

2.3

Autoengaño y adicción. Clínica y psicoterapia

Carlos Sirvent Ruiz
Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral

RESUMEN

Qué significado tiene la mentira en la vida del sujeto adicto. Las fuertes connotaciones de la insinceridad, no deben impedirnos profundizar sobre el significado de la misma: falsedad, negación, engaño, embaucamiento, fabulación pseudológica y mixtificación son peldaños de una misma escalera..

Partimos de la hipótesis (Sirvent, 1989) de que el autoengaño forma parte de la constelación caracteropática general del adicto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de una vida azarosa.

El autoengaño se gesta durante la etapa *pre-adictiva* del sujeto, cuando -para justificar su comportamiento- el sujeto se ve obligado a ser insincero. Es importante matizar que estos primeros engaños deben suponer un cierto esfuerzo activo, incluso un conflicto que periódicamente se reproducirá en tanto se mantenga el comportamiento adictivo. Sería el clásico ejemplo de un joven que empieza a consumir drogas y se ve obligado tarde o temprano a mentir para disimular su condición o por justificarse (hurtos domésticos, estafas). Al principio le cuesta engañar y sufre por haber mentido a seres queridos o allegados. Poco a poco, y a base de repetir dicho comportamiento termina no costándole engañar (o si se prefiere extinguiendo la ansiedad asociada al acto de mentir) y con el tiempo acaba por no distinguir verdad de mentira; simplemente se limita a decir con toda naturalidad aquello que más le conviene, sea o no veraz.

La mixtificación no sólo determina el grado de sinceridad o veracidad de una persona, sino que se refiere fundamentalmente a una falta de capacidad para decir las cosas como son. El drogodependiente mixtificado tiende a expresar aquello que más le conviene a sus intereses, prefiriendo decir lo que el otro quiere oír antes que una verdad que le puede resultar incómoda.

Se trata de un *aprendizaje caracteropático*, fenotípico, vehiculado por el tipo de vida que en caso del sujeto adicto contribuye a agravar la mistificación, la cual en el fondo

es una coraza protectora adaptativa que protege al sujeto de un medio supuestamente hostil que a la postre acaba esgrimiendo de manera indiscriminada. Es decir, la misma mistificación que exhibe el adicto frente a un presunto enemigo, mostrará de manera automática delante de un ser querido, aunque obviamente se exteriorizará de distinta forma. El adicto está tan habituado a la mixtificación que su única verdad es la emocional: su corazón le dicta la “veracidad” en función de lo que le interesa decir. Esto es, aunque mienta, seguirá siendo congruente con su discurso, y la objeción externa la percibirá hostilmente. Es tan acuciante la necesidad de que esa expresión *veraz* (para él) sea admitida que no tolerará que se le impute insinceridad aunque ésta sea obvia. La pueril negación de lo evidente no es una simple respuesta cínica, sino trasunto de un sistema de referencia cognitivo alterado por la mistificación.

En definitiva, el sujeto adicto aprende a mentir como respuesta adaptativa a su difícil vida en la que debe justificar (falazmente) comportamientos socialmente inaceptables. A base de repetir y sofisticar engaños, el sujeto los interioriza de forma que acaba amalgamando realidad y ficción en un todo confuso guiado por la ley de “responder siempre lo que más convenga” sea o no verdad. El siguiente paso es la transformación de la mentira en autoengaño (que tiene un carácter puramente acomodaticio). El autoengaño –finalmente- puede diferenciarse más aún transformándose en mixtificación.

Palabras clave: *Mentira, engaño, autoengaño, mixtificación, evaluación, tratamiento, psicoterapia, negación.*

La mentira más común es aquella con la que un hombre se engaña a sí mismo. Engañar a los demás es un defecto relativamente vano. (Friedrich Nietzsche)

1. CONCEPTOS GENERALES: DESEABILIDAD SOCIAL, ENGAÑO, AUTOENGAÑO Y MIXTIFICACIÓN

El autoengaño¹ no es en sí mismo patológico. Lo necesitamos en mayor o menor medida para interrelacionarnos. Todos tenemos un quantum, una cantidad de autoengaño fisiológico que echarnos a la espalda y forma parte de nuestro ideario de fantasía, de la natural fabulación, que empleamos en el día a día. Sin embargo, me voy a referir a otro autoengaño diferente e insidioso: aquel que deviene del engaño, es decir, de la transformación de la mentira primordial de un adicto.

Hagamos un pequeño paréntesis: si preguntásemos a grupos de padres o allegados a drogodependientes que empleasen un adjetivo para caracterizarlos, el epíteto “mentiroso” surgiría enseguida. Y el calificativo probablemente lo compartirían muchos profesionales y personas de su entorno.

Esa mentira sustancial que acompaña como una sombra al adicto viene connotada por el tipo de vida llevado o –más bien– sufrido trasunto de una biografía azarosa que

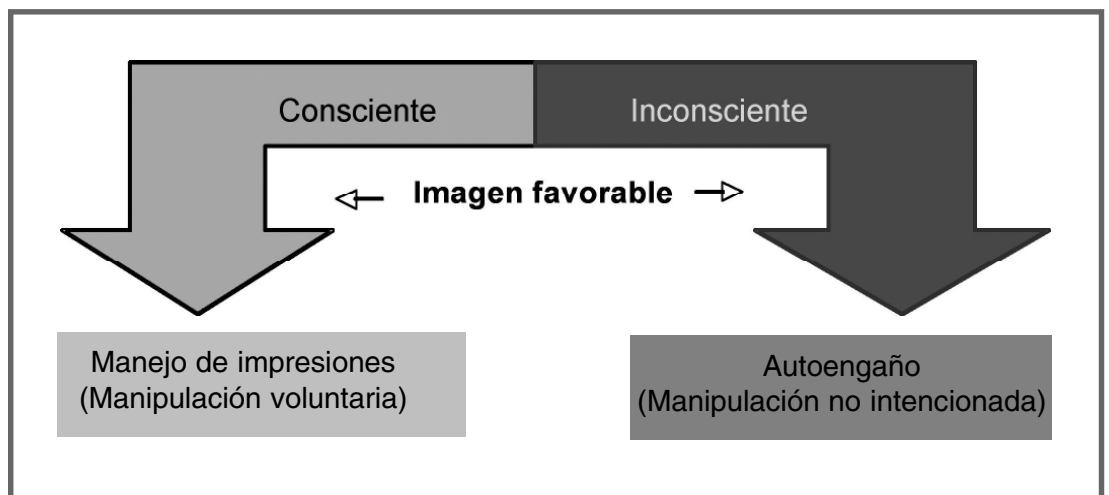
comentaremos después al explicar la génesis del autoengaño.

