorecer la superación y el desarrollo personal. La habilidad para aceptar defectos menores es el punto crítico que marca la diferencia entre el perfeccionismo que puede considerarse normal o adaptativo y el que no lo es. El perfeccionista moderado se fija niveles altos de desempeño, pero se siente libre para ser menos preciso o riguroso, llegado el caso, si la situación lo requiere o aconseja; tolera la duda razonablemente sin esperar que su actuación no dé lugar a duda alguna en ningún

aspecto y para nadie; finalmente, puede desconectar de la situación una vez fuera de ella. Las personas para las cuales el perfeccionismo es un problema se rigen por estándares altos de actuación de los que no pueden desviarse.

Las situaciones de cambio y adaptación, la toma de decisiones importantes, el estrés, la aparición de problemas de estado de ánimo y ansiedad, pueden favorecer la evolución del perfeccionismo hacia extremos negativos, particularmente en personas más *controladoras*, con fuerte necesidad de aprobación, con miedo intenso a la evaluación social negativa, y con autopercepción de baja eficacia.

Exponemos a continuación algunas formas de regular el perfeccionismo:

■ *Cambiar hábitos de comparación*

En algunos casos el perfeccionismo se asienta sobre sentimientos de inseguridad, baja autoestima e inferioridad. Es común en muchos de estos casos que la persona tienda a comparar su actuación con la de otras personas buscando una referencia o medida.

La comparación ha sido utilizada en nuestra cultura, afortunadamente cada vez menos, por padres, educadores o jefes para estimular la mejora y perfeccionamiento de hijos, educandos y trabajadores.

¿Qué conductas suelen tomarse como objeto de la comparación? Alguna de las que se dan previamente por malas e insuficientes. Suele considerarse que las que ya están bien, «ya están bien». Si se trata de mejorar algo, será lo que esté mal. Además, se piensa que señalar lo que está bien puede hacer que la persona se confíe excesivamente, se convierta en un *creído*, se relaje o se *duerma en los laureles*. Por el contrario, se piensa que lo que habría de propiciarse es el esfuerzo, la insatisfacción, el sacrificio.

¿Con quién suele establecerse la comparación? Con alguien que en la conducta objeto de la comparación destaque y tenga un desempeño excelente y reconocido.

¿Cuál es el resultado de la comparación? Prácticamente el 100% de las veces que se hace referencia a nuestra conducta, es para señalar algún «pero» o insuficiencia. No podría ser de otra manera si lo que ya está bien «ya está bien» y no es objeto de comentario. El 100% de las veces salimos malparados de la comparación. Siempre los demás son mejores. No podría ser de otra manera si se compara algo previamente dado por malo, con algo previamente dado por bueno.

El problema no está, no obstante, en que otros nos hayan podido comparar o no, incluso con buena intención. El problema es que nosotros hayamos interiorizado y automatizado dichos procedimientos de evaluación, *perfeccionamiento* y *movilización*, y los construyamos sobre los mismos sesgos:

- Muestra sesgada de conductas: Sólo nos fijamos en aquello de nosotros mismos que no nos gusta.
- Muestra sesgada de personas con las que compararnos: Elegimos a personas cuya conducta se ha dado previamente por buena.

Es obvio que se trata de un procedimiento poco objetivo, amañado y confirmatorio de la idea de que partíamos: somos torpes e inferiores. Es curioso cómo, a veces, estamos dispuestos a hacernos trampas incluso para perder. Elegir una conducta previamente dada por insuficiente nos coloca, ya de antemano, con pocas probabilidades de salir airosos, pero si además jugamos con las cartas marcadas y elegimos para compararnos a una persona cuya conducta se ha establecido previamente como buena, el resultado está cantado: *somos torpes e inferiores*. Se ha subrayado «somos» porque aquí llega la traca final de este rosario de autotrampas: La conclusión a la que hemos llegado no es: «en esta conducta, en esta ocasión y circunstancias —y tal vez en alguna otra— he alcanzado un



desempeño menos efectivo o eficaz que el alcanzado por fulanita/a», si no «soy torpe e inferior, de segunda categoría o división». Hemos convertido así una actuación mejorable, en la prueba de un *handicap*, de una tara o limitación consustancial a nuestro ser, a nuestra persona. Es algo así como, ... si de decir una idiotez, se derivara que soy idiota, o de no dar la solución más inteligente a un problema determinado se derivara que no lo soy.