La psicología del trabajo y de las organizaciones apunta al concepto de *deseabilidad social*² o tendencia natural a contestar los ítems de forma que se responde a presiones sociales o normativas en lugar de proporcionar un autoinforme verídico (Ellingson, Smith y Sackett, 2001). Dicha deseabilidad tiene dos dimensiones: manejo de impresiones y auto-engaño, (Paulhus, 1984-2002), pudiendo considerarse el manejo de impresiones como la tendencia a responder aquello que a un sujeto más le convenga, sea favorable o desfavorable; por ejemplo, en un proceso de selección de personal, se consigue brindar una imagen favorecedora; en cambio, en un peritaje para un juicio por un accidente, el individuo logra de forma artera atribuirse una imagen desfavorecedora, de mayor patología, que le sirva para cobrar una mayor indemnización.

En el esquema 1 podemos diferenciar los matices que tiene el autoengaño desde la perspectiva de la psicología del trabajo y las organizaciones por un lado y de la psicología clínica por otro. Brindar una imagen favorable es un acto de manipulación voluntaria y por tanto consciente. El manejo de impresiones sería así la dimensión consciente de la deseabilidad social e indica una tendencia a adaptar intencionalmente la imagen pública de uno mismo al objeto de obtener una visión favorable por parte de los demás.

Cuando dicha manipulación se efectúa de

Esquema 1: Dimensiones de deseabilidad social (Paulhus, 2002)



forma automática, prácticamente involuntaria e inconsciente, estamos hablando de autoengaño, el cual sería la dimensión inconsciente de la imagen favorable a la que se refería Paulhus. El autoengaño en cualquiera de sus acepciones es siempre involuntario. Sería la tendencia inintencionada de describirse a uno mismo de forma favorable mediante auto-descripciones sesgadas positivamente en las que –pese a todo– se cree honestamente.

Antes se creía que la deseabilidad social era unidimensional. Un grupo de autores (McCrae y Costa, (1983), Ones, Viswesvaran y Reiss (1996) y Salgado, Iglesias Remeseiro (1996) afirmaron que dicho concepto no era algo meramente circunstancial o dependiente de la situación presente, sino que formaba parte de la naturaleza, de la personalidad del sujeto como una característica estable. La deseabilidad social sería una característica estable de la personalidad que indicaría diferencias más sustantivas y significativas.

El esquema 2 nos muestra el autoengaño comparando la perspectiva clínica (eje horizontal) con la de la psicología del trabajo y las organizaciones (eje vertical) descrito en

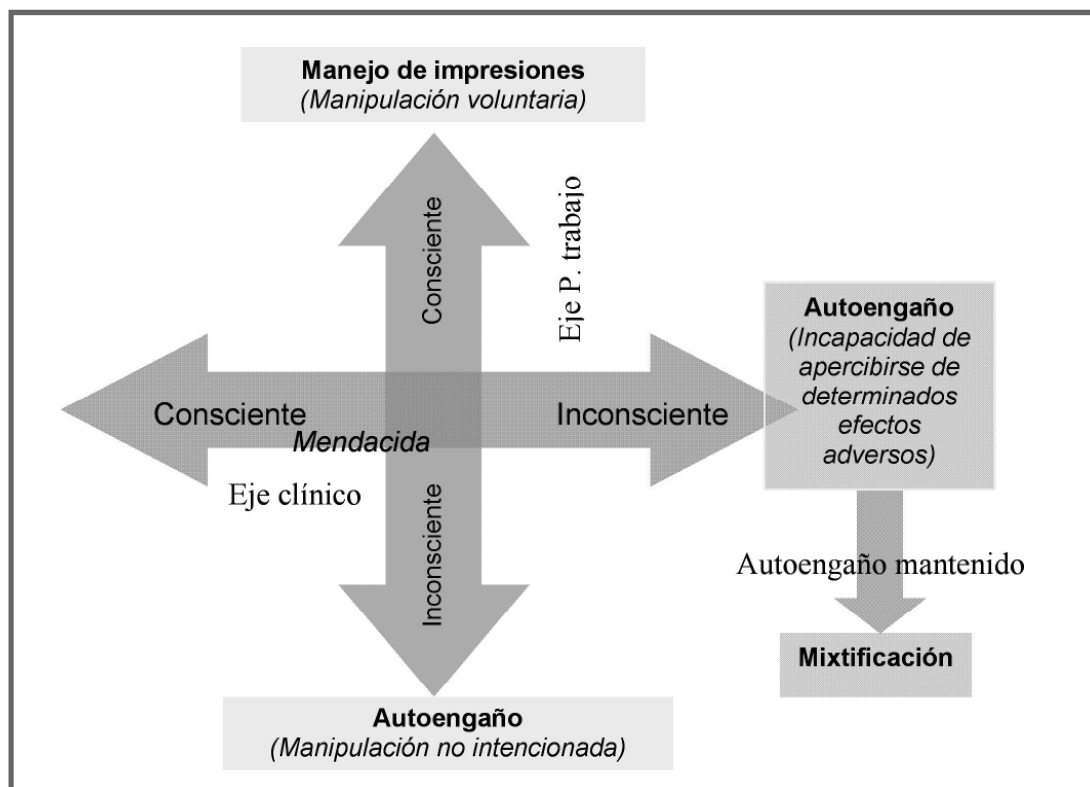
el esquema 1.

En el denominado “eje clínico”, el parámetro sobre el que pivota el autoengaño es la insinceridad o –si se prefiere– la mendacidad. Si el sujeto conscientemente es insincero o mendaz, estaría engañando, es decir, ejerciendo un acto consciente y voluntario. Sin embargo, si el sujeto es *inconscientemente insincero*, es decir, sufre una incapacidad para apercibirse de determinados aspectos de la realidad o emitir mensajes convenientes por encima de su control consciente; o si se apercibe pero no busca soluciones y –si las busca– espera que éstas vengan desde afuera, entonces podemos decir que el sujeto sufre autoengaño.

¿Qué función psicológica tiene el autoengaño? La persona que engaña, falsea o embauca sufre; sea por autorreprobación ética o moral, sea por el esfuerzo de recordar la mentira al objeto de hacerla congruente. El caso es que dicho sufrimiento puede subsanarse mediante el autoengaño, cuya función es automatizar el acto de mentir hasta el punto de incorporarlo al patrimonio cognitivo del sujeto.

Tanto la componente afectiva como la

Esquema 2: Dimensiones del Autoengaño (Sirvent, 2006)



cognitiva de la mentira tendrían parcial correspondencia en los conceptos *humbug* y *bullshit*. El primero reflejaría la dimensión afectiva del binomio engaño/autoengaño y el segundo (*bullshit*) la componente cognitiva del mismo³.

Para Trivers (2002) “*la función capital del autoengaño es poder engañar más fácilmente a otros, por cuanto la credulidad en el propio cuento lo hace más convincente para los demás*”. El autoengaño ayuda a mentir de manera más convincente y la capacidad para creernos nuestras propias mentiras nos ayuda a embaucar más eficazmente. Por otra parte, nos permite alcanzar el grado de perfección de “mentir con sinceridad”, sin necesidad de hacer un montaje teatral para fingir que estamos diciendo la verdad.

¿Qué ocurre si el autoengaño se mantiene en el tiempo? (ver esquema 2). La perpetuación de este comportamiento y su extensión al devenir cotidiano del adicto? Acaba provocando un cambio cualitativo. Efectivamente hay un giro de tuerca que todavía puede hacer más severo el proceso: la mixtificación, que es cuando el engaño involucra todo el quehacer del sujeto de forma global, o bien parcialmente pero en magnitud intensa. Dicha envolvente mixtificadora connota definitivamente el comportamiento y el intercambio que tiene con el exterior.

2. DESARROLLO DEL AUTOENGAÑO

Si nos remontásemos al origen de cada historia de adicción comprobaríamos que —ya desde consumos incipientes— el sujeto se ve en la tesitura de mentir para justificar comportamientos. Dicha necesidad de mentir aparece incluso antes de ser adicto. Esas primeras mentiras aisladas le generan culpa, y subsiguientemente ansiedad aguda⁴.

Al progresar el comportamiento adictivo prosigue la necesidad de engañar, repitiéndose el embaucamiento y la mentira que a su vez sigue provocando culpa generadora de tensión, la cual, al mantenerse, desencadena un estado de ansiedad crónica quizá menos intenso pero más pernicioso que llega a ocasionar un *síndrome distímico insidioso* propio de sujetos que empiezan a hacerse adictos en quienes conviven ansiedad aguda y

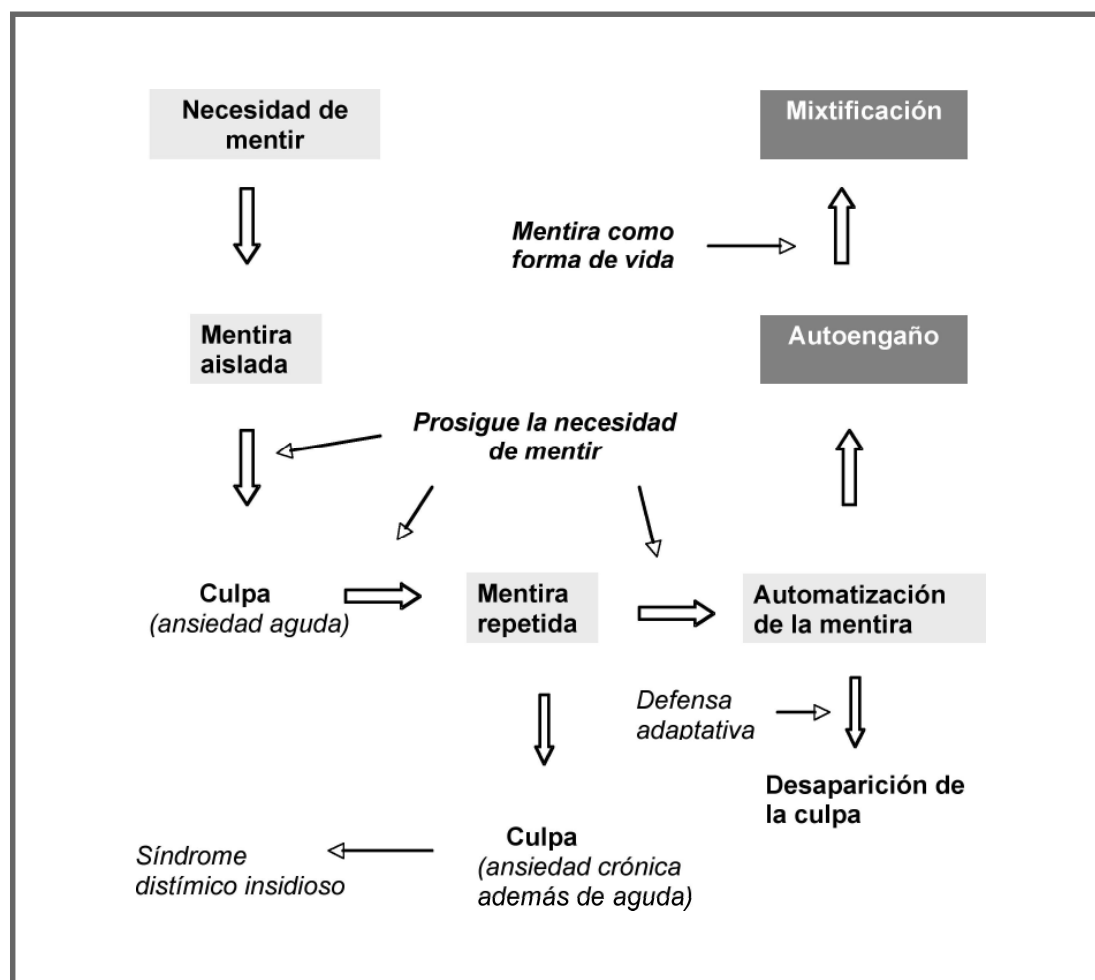
crónica conformando un síndrome insidioso (distímico). (V. esquema 3)

Si el ciclo *engaño- mentira- embaucamiento* sigue experimentándose el sujeto desarrolla una suerte de mecanismo defensivo adaptativo automatizando la mentira, esto es, evitando que la mentira pase el filtro consciente que hace sufrir, de manera que se responde lo que al sujeto le conviene o —lo que es igual— convirtiendo el engaño en autoengaño, es decir incorporando la mentira a su estructura de personalidad. Como decía Goebbels “una mentira repetida mil veces se convierte en una verdad”. A partir de aquí se puede decir que el comportamiento falsario del adicto sería más fabulador que mentiroso toda vez que el afectado no se molesta en comprobar si lo que dice es o no mentira; su respuesta será sistemáticamente acomodaticia y condicionada por la subjetiva conveniencia de la misma. Por ejemplo, en lo relativo a conseguir drogas o justificar su consumo el sujeto no miente conscientemente, lo que está haciendo es responder automáticamente en función de su personal conveniencia. (V. esquema 3)

De paso consigue que le desaparezca la culpa, neutralizando la ansiedad aguda y parte de la ansiedad crónica: el sujeto ya está autoengañado. La función del autoengaño es reequilibrante, neutraliza la ansiedad. ¿Está todo dicho? Aunque parezca inverosímil, el proceso puede ir aun más lejos, es decir, si el sujeto no solamente engaña y se autoengaña en contextos determinados, por ejemplo en la relación con los padres a efecto de conseguir droga, sino que su comportamiento se extiende a muchos ámbitos de su vida hasta el punto que la mentira, el engaño es una constante, una forma de vida, entonces se alcanza otro nivel de perturbación mayor que es la mixtificación, lo cual equivale a que todo el engranaje intelectual del sujeto pivote sobre un formidable autoengaño que se extiende a los aparatos perceptivo, elaborativo y comportamental del sujeto.