■ *Evaluarse en relación al punto de partida*

Decíamos más atrás que el desarrollo de un proyecto se efectúa paso a paso, desde un punto de partida tomado como referencia inicial, hasta un punto final.

Algunos proyectos o propósitos tienen un objetivo final con criterios de logro precisos, objetivables: por ejemplo, alcanzar un objetivo de ventas, hacerse con determinados bienes, u obtener el carné de conducir. Otros proyectos, sin embargo, son más genéricos —aunque por tramos pueden delimitarse objetivamente—, con criterios de logro o satisfacción más difusos, y objetivos que más bien son ideales o *desideratums*: así por ejemplo, dominar por completo un idioma, u optimizar nuestras relaciones sociales y afectivas. Este tipo de objetivos, así formulados, marcan la dirección en que queremos avanzar, sirven de guía y dan sentido a nuestro hacer y discurrir, pero en términos absolutos no son alcanzables, y no forman parte de lo que se ha conseguido. Poniendo un símil, la estrella polar está para orientarnos y ayudarnos a alcanzar diversas latitudes del norte, pero no para tocarla con los dedos.

Algunas personas, llevadas de su perfeccionismo, toman los ideales o *desideratums* como si fueran objetivos finales, y se juzgan desde tal posición. Los *desideratums* no son objetivos propiamente dichos.

Un error común en la evaluación de proyectos es hacerlo tomando como referencia el objetivo final, de modo que se mide la distancia entre

éste y el punto de desarrollo actual. Es aconsejable, por el contrario, medir la distancia entre el punto actual de desarrollo y el punto de partida o un punto anterior al actual. Aunque en términos matemáticos ambas medidas son inversamente proporcionales —cualquiera de las dos nos da la longitud de la otra y la posición relativa del momento actual—, en términos psicológicos (motivación, programación, evolución) hay notables diferencias: Juzgarse de adelante hacia atrás —es decir, del objetivo final al momento actual— pone el acento en *lo que falta*. Siempre falta, estamos donde estemos. Si además, como es frecuente en el perfeccionista, nos juzgamos en cada momento en términos de los objetivos finales, pasando sobre nuestra actuación actual la *plantilla de corrección* construida en términos finales, la conciencia de falta e insuficiencia se incrementa. Esto puede llevarnos a planificar mal: si nos estamos juzgando por objetivos finales, pondremos para la situación actual o inmediata la exigencia de alcanzarlos, rompiendo así la progresividad, haciendo la tarea irresoluble, y entrando en la conocida dinámica del todo o nada.

Si, por el contrario, nos evaluamos de atrás hacia delante —es decir del momento inicial, o anterior al actual, al actual—, se consigue una percepción más clara de avance, de capacidad de ganar terreno, se genera autoconfianza, y la evaluación se hace en términos positivos (tener más de lo agradable o deseado, no menos de lo indeseable). Es más fácil mantener la progresión, la referencia es nuestra propia marca actual y el objetivo inmediatamente posterior algo que se considera más factible puesto que estamos muy cerca. Nuestra tarea no es competir contra nuestros propios objetivos, o con las posiciones avanzadas que, en la misma línea, otros hayan alcanzado ya. Por tanto, para marcar los estándares de nuestra próxima e inmediata intervención simplemente nos pondremos el objetivo de superar nuestra propia marca, en la dirección señalada.