3. LA MIXTIFICACIÓN (O MISTIFICACIÓN) Y SUS CONSECUENCIAS

Sirvent (1994) describe la mixtificación (o mistificación) intrínseca como una forma



Esquema 3: “Desarrollo del autoengaño y la mixtificación” (Sirvent, 2002)

extrema de autoengaño que afecta al quehacer entero del sujeto, el que adquiere un blindaje de desconfianza denominado coraza mistificadora que le ensimisma y aísla obstaculizando la comunicación interpersonal y la aprensión de mensajes externos. Es frecuente la presencia de un *comportamiento mixtificado* que se puede considerar un trastorno de la personalidad caracterizado por lo siguiente: vida basada en el engaño (“*engaño como forma de vida*”) con insinceridad, falsa apariencia, personalidad opaca y egoísta, pensamiento fantaseado, coraza defensiva e irreductible de pensamiento, distorsión autoperceptiva, y misantropía, y es un trastorno propio, que no exclusivo, de sujetos adictos de larga, intensa o arraigada trayectoria.

La principal consecuencia tanto inmediata como tardía de la mistificación o del autoengaño es el desarrollo de una constelación de síntomas- satélite entre los que se incluyen la desconfianza, el enquistamiento carac-

terial, la misantropía, la negación de la realidad, el autoengaño, etc., que aboca hacia el definitivo y peculiar trastorno caracteropático donde el *síntoma-mentira* se convierte en *rasgo-autoengaño* y a su vez este rasgo (conjunto de rasgos) anula y desplaza a los anteriores. La primitiva personalidad del sujeto queda hibernada o solapada por una serie de caracteres adquiridos: no solo por la mistificación sino por otros muchos que forman parte de la denominada *caracteropatía adquirida*, de la que la mistificación es tan solo un elemento más (eso sí elemento nuclear y de definitiva importancia).

Esa desconfianza impide al adicto comprender muchas cosas que le serían beneficiosas, y a base de no creerse nada se esconde en una coraza de incredulidad y escepticismo que además no suele admitir por lo que resulta más difícil llegar a su interior, a su psique. Dicho de otra manera: es tan incrédulo y desconfiado, que llega a negar la

evidencia por más flagrante que esta sea, lo que ocurre en proporción directa al tiempo que lleva inmerso en ese mundo y en consecuencia mayor será la coraza de incredulidad que le cubre hasta el extremo de vivir años y años, incluso toda una vida, víctima de sí mismo y sin llegar a un mínimo autoconocimiento porque no acepta nada de los demás. Aquí a la mistificación se uniría la suspicacia paranoide, apartándole de una realidad que vislumbra como él quiere que sea, confundiendo sistemáticamente deseos con circunstancias objetivas: es el denominado desrealismo o falta de sentido de la realidad.

4. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DEL AUTOENGAÑO

Consideremos en primer lugar los que abordan la sinceridad y el manejo de impresiones. Podemos enumerar los siguientes: escala de deseabilidad social de Edwards (1957), escala de deseabilidad social de Crowne-Marlowe (1964), escala de sinceridad de Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1964 que originalmente era una escala de mentira). Los instrumentos que miden directamente el autoengaño son:

1.- El Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR, Paulhus 1984, 2002) que contiene 40 ítems, con dos subescalas de 20 ítems cada una, las cuales evalúan el manejo de impresiones y el 'auto-engaño'.

2.- El inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) de Sirvent (2007) que consta de 50 ítems, 1 escala general de autoengaño, 4 dimensiones o subescalas (autoengaño, manipulación, mecanismos de negación y mixtificación) y 10 componentes (insinceridad, opacidad comunicativa, registro interesado de la realidad, rigidez mental, engaño como forma de vida, apragmatismo, rechazo, ofuscamiento, distorsión autoperceptiva, fantasía, amnesia selectiva- Insensibilidad de la atención, proyección, falsa apariencia, egoísmo, y coraza defensiva,. En el apartado de psicoterapia se profundiza más en el tema (Ver cuadro 13: *"Escala, dimensiones y componentes del Inventario de Autoengaño y Mixtificación"*).

También podemos referirnos a las escalas específicas de los cuestionarios clásicos de personalidad. Así el Minnesota Multiphasic

Personality Inventory (MMPI). (Hathaway y MacKinley) tiene una escala K que detecta los sesgos negativos o la tendencia a aparentar una peor imagen de uno mismo, y una escala L (lie, mentira) que trata de detectar los sesgos positivos o la tendencia a aparentar una buena imagen personal. También Eysenck, en su primer cuestionario de personalidad, Maudsley Personality Inventory (MPI; predecesor del Eysenck Personality Inventory; EPI), incluyó una escala para evaluar la deseabilidad social, derivada de la escala L del MMPI.

5. MAGNITUD, DIMENSIONES Y COMPONENTES DEL AUTOENGAÑO

En una investigación de Sirvent y Blanco ("Psicopatología el autoengaño", Interpsiquis, 2006) se mostraban los datos de la validación de un inventario sobre autoengaño que constaba de una escala con cuatro subescalas: Manipulación, Reiteración, Mecanismos de negación y no afrontamiento y Autoengaño propiamente dicho.

Posteriormente (Sirvent, julio 2007) se hizo una ampliación de dicho inventario, añadiéndole una subescala más (mixtificación) y 12 componentes entre las que quedaba la antigua subescala de reiteración. A las subescalas se les renombró como dimensiones.

MAGNITUD DEL AUTOENGAÑO (como escala)

La escala de autoengaño y mixtificación, media de todos los ítems, sería la resultante vectorial de las cuatro subescalas y nos brinda una aproximación ecléctica sobre el nivel general de autoengaño del sujeto. Evidencia la incapacidad del sujeto para darse cuenta de los efectos adversos del problema, negándolo o rechazando los argumentos que se le brindan. Otra forma de autoengaño (autoengaño clínico) sucede cuando el sujeto es bien consciente del problema y se queja pero no adopta soluciones o pretenden que estas vengan desde fuera. Peor aún es cuando el sujeto generaliza a todo su devenir diario el autoengaño y se instala en un modus vivendi mixtificado (ver mixtificación).

La medida de esta escala general es la

media de todos los ítems, sería la resultante vectorial de las cuatro subescalas y nos brinda una aproximación ecléctica acerca del nivel general de autoengaño del sujeto.