No acaban aquí los riesgos de *resbalón* para el perfeccionista. Aun suponiendo que se ha procedido salvando los problemas citados anteriormente, podría darse la particularidad de que, habiéndonos puesto

unos objetivos y habiéndolos alcanzado, después nos juzgásemos por otros. Veamos un ejemplo. Pongamos que he de caminar hacia una puerta y abrirla puesto que el objetivo es franquearla. Lo hago con eficacia, pero a la hora de valorar mi acción digo: «he abierto la puerta pero con poco estilo o elegancia». Para el perfeccionista no hay elementos accesorios de actuación, a pesar de que no sean centrales a efectos del objetivo o función que cumplían. Es posible que a pesar del éxito aparente de una acción, el veredicto final, negativo claro, se desplace y establezca sobre otros aspectos absolutamente accidentales.

■ *Decidir no es tenerlo claro, es apostar: desarrollo de la tolerancia a la duda*

Algunas dudas son irreductibles. Las diferentes opciones o alternativas pueden tener ventajas, inconvenientes, y aspectos inciertos o desconocidos. Tomar una decisión frente a dos o más opciones no implica despejar todas las incógnitas e inconvenientes. Decidir es pasar del análisis a la acción, renunciar a una cosa para hacer otra factible: saber a favor de qué tenemos que trabajar, a pesar de su resultado incierto. Decidir es apostar por una opción, llevarla a efecto, ejecutarla, sin volver de nuevo a la fase de deliberación, a pesar de que reaparezca alguna duda o se manifieste algún inconveniente.

Un minuto después de tomar una decisión, tenemos las mismas dudas que un minuto antes de hacerlo. La gran diferencia es que ahora estamos comprometidos —ahí está el asunto, en responsabilizarse— en un programa de acción: desactivar una opción, activar y materializar otra.

■ *Examinar evidencias: introducir deliberadamente pequeños fallos y ver qué efecto tienen*

Con frecuencia pensamos que un fallo tendrá consecuencias severas para nuestra imagen personal, profesional o social. En muchos casos, el

**Tabla 2.4:** Efectos del cannabis sobre el organismo.

**Efectos agudos:**

- *Efectos conductuales y psicológicos:* alteración de la percepción sensorial, enlentecimiento de los procesos de pensamiento y dificultades de concentración y de memoria; confusión, lagunas, lenguaje monótono; dificultades para el manejo de máquinas complejas (su consumo se asocia a un mayor riesgo de accidentes de tráfico, laborales, etc.).
- *Efectos físicos:* efectos perjudiciales sobre el sistema respiratorio, el sistema cardiovascular, el aparato digestivo, hipotermia, sequedad de boca, sed y aumento del apetito.

**Efectos crónicos:**

- *Físicos:* problemas en el sistema respiratorio, reproductor, cardiovascular endocrino, menor actividad del sistema inmunitario y efectos perjudiciales en el desarrollo del feto.
- *Psicológicos:* alteraciones en los procesos de atención, memoria y aprendizaje. Puede producir dependencia y su interrupción un síndrome de abstinencia. El consumo prolongado a dosis elevadas puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia conocido por «síndrome amotivacional».

El uso prolongado de esta sustancia y, en ocasiones, el uso puntual por parte de sujetos con cierta predisposición, puede provocar episodios breves de ansiedad, pánico, tristeza o depresión. En otras ocasiones las personas presentan alucinaciones (especialmente visuales) o delirios. Estos síntomas aparecen por periodos breves de tiempo y suelen desaparecer al cabo de pocas horas o pocos días.

El consumo prolongado del cannabis puede provocar un síndrome de dependencia, similar al producido por otras drogas, y su interrupción conducir a un síndrome de abstinencia caracterizado por ansiedad, depresión, irritabilidad, alteraciones del sueño y disminución del apetito.

Como se ha comentado anteriormente, el efecto inmediato del cannabis es euforizante y relajante. El consumo de esta sustancia se ha asociado a problemas de ansiedad principalmente por sus propiedades relajantes.

La desinhibición asociada a esta sustancia permite al sujeto desprenderse de sus miedos y complejos mientras dura su efecto. El enlentecimiento psicomotor y atencional permiten *bajar la guardia* a personas que constantemente se encuentran sobreactivadas e hipervigilantes a cuanto acontece a su alrededor. Sin embargo, la aparición de episodios breves de pánico o ansiedad, o la taquicardia que suele acompañar al consumo, pueden hacer desaparecer estos efectos *deseables*.

Las personas que presentan un bajo estado de ánimo pueden verse *atraídas* por esta sustancia elicitadora de bienestar, euforia, una sonrisa fácil y un aumento de la sociabilidad. Sin embargo, el consumo continuado de esta droga en personas con depresión puede incrementar las dificultades atencionales, enlentecimiento psicomotor y deterioro laboral y social característicos de este trastorno.

#### ■ *Cocaína*

La cocaína es un estimulante del Sistema Nervioso Central que provoca sensación de euforia, bienestar, aumenta la comunicación verbal, la sociabilidad y disminuye la sensación de fatiga o sueño. Se consume asociada a contextos de ocio, donde el objetivo principal es la búsqueda de placer y diversión y aumentar la energía, y en el ámbito laboral para aumentar el rendimiento. El uso de cocaína aumenta la comunicación y disminuye la inhibición en situaciones sociales. Es muy probable que personas con ciertas dificultades para establecer relaciones sociales o moverse con comodidad en ambientes de ocio y diversión hagan uso de esta droga para superar sus limitaciones. En otros casos, algunas personas consumirían esta sustancia para mejorar su estado de ánimo y podrían recurrir a ella cuando se sienten desanimados tras algún acontecimiento negativo (problemas laborales, personales).

La cocaína se asocia al consumo de otras sustancias como el alcohol, el tabaco, el cannabis y otros estimulantes. La vía de administración

más frecuente es la esnifada, aunque algunos también la consumen fumada combinada con tabaco o marihuana, o mezclada con heroína. Un número elevado de consumidores de heroína también utilizan la cocaína por vía intravenosa o fumada (crack).

En la Tabla 2.5 aparecen los principales efectos agudos y crónicos del consumo de cocaína (Balcells, 2001; Llopis, 2001).

**Tabla 2.5:** Efectos de la cocaína sobre el organismo.

**Efectos agudos:**

- *Efectos conductuales y psicológicos:* euforia inicial, aumento de la comunicación verbal, inquietud psicomotora, aumento de la sensación de seguridad en uno mismo; puede provocar irritabilidad, impulsividad y agresividad, alteraciones sensorio-perceptivas (alucinaciones visuales o táctiles).
- *Efectos físicos:* taquicardia, alteraciones de la tensión arterial, sudoración, escalofríos, náuseas o vómitos, disminución de la fatiga, el sueño y el apetito, efectos anestésicos a nivel local, midriasis (mirada 'cristalina') y sequedad de boca.

**Efectos crónicos:**

- *Físicos:* alteraciones cardiovasculares, alteraciones neurológicas, complicaciones respiratorias y gastrointestinales, cefaleas, lesiones locales de la mucosa nasal.
- *Psicológicos:* depresión, crisis de angustia, irritabilidad y agotamiento general, déficits de atención y memoria, compulsiones, alteraciones del deseo sexual, intentos de suicidio, inhibición y retraimiento social, rumiación del pensamiento; se ha asociado a trastornos psicóticos (paranoia y esquizofrenia) y al trastorno bipolar; el consumo prolongado de esta sustancia puede derivar en un problema de dependencia, y su interrupción provocar un síndrome de abstinencia.

El consumo prolongado de cocaína puede generar tolerancia a la droga y dependencia. Los sujetos con dependencia suelen gastar mucho dinero en un espacio breve de tiempo e implicarse en robos o solicitar anticipos para comprar la droga. Frecuentemente aparecen alteraciones en el funcionamiento a nivel familiar, social o laboral. El síndrome de abs-

tinencia se caracteriza por un estado de ánimo deprimido, apatía, fatiga, pesadillas, insomnio o hipersomnias, aumento del apetito e intranquilidad, acompañados de un deseo irresistible de consumir nuevamente la droga.