DIMENSIONES DEL AUTOENGAÑO **(descriptores generales del inventario** **IAM de autoengaño y mixtificación)**

Autoengaño **(como subescala o dimensión)**

El sentido general es el mismo pero se refiere más al matiz perceptivo –elaborativo (distorsión autoperceptiva, registro interesado de la realidad, etc.) sin adulterantes sociopáticos como la rigidez mental, el ofuscamiento, la desconfianza, etc. Sería –por así decirlo- la quintaesencia del autoengaño. Las componentes que mejor lo describen (por orden de importancia) son:

- Distorsión autoperceptiva (muy selectivo) (90%)
- Registro interesado de la realidad (60%)
- Insinceridad (60%)
- Opacidad (65%)

Manipulación

El inventario de autoengaño y mixtificación, IAM, considera a la manipulación desde una perspectiva utilitarista. Sería el intento de modificar en provecho propio las emociones y el entendimiento del interlocutor. Cuidado con este matiz que diferencia esta manipulación de la convencional. La persona autoengañada, y más aún mixtificada, lo que pretende no es tanto engañar como obtener un beneficio. El bromista –por ejemplo- sería un manipulador emocional que no encajaría en este concepto; si lo haría en cambio el estafador, que no pretende tanto el engaño como la utilización del otro en provecho propio. Las componentes que mejor los describen (por orden de importancia) son:

- Egoísmo (lógico, ya que la manipulación es su plasmación fáctica: utilizar a alguien en provecho propio) (específico) (90%)
- Insinceridad (65%)
- Opacidad (55%)
- Pensamiento fantaseado (60%)

Mecanismos de negación

El diccionario de la RAE describe la negación como el rechazo de la veracidad de una cosa. Decir que algo no existe, no es verdad, o no es como alguien cree o afirma. Dejar de reconocer algo, no admitir su existencia. La negación de la realidad puede ser un mecanismo de defensa del yo frente a la realidad: el yo niega hechos evidentes o situaciones reales, cerrando el paso a la percepción de cosas que no acepta. La American Psychiatric Association califica la negación (denial) como un mecanismo de defensa que actúa inconscientemente, utilizado para resolver un conflicto emocional y aliviar la ansiedad rechazando los pensamientos, sentimientos, deseos, necesidades o factores de la realidad externa que son conscientemente intolerables. Stephen Marmer (Universidad de California) afirma que “mediante la negación se invalida una parte desagradable o no deseada de la información o de la experiencia vital como si no existiera, y se observa en muchos pacientes con adicciones que no son conscientes de las consecuencias de sus conductas. Se diferencia de la represión en que existe una cierta conciencia y se niega una parte de la realidad, no un simple contenido mental. La negativa persistente a dejarse influir por las evidencias externas también indica el funcionamiento del mecanismo de negación”. La escala considera algunas formas de negación típicas: evitar asociaciones, forzar la insensibilidad de la atención (“no tener sentimientos”), el ofuscamiento (menor nivel de arousal), la rigidez mental, la amnesia selectiva, el rechazo (negar la evidencia) y la fantasía (para evitar la realidad). Las componentes que mejor los describen (por orden de importancia) son:

- Rechazo, ofuscamiento (100 %)
- Proyección (100%)
- Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones (95%)
- Registro interesado de la realidad (55%)

Mixtificación

Recordemos que el comportamiento mixtificado apunta a una vida basada en el engaño (“*engaño como forma de vida*”) que se

extiende a todos los ámbitos del quehacer diario y que le aísla del medio aunque aparentemente se relacione. La coraza defensiva le dificulta la aprensión del mensaje externo, sobre todo cuando este choca con el propio interés, entonces su pensamiento se hace irreductible. Al tiempo procura mantener una falsa apariencia puramente defensiva, o derivar dicha defensividad hacia la misantropía con conductas hurañas y evitativas. Es frecuente también tener una actitud egoísta y una visión del mundo egocéntrica. Las componentes que mejor los describen (por orden de importancia) son:

- Coraza defensiva, desconfianza, rigidez mental, misantropía 98%
- Engaño como forma de vida 97%
- Falsa apariencia, deseabilidad social, 97 %
- Opacidad 50%

COMPONENTES DEL AUTOENGAÑO
(Factores cognitivos que agrupados describen dimensiones del autoengaño y por separado elementos clínicos sustanciales)

Insinceridad, engaño y tendencia a mentir:

Referida al mantenimiento de una imagen externa inauténtica (insincera y sin identidad definida), que resulta cada vez más desconocido para los suyos, siendo capaz de transformar las cosas a conveniencia propia para lo que no duda en emplear el chantaje emocional y a la manipulación.

Cuadro13: “Escala, dimensiones y componentes del Inventario de Autoengaño y Mixtificación”

INVENTARIO DE AUTOENGAÑO Y MISTIFICACIÓN (IAM) (© Sirvent, 2007) <u>ESCALA GENERAL</u> 1. VALORACIÓN GENERAL DEL AUTOENGAÑO Y LA MIXTIFICACIÓN <u>DIMENSIONES</u> • AUTOENGAÑO • MANIPULACIÓN • MECANISMOS NEGACIÓN • MIXTIFICACIÓN <u>COMPONENTES</u> • Insinceridad, engaño y tendencia a mentir • Opacidad comunicativa • Egoísmo y egotismo • Rechazo, ofuscamiento • Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones • Proyección • Pensamiento fantaseado • Distorsión (auto)perceptiva • Registro interesado de la realidad • Engaño como forma de vida, apragmatismo • Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía • Falsa apariencia, deseabilidad social

Opacidad comunicativa

Se expresa como una dificultad para acceder al interior del sujeto que suele presentar problemas para expresar emociones o ideas que se verbalizan de manera incompleta o deformada. También puede haber una falta de voluntad para exteriorizar lo que siente o piensa. Como consecuencia es previsible que la imagen que de sí mismo tiene el sujeto difiera de la que de él tienen los demás, incluso puede llegar a tener un déficit de autenticidad identitaria.

Egoísmo y egotismo

La anteposición sistemática de los propios intereses a los de los demás incluso contra toda ética es característica significativa de la actitud manipuladora y mixtificada que representa el egoísmo como dimensión. El egotismo, cuando se presenta, supondría la culminación de una personalidad mixtificada.

Rechazo, ofuscamiento

Es el principal mecanismo de negación que pone en marcha el sujeto ante argumentos que no gustan o negando una realidad inconveniente. Cuando el interlocutor no es del agrado del sujeto se ofuscará con cuanto de él provenga.

Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones

“Tropezar sucesivas veces con la misma piedra”, reiterar en el error es signo y consecuencia de la amnesia selectiva. El sujeto no aprende de los errores, tardando tiempo en darse cuenta de cosas importantes, no advirtiendo los efectos contraproducentes de algo, confundiendo deseos con realidad, perpetuando situaciones sin poner solución y –en definitiva– evitando correlacionar asuntos que están ahí pero que el sujeto parece no querer ver.

Proyección

El diccionario de la RAE en su acepción

psicológica define proyectar como “atribuir a otra persona o a algún objeto los defectos o intenciones que no se reconocen en uno mismo: proyecta sobre el niño el rencor que siente hacia su madre”. El sujeto cree que el problema está en la otra persona, no en sí mismo, aunque con la salvedad de que en su fuero interno puede pensar que hay más causas de las explicitadas por él. Plasmáramos la vertiente paranoide de la proyección en la frase “los demás hacen las cosas peor que yo, o tienen la culpa de lo que pasa y encima me la imputan”.