El consumo de cocaína se ha asociado a depresión y ansiedad. Aunque puede ser complicado diferenciar si el trastorno afectivo es previo o una consecuencia del uso de la droga, la mayoría de estudios apuntan a que la depresión aparece después de iniciar el consumo de cocaína. Otros trabajos señalan que el consumo de esta droga exacerbaría el estado de ánimo deprimido previo, aumentando, tras el consumo, la intensidad de los síntomas. Su uso, puntual o reiterado, también puede provocar ansiedad. El sujeto puede experimentar intranquilidad (especialmente tras la interrupción del consumo) y crisis de angustia.

#### ■ *Drogas de síntesis*

En este apartado se hablará de drogas de diseño o de síntesis, a veces llamadas también recreativas, como el MDMA (éxtasis), MDA o *píldora del amor*, MDEA o *Eva*, del GHB o éxtasis líquido, la ketamina.

Estas sustancias se consideran facilitadoras de la sociabilidad, por lo que se consumen principalmente en contextos de ocio y diversión. Como se ha indicado, su consumo está aumentando entre los más jóvenes, se asocia a salidas nocturnas de fin de semana, se suele dar en discotecas, pubs, bares o fiestas, y se relaciona frecuentemente con el consumo de otras sustancias psicoactivas como el alcohol, el tabaco, el cannabis y la cocaína (Plan Nacional Sobre Drogas, 2002). El nivel de riesgo percibido ante el consumo de éxtasis y de alucinógenos es bastante elevado, si bien es menor entre los hombres que entre las mujeres y en los jóvenes en comparación con los adultos.

El consumo de drogas de síntesis provoca cambios en la conducta, como euforia y desinhibición. Disminuye la sensación de hambre y cansancio,

puede mejorar la capacidad de concentración e incrementar la actividad física. Algunas de ellas puede provocar efectos alucinógenos breves. Asimismo, a alguna de estas sustancias se le ha atribuido un efecto afrodisíaco, aunque los estudios científicos no han confirmado este hecho.

En los últimos años han aumentado los trabajos que relacionan el consumo de estas sustancias con problemas psicológicos, alteraciones físicas, accidentes de tráfico y aumento de conductas de riesgo. En la Tabla 2.6 se señalan los principales problemas agudos asociados al uso de drogas de síntesis que se han descrito hasta el momento (Bobes y Sáiz, 2003; Plan Nacional Sobre Drogas, 2002).

**Tabla 2.6:** Problemas agudos asociados al consumo de drogas de síntesis.

**Físicos:**

- Anfetaminas y éxtasis: sobreestimulación del SN simpático, sequedad de boca, sudoración, sofocos (*golpes de calor*) o una mayor sensibilidad al frío, pupilas dilatadas, visión borrosa y percepción distorsionada de los colores, tensión muscular, entumecimiento, aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial, agitación o palpitaciones, vómitos o pérdida del apetito y de energía, alteraciones a nivel hepático (ictericia, hepatitis), posibles complicaciones a nivel cardiovascular (accidentes cerebrovasculares, edemas cerebrales o convulsiones).
- LSD: sus efectos son principalmente emocionales y perceptivos, por lo que la aparición de complicaciones físicas es muy poco frecuente.

**Psicológicos:**

- Anfetaminas y éxtasis: en algunos casos alucinaciones, ansiedad, agresividad, paranoia, verborrea, alteraciones del sueño o de la conciencia y convulsiones.
- LSD: pueden aparecer crisis psicóticas o ataques de pánico.