Pensamiento fantaseado (o fantasía)

Típico del pensamiento fantaseado es confundir deseos con realidad, concibiendo cosas que puede acabar creyendo quizá porque su fantasía suple una realidad devastadora. Con frecuencia piensa demasiado lo que le pasa hasta transformarlo en otra cosa, dejándose llevar con frecuencia por sus ilusiones, deformando en su imaginación la realidad a conveniencia propia. (¿Inconscientemente?).

Distorsión autoperceptiva

La deformación subjetiva tanto de la percepción propia como de la externa es un síntoma crucial del autoengaño. En consecuencia el sujeto tiene una imagen ilusoria de sí mismo que –no obstante– puede estar firmemente arraigada en su consciencia. La distorsión perceptiva comporta que los demás adviertan los problemas del sujeto antes que él. Con frecuencia disiente radicalmente de la opinión que los demás le expresan. No pocas veces estima que prácticamente nadie le comprende.

Registro interesado de la realidad

Sería darse cuenta de lo que a uno le gusta ignorando aquello que le disgusta (eufemísticamente, ver lo conveniente y no lo inconveniente). Aceptar el mensaje cuando gusta (crítica selectiva). Transformar el pensamiento a beneficio propio. Confundir lo que gusta (incluso siendo nociva para el sujeto) con lo que conviene. Creer más en su

propia realidad que la ajena (que a veces penosa y denodadamente le intentan hacer ver tanto terapeutas como allegados), lo que le lleva a no aperebirse de un problema importante.

Engaño como forma de vida, apragmatismo

Permanecer instalado en un engaño, con falta de sentido práctico. Vivir una vida propia alejada del mundo real extendiendo el autoengaño al comportamiento cotidiano. Lo que denominamos “vivir mixtificado” en contexto limitado por el propio sujeto a hacer lo justo para proveerse de sustancias (si es adicto) desdeñando las múltiples facetas que tiene la vida. Comporta un empobrecimiento relacional y contingencial. Autoengaño no circunscrito al ámbito adictivo sino extensible al quehacer cotidiano. Engaño como forma de vida con insinceridad. En casos extremos el sujeto rehúye el contacto social.

Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía

Como se dijo en anterior epígrafe el sujeto mixtificado tiene una coraza reactiva de escepticismo que le dificulta el cambio o la toma de conciencia entre otras razones por una presunción de desconfianza sistemática respecto a los demás y sus mensajes, lo que le ensimisma y aísla obstaculizando la comunicación interpersonal y la aprensión de mensajes externos. La rigidez mental es tanto causa como consecuencia de dicha defensividad y es uno de los principales handicaps para el progreso terapéutico. El ensimismamiento y aislamiento asociado orientan inexorablemente al sujeto hacia la misantropía.

Falsa apariencia, deseabilidad social

Respecto a la imagen exterior el sujeto puede mantenerse hosco o huidizo y expresarse con lenguaje defensivo y/o irascible, o bien mantener una apariencia ficticia, con deseabilidad, y respuestas, simuladas y adaptativas.

PSICOTERAPIA DEL AUTOENGAÑO

7. IMPORTANCIA DEL AUTOENGAÑO EN EL DEVENIR DEL ADICTO

Las ignominiosas asociaciones de los calificativos mentiroso, embaucador, farsante, incluso autoengañado, suponen un notable obstáculo inicial. Nadie admite ser un mentiroso, probablemente uno de los peores insultos que se pueden decir porque desacredita absolutamente. Un sujeto que tenga este problema además lo lleva tan estructuralmente incorporado que aunque posea voluntad de cambio, presentará considerables dificultades para aceptarlo y -más aun- para modificarlo, pues el propio autoengaño dificulta la sucesiva toma de conciencia que se requiere.

Muchos sujetos viven instalados en el autoengaño sin que éste le suponga un problema relevante. Pero un adicto no puede permitirse el lujo de mantener el autoengaño en lo relativo a su dependencia porque recaerá sin siquiera darse cuenta. Necesariamente el adicto tiene que terminar un tratamiento con ideas claras a este respecto y, si recae, que por lo menos sepa el por qué sin confusiones. Siempre es preferible que el sujeto elimine elementos de autoengaño.

El autoengaño juega un papel crucial en el devenir del adicto por razones que se explican en el cuadro 7 donde se describen y ejemplifican las causas directas e indirectas de recaída debida o mediatizada por el autoengaño.

En el cuadro 8 podemos comprobar que entre las causas de recaída más frecuentes hay cinco que tienen relación directa con el autoengaño las cuales, a saber, son: estados emocionales euforizantes (celebraciones, “homenajes”), poner a prueba el control personal (consumir para verificar si se está curado), búsqueda de sensaciones y/o deseos de consumo (justificados con argumentos falaces o mistificados), conflictos interpersonales y presión social.

En el cuadro 9 observamos que más del 70% de adictos que recibieron tratamiento recayeron bajo la influencia del autoengaño (suma de “notable más intensa”). Un dato llama poderosamente la atención y es que más del 50% de las recaídas de adictos que habían hecho tratamientos de larga estancia

Importancia del autoengaño en el devenir del adicto

1. Como causa directa de recaída (por ejemplo, en estados emocionales eurofizantes, poner a prueba autocontrol)
2. Como uno de los principales coadyuvantes en situaciones de riesgo (como elemento colateral) (por ejemplo, añadiendo otro argumento al manifestado por el sujeto: “me encuentro mal por una discusión, y *además* si consumo le culparé a él de mi recaída”)
3. Como mediador de recaída (como argumento subyacente) (facilitando actitud consumofílica) (por ejemplo, “me encuentro mal porque tengo deseos de consumir y voy a provocar una discusión para así justificar mi recaída”)
4. Obstaculizando la toma de conciencia del problema (por ejemplo, perpetuando la precontemplación o dificultando la necesidad de renunciar a drogas secundarias)

Cuadro 7 “Importancia del autoengaño en el devenir del adicto”

se debían al autoengaño. Este hallazgo nos permite asegurar que el abordaje de este fenómeno es imprescindible para prevenir recaídas.

El porcentaje de recaídas debidas al autoengaño disminuye entre aquellos que hicie-

ron tratamientos de corta estancia, quizá porque no necesitan “justificarla” al ser la búsqueda de sensaciones o el deseo de consumo la razón directa, sin lucha interior ni demasiadas dudas al respecto (“quiero consumir y consumo sin darme explicaciones”).