**Sociales:**

- Conducir bajo sus efectos puede aumentar el riesgo de tener un accidente de tráfico. Estas sustancias disminuyen la capacidad de concentración, los reflejos y la visibilidad, aumentan el tiempo de reacción y pueden alterar la percepción y valoración del riesgo.



Entre los problemas crónicos, además de daños a nivel cerebral, el consumo de estas sustancias se ha visto asociado a problemas cognitivos a corto plazo, como déficits en la memoria, la atención y el aprendizaje. Su consumo continuado puede generar dependencia y síndrome de abstinencia. En el caso de los derivados anfetamínicos, el síndrome de abstinencia puede cursar con estado de ánimo deprimido, fatiga, pesadillas, alteraciones del sueño, aumento del apetito y alteraciones motoras (enlentecimiento o agitación). El consumo de estas sustancias puede conducir a trastornos del estado de ánimo o ansiedad.

La revisión de numerosos casos clínicos sugiere que el uso prolongado de MDMA, quizás una de las drogas recreativas más estudiadas, puede asociarse a trastornos psiquiátricos como psicosis, trastornos de pánico, despersonalización, depresión y *flashbacks*. La presencia de estos problemas persiste tras el cese del consumo de esta sustancia. Se considera que un consumo regular puede alterar el funcionamiento de un neurotransmisor, la *serotonina*, implicada en la regulación del humor, la ansiedad, la impulsividad y agresividad, la actividad sexual, la ingesta, el sueño y el dolor, entre otros. Sin embargo, el policonsumo asociado al uso de estas drogas hace difícil asegurar que el MDMA sea el precursor o la causa principal de estos trastornos psiquiátricos. La predisposición genética a padecer alguno de estos problemas, unida a la presencia de trastornos psicológicos previos, puede incrementar la probabilidad de presentar alguno de estos trastornos tras el uso continuado de MDMA.

#### ■ *Opiáceos*

Los opiáceos más conocidos son el opio, la morfina, la heroína y la metadona. Se trata de sustancias con una potente acción depresora y analgésica sobre el sistema nervioso central. La heroína es, sin duda, el opiáceo más consumido como droga de abuso. La principal vía de admi-

nistración sigue siendo la endovenosa, si bien está incrementando el número de consumidores que la toman esnifada o fumada debido al peligro de transmisión del SIDA y porque prevalece el concepto erróneo de que estas formas de empleo son más seguras.

Tras el consumo de heroína y durante un intervalo de 2-3 horas, el sujeto percibe una sensación de intenso placer (*flash*) y euforia seguida de apatía y somnolencia. En el aspecto físico, los efectos inmediatos de la ingestión de heroína son sequedad de boca, disminución del tamaño de la pupila, enlentecimiento de la respiración, estreñimiento y disminución de la temperatura corporal. En los usuarios de esta sustancia es muy habitual el policonsumo: la mayoría de ellos también usan cocaína, tabaco, cannabis o ansiolíticos, entre otras sustancias.

Las consecuencias del consumo prolongado de heroína sobre el organismo dependen del tiempo de consumo de la droga, de la vía de administración y dosis, de los hábitos higiénicos utilizados y del estilo de vida.

La heroína tiene un elevado poder adictivo, por lo que su consumo puede generar, en un periodo breve de tiempo, dependencia y tolerancia. Durante el síndrome de abstinencia de esta droga puede aparecer tristeza, irritabilidad, náuseas o vómitos, dolores musculares, temblores y convulsiones, lagrimeo, dilatación de las pupilas, sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio. Su consumo continuado suele comportar un gran deterioro del funcionamiento de la persona a nivel familiar, social (ruptura de relaciones interpersonales, problemas con la justicia), laboral y económico (desempleo, problemas económicos). Debido a todas estas consecuencias, es frecuente que los consumidores de heroína presenten asociados problemas del estado de ánimo. Por otro lado, también se han descrito alteraciones de la memoria y la atención, estados confusionales, delirium y trastornos psicóticos inducidos por el consumo de esta sustancia.