Cuadro 8: Situación de recaída y autoengaño. Se resaltan en negro las causas de recaída íntimamente vinculadas al autoengaño (*Comparación datos de Cummings, Gordon y Marlatt con pacientes actuales (Spiral 2006, N=189)*)

Situación de recaídas	Influencia autoengaño	% total	% corta estancia	% larga estancia
Esfera de placer (“deseo y tentaciones”) (Incluye: búsqueda de sensaciones, craving y nostalgia del consumo)	Notable	10	30	10
Esfera afectivo-emocional				
Estados emocionales negativos	Escasa	25	20	25
Estados emocionales euforizantes	Intensa	12	13	13
Estados físicos negativos	Escasa	3	2	2
Esfera cognitiva				
Poner a prueba el control personal	Intensa	10	5	30
Esfera relacional				
Conflictos interpersonales	Notable	20	20	15
Presión social	Intensa	20	15	5

Influencia del autoengaño	Total Cumming	Corta estancia	Larga estancia
Escasa	28 %	25 %	26 %
Notable	30 %	50 %	23 %
Intensa	42 %	25 %	51 %

Cuadro 9: Influencia del autoengaño en la recaída según tiempo de tratamiento (*Spiral 2006, N=189*)

7. CONSIDERACIONES TERAPÉUTICAS RESPECTO AL AUTOENGAÑO Y LA MIXTIFICACIÓN

Se suele decir que el acto evaluatorio (historia clínica, aplicación de protocolos, entrevista anamnésica, etc.) representa por sí mismo un primer paso terapéutico. En pocas ocasiones como en la actual queda demostrada dicha aseveración, ya que la psicoterapia del autoengaño se apoya decididamente en una permanente evaluación. De otro modo ¿cómo podría saber el sujeto autoengañado si realmente progresa si no es a través de la objetivación externa? La evaluación y el registro cotejado progresivo son elementos cruciales en la psicoterapia del autoengaño.

El cuadro 10 recoge las principales consideraciones para el abordaje terapéutico del autoengaño. La mejor evaluación siempre es la que se realiza paulatinamente a lo largo del proceso terapéutico, calibrando la distancia entre expresiones, manifestaciones y actuaciones. Si se trabaja en grupos, éstos son un inmejorable instrumento de conocimiento y objetivación que además sirve para neutralizar elementos de autoengaño difíciles de modificar desde la distancia interpersonal.

Ingredientes como la gradación de objetivos y estrategias son esenciales, ya que el autoengaño requiere su descomposición minuciosa en detalles elementales, siempre en un marco terapéutico de plena abstinencia (o programa de contención) porque el comportamiento de consumo daña severamente

la intervención.

Otro elemento sustancial es la eliminación de la culpa durante la sesión psicoterápica (apartado 3), dado que los adictos autoengañados suelen estar a la defensiva y maleados al acumular reprobaciones de aquellos a quienes engañan o embaucan. Si les inculpamos más aún se pondrán en guardia reaccionando con (más) desconfianza. Al paciente tiene que sentirse en un clima de no coerción intentando despojarle de ese quantum de culpa que le va a penalizar, y al mismo tiempo inculcándole un compromiso ético que ha perdido, compatibilizando por una parte la recuperación moral en sentido laxo y neutralizando su insinceridad sin olvidar que en el momento experimental cual es el de la sesión terapéutica tiene que estar lo más tranquilo posible para poder trabajar con el eje de la sinceridad sin reproches ni inculpaciones, porque esa culpa muchas veces es la razón por la que el sujeto se retrae e incrementa su coraza defensiva.

La espina de pescado de Ishikawa es un ingenio didáctico (ver anexos 1 y 2 y cuadro 11). Partimos del eje del autoengaño que tiene dos vertientes positiva y negativa, si tomamos el ejemplo de un sujeto adicto a opiáceos en la mitad superior del eje (negativa) incluiríamos elementos de autoengaño, por ejemplo pensamientos tales como “voy a darme un homenaje”, “voy a beber alcohol”, “voy a fumar hachís”, etc. Estos elementos negativos se irían desmenuzando más aún, por ejemplo “a qué horas tengo más pensamientos de este tipo”, “en qué contex-

- 1 Evaluar las componentes primarias y secundarias del autoengaño y la mixtificación. No basta con aplicar el inventario de mixtificación y autoengaño, hay que trabajarlo individual y grupalmente para mejor evidenciar el proceso.
- 2 Gradar objetivos y estrategias de abordaje en un marco de plena abstinencia.
- 3 Si se hacen actividades terapéuticas específicas es importantísimo el clima no inculpador ni coercitivo para facilitar la expresión infragrupo dejando claras las consecuencias éticas y morales del engaño y autoengaño en la vida cotidiana del adicto.
- 4 Emplear instrumentos como la espina de Ishikawa en la elucidación de elementos de mistificación y autoengaño.
- 5 Reevaluar periódicamente las componentes primarias y secundarias del autoengaño y la mixtificación para comprobar los progresos.
- 6 Al sujeto debe hacersele notar no sólo el daño directo (riesgo de recaída) sino la vulneración ética y moral que suponen para la natural convivencia la insinceridad, la manipulación y demás componentes del autoengaño, aunque para favorecer el acto psicoterapéutico no se le inculpe.
- 7 Importancia de una reeducación paulatina y progresiva sobre autoengaño y mixtificación.
- 8 Utilizar estratégicamente los demás elementos del tratamiento para establecer sinergismo con los específicos de autoengaño.
- 9 Necesariamente el sujeto debe creer y confiar en la ascendencia terapéutica del equipo que le atiende.

Cuadro 10: “Consideraciones respecto al tratamiento del autoengaño y la mixtificación”

to, junto a qué personas”. Estas a su vez se subdividirían en otras “qué tiene ese contexto que no tenga otro” “por qué me atrae más”. La espina seguiría desmenuzándose “contexto marcado por una música, ciertos estímulos asociados “un olor”, una decoración, etc. Esta vertiente negativa se contrarrestaría desde la positiva, por ejemplo, parece que el sujeto está motivado para el tratamiento.

Más dimensión negativa: como paciente psicótico tiene tendencia a la (auto) medicación, un pensamiento subyacente al autoengaño sería “la droga me beneficia, me cura” que es un pensamiento habitual en sujetos psicóticos a los que la heroína *sienten* que les remite parcialmente los síntomas. Respecto a las relaciones, por ejemplo, tiene una novia que consume y lo niega, además sale con un amigo adicto al que no va a renunciar.

En el eje positivo notamos que tiene bastante capacidad para generar nuevas amista-

des, y –aspecto importante- es receptivo y terapéuticamente influenciable, lo cual es un buen punto de partida para neutralizar paulatinamente sus querencias.

En definitiva, primero hay que definir minuciosamente las características del problema, dibujando una espina principal para luego identificar las categorías principales añadiendo una espina por cada sucesiva inferencia lógica y directa hasta llegar a espinas finales que puedan ser abordadas con visos de resolución. Por ejemplo, si existe autoengaño en el los ámbitos relacional, de consumo, familiar, etc., se procuraría que cada respectivo ámbito formara una espina independiente.

Identificaríamos las derivaciones de cada categoría, es decir, las subdividiríamos en otras pequeñas, porque la única forma de desmontar el autoengaño es descomponiéndolo, no en una sesión ni en dos sino a lo largo del tiempo en subunidades mínimas. Cuando por fin llegamos a una unidad ele-

mental que posibilitará un trabajo eficaz sobre el autoengaño.