### ■ *Inhalantes*

Se hace referencia a un numeroso grupo de sustancias químicas como pegamentos y disolventes que se administran por vía oral o nasal. Entre ellas se encuentran algunos productos derivados del petróleo, como lacas, pinturas, quitamanchas, gasolinas, etc.) Su uso es más habitual en niños y jóvenes que viven en condiciones de pobreza y hacinamiento.

Estas sustancias tienen efectos depresores sobre el SNC. Los efectos inmediatos son la exaltación del humor, la euforia y la alegría, la agresividad y la hiperactividad motriz. También pueden aparecer alucinaciones y delirios. Pasados estos efectos iniciales, se experimenta somnolencia, confusión y disminución del ritmo cardíaco. Si la inhalación continúa se puede alcanzar una intoxicación grave semejante a la embriaguez etílica, con amodorramiento profundo e incluso pérdida de conciencia. A ello se unen síntomas no buscados por el consumidor como náuseas, vómitos, tos, lagrimeo, etc. La mezcla con otras drogas depresoras (tranquilizantes, somníferos, alcohol) incrementa peligrosamente el riesgo de muerte por sobredosis.

A largo plazo se produce fatiga permanente, una disminución de la memoria y de la concentración, pérdida del equilibrio, irritabilidad, conducta agresiva, alteraciones hepáticas, renales, pulmonares y cardíacas, neuropatías, etc.

El uso continuado de estas sustancias puede generar dependencia. Muchos inhaladores crónicos presentan un alto grado de ansiedad ante la falta de la sustancia y un fuerte deseo de inhalar, a la vez que deben aumentar la dosis para conseguir los mismos efectos que, tiempo atrás, alcanzaban con cantidades inferiores. Por otro lado, se ha descrito la relación entre el uso regular de inhalantes y trastornos psicóticos agudos, trastornos del estado de ánimo y ataques de pánico. Algunos autores sugieren que las personas con un estado de ánimo deprimido podrían consumir estas sustancias para evadirse de sus problemas.

■ *Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos*

En el mercado hay muchas de estas sustancias y debido a la facilidad con la que se han prescrito desde el ámbito médico, su uso se ha popularizado entre la población. Algunos medicamentos como *Trankimazín*, *Lexatín*, *Tranxilium*, *Valium*, *Orfidal*, etc., son fármacos clasificados dentro del grupo de las *benzodiazepinas*, que suelen tomarse para reducir los síntomas de ansiedad y la tensión muscular. Tienen efectos relajantes e inductores del sueño.

Las benzodiazepinas, unidas a algunos antidepresivos, constituyen el tratamiento farmacológico para ciertos trastornos de ansiedad, como la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de angustia. En dosis prescritas por un médico y controladas de forma periódica, estas sustancias mejoran el rendimiento del paciente y provocan relajación. Dosis elevadas provocan náuseas, aturdimiento, confusión, disminución de la coordinación psicomotriz, etc. El efecto de estas sustancias si se utilizan asociadas al alcohol se ve incrementado, hasta el punto que la mezcla de ambos puede conducir a una sobredosis. El uso de esta medicación se suele recomendar cuando los síntomas de la ansiedad son incontrolables y muy intensos. Sin embargo, tomar estas sustancias no soluciona el problema. Su uso continuado provoca tolerancia y dependencia. Por este motivo, se recomienda no utilizar esta droga durante un periodo prolongado y sustituirla poco a poco por estrategias psicológicas de afrontamiento. La retirada brusca de la droga puede resultar peligrosa y provocar un síndrome de abstinencia que se caracteriza por aumento de la ansiedad, insomnio, irritabilidad, náuseas, dolor de cabeza, tensión muscular, temblor, palpitaciones y disforia. Para poder controlar la ansiedad es necesario *atacar* la base del problema, y esto comporta aplicar estrategias para reducirla y reaccionar ante ella de forma diferente. En ocasiones, algunas personas recurren a la *auto-medicación* y se autoprescriben benzodiazepinas para poder afrontar los problemas de la vida cotidiana. Si se requiere medicación, ha de ser siempre bajo prescripción y estricto control médico.

### **2.1.10. Ansiedad y soluciones boomerang**

Nos referimos aquí a diversas actividades que son momentáneamente reductoras de la ansiedad, por diversas razones, pero que a medio plazo contribuyen a incrementarla o dificultan el establecimiento de procedimientos alternativos más adecuados.

Se trata de comportamientos por otro lado normales, necesarios y positivos, pero que emitidos abusivamente y como forma básica de controlar la ansiedad, se desvirtúan, se vuelven contraproducentes y se producen de modo compulsivo: hiperactividad (o hiperocupación); adormecimiento; ingesta o sexo compulsivos; abuso de videojuegos, máquinas tragaperras, ordenador, internet; consultas a videntes, etc.

#### ***Hiperactividad o hiperocupación***

Algunas personas con ansiedad tienden a generar un ritmo frenético de actividad en prácticamente todos los ámbitos en los que se ocupan (trabajo, relaciones sociales, ocio). Tienen su agenda llena de compromisos, gestiones, tareas, siempre urgidos por la prisa, e inmersos en medios y contextos demandantes. En el *tiempo libre* —que en realidad se trata de no tener— se llenan de actividades y obligaciones, a ser posible interactivos, poco mecánicos y que requieran movimientos.

En el fondo, aunque no son plenamente conscientes de ello, se trata de no parar quieto, de no tener la cabeza desocupada, de disponer *acción contra pensamiento*, de forma que no tengan ocasión de venir a la mente preocupaciones, temores, cuestiones personales no resueltas, que, si aparecieran, generarían angustia en sus diferentes manifestaciones.

En cierto modo, se trata de buscarse urgencias para no plantearse y afrontar lo importante o inquietante. Son personas que cuando paran se sienten peor, por la razón que acabamos de aducir, y porque las con-

diciones de estrés a que someten al organismo favorecen, al desactivarse y salir de la situación de sobreesfuerzo, la aparición de diversos reajustes fisiológicos que ocasionan molestias: dolores de cabeza, aturdimiento, fatiga, molestias digestivas, etc. Algunos especialistas en ansiedad y estrés hablan, al respecto, del *enfermo de fin de semana*. Algunas personas, frente a este problema, tienden a resolverlo mediante una *huida hacia delante*, aumentando la actividad y generando progresivamente más condiciones de estrés que, tarde o temprano, llevarán a una situación explosiva, crítica e insostenible.

### **Adormecimiento**

Otra forma de tratar de *desconectar* y quitarse de encima los pensamientos negativos, anticipaciones amenazantes, ideas intrusivas y desasosegantes, es cambiar el estado de conciencia. A veces se recurre al consumo de sustancias para conseguirlo. Pero no vamos a referirnos aquí a esta cuestión, tratada ya en otro capítulo del libro. Nos referimos en este caso, al paso de la conciencia vigil al sueño, fuera de los horarios establecidos para dormir. Algunas personas del grupo citado anteriormente al hablar de la sobreactividad, recurren también a este procedimiento: o están hiperocupados o duermen. Otras personas, sin embargo, procuran reducir al máximo las actividades y compromisos de todo tipo, y tienden a adormilarse tumbándose en el sofá o en la cama. Este procedimiento es inducido normalmente por la propia persona de manera voluntaria, disponiendo las condiciones adecuadas para su ocurrencia, sin embargo en algunos casos es un mecanismo automático de defensa. Es característico, a este respecto, el caso de algunos estudiantes a quienes, cuanto más cerca están de los exámenes, más les invade una intensa sensación de sueño, a pesar de haber dormido lo suficiente y ser personas estudiosas, voluntariosas e interesadas en la materia.

Las personas que recurren con frecuencia y regularidad a este procedimiento, acaban por hacer una vida de *casi-convalecientes* que paraliza