Según se van superando procesos de autoengaño se reelaboran nuevas espinas adecuadas a la situación evolutiva del sujeto, de manera que se ajusten objetivos y estrategias a las sucesivas etapas de tratamiento. En general bastan con tres espinas en un proceso terapéutico convencional. Se recomienda que cada espina nueva esté precedida de una evaluación IAM (inventario de autoengaño y mixtificación) para verificar avances y cotejar estancamientos.

Veamos un ejemplo para terminar: supongamos que una persona tenga autoengaño respecto a la pareja (V. Anexo 2). Comprobamos que uno de los elementos de autoengaño sería decir “*ya no consume, y si consume lo dejo*” cuya componente principal es el autoengaño propiamente dicho, es decir creer que es capaz de dejarlo. Pongamos que dicha paciente se ha enterado por otra parte

de que él consume a lo que reacciona diciendo “*consume algo pero controla*”, es decir, incorporaría un mecanismo de negación de la evidencia al que reforzaría diciendo “*tengo que cerciorarme personalmente*”. Es decir, en su fuero interno sabe que él está consumiendo pero tiene que cerciorarse, porque los sujetos autoengañados siempre tienen un punto de esperanza ciega, que acompaña a su falta de resolutiveidad. Si al final si se confirma que él está enganchado sobrevendrá una encrucijada en la que no tendrá más remedio que adoptar una determinación. Prosigamos la espina por otra parte explorando los pensamientos “*él me quiere*” “*él fue el que dijo que ingresara*” “*temo que sea él quien me deje*” (pensamiento habitual), “*lo hemos dejado más veces*” signo de reiteración : Otros pensamientos más activos son: “*le quiero*” “*me hace sentir como ningún otro hombre*” que son pensamientos bastante frecuentes en personas que padecen bidependencia o depen-

Cuadro 11: “Espina de Ishikawa”

Frases:

- 1 Definir las características del problema.
- 2 Escribir el problema y dibujar la espina principal.
- 3 Identificar las 3, 4, 5 categorías que ocasionan la aparición del problema y dibujar una gran espina para cada uno. Ej: relaciones familiares, falta de renuncias, relaciones de pareja, maquinaciones, consumir drogas diferentes.
- 4 Identificar las posibles causas de cada categoría (*se puede utilizar por ej. la tormenta de ideas*). Una causa puede estar en más de una espina.
- 5 Subdividir cada categoría principal en secundaria, ésta en terciaria y así hasta dar con unidades elementales que sean subsidiarias de resolver a corto plazo.
- 6 Contraponer a cada categoría y subcategoría una compensación antagónica de signo positivo.
- 7 Según se van superando procesos de autoengaño se reelaboran nuevas espinas adecuadas a la situación evolutiva del sujeto, precedida de un control IAM (inventario de autoengaño y mixtificación) para verificar avances y cotejar estancamientos.

Utilidad:

- 1 Determina factores involucrados en un problema.
- 2 Se puede aplicar en múltiples ámbitos.
- 3 No es cuantitativo pero aporta datos objetivos.
- 4 Se puede utilizar para analizar causas o soluciones.

dencia doble, afectiva y a drogas “*los demás hombres no me llenan*” respuesta harto frecuente, es decir, lo que podemos situar en el eje del “*le quiero*” *influye decisivamente sobre el otro eje del “me quiere”* y los dos hacen una especie de potenciación exponencial de ese autoengaño.

Veamos qué se puede hacer para contrarrestarlo; en el aspecto positivo, tenemos la evidencia de que sigue consumiendo, el equipo se lo puede exponer flagrantemente preguntando “*¿sois una pareja equilibrada pero que consume?*”

En el extremo de la espina se estima la posibilidad del reencuentro condicionado a que ambos miembros de la pareja se curen por separado, plenamente remitida la adicción. Bien, aquí volveríamos desde el eje “*me quiere*” al “*realmente no me quiere*”, el equipo puede intentar desmontar ese autoengaño aduciendo “*no te respeta, te utiliza, te maltrata, argumentos poderosos*”, hasta llegar al “*le dejas*”, pero -de otro lado- ella dice “*le quiero*” “*le quiero pero no me compensa*” uno de los muchos pensamientos que ha

tenido a veces hasta que ha vuelto. “*¡Claro, el te hace sentir y también sufrir como nadie !*” (formidable manejo del refuerzo) aunque al final siempre sufres más que sientes. Entonces debes afrontar la crisis relacional como la recaída de una adicción”!, estimando qué argumentos se pueden esgrimir.

8. PLAN TERAPÉUTICO PARA EL AUTOENGAÑO (Ver cuadros 12 y 13)

El plan se organiza en ciclos estratégicos que culminan en reevaluaciones en las que se cambian (o mantienen) las medidas terapéuticas.

Cada ciclo tiene una primera parte evaluativa multifrontal y una segunda en la que se elaboran las estrategias terapéuticas propiamente dichas.(Ver cuadro 12).

Consideraremos como anamnesis toda recogida de datos proveniente tanto del paciente como de sus allegados, entresacando la información más relevante.

Viene luego la aplicación del inventario de autoengaño y mixtificación (IAM)

Cuadro 12: “Fases del plan terapéutico para el autoengaño”

1 Evaluación del nivel de autoengaño y mixtificación

1. Anamnesis
2. Aplicación del IAM de Sirvent
3. Valoración del equipo
4. Valoración de los compañeros en actividad específica
5. Autoevaluación
6. Jerarquización de dimensiones y componentes de autoengaño

2 Confección espinas

1. Espina general
2. Espinas secundarias 1, 2, 3..., de carácter operativo
3. Desarrollo de medidas derivadas de las espinas

3 Reevaluación

1. 2ª aplicación del IAM de Sirvent
2. Valoración del equipo
3. Valoración de los compañeros en actividad específica
4. Autoevaluación
5. Jerarquización de dimensiones y componentes de autoengaño

4 Confección espinas

1. Espina general adecuada a la nueva situación
2. Espinas secundarias (LO MÁS IMPORTANTE)
3. Nuevas estrategias o mantenimiento de las antiguas

5 Repetir ciclos 1-2 hasta neutralizar las principales dimensiones y componentes (normalmente con 2-3 intervenciones basta)

INVENTARIO DE AUTOENGAÑO Y MISTIFICACIÓN (IAM)
(© Sirvent, 2007)

ESCALA GENERAL

1. VALORACIÓN GENERAL DEL AUTOENGAÑO Y LA MIXTIFICACIÓN

DIMENSIONES

- 2. AUTOENGAÑO**
- 3. MANIPULACIÓN**
- 4. MECANISMOS NEGACIÓN**
- 5. MIXTIFICACIÓN**

COMPONENTES

- 1. Insinceridad, engaño y tendencia a mentir**
- 2. Personalidad opaca**
- 3. Personalidad egoísta**
- 4. Rechazo, ofuscamiento**
- 5. Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones**
- 6. Proyección**
- 7. Pensamiento fantaseado**
- 8. Distorsión (auto)perceptiva**
- 9. Registro interesado de la realidad**
- 10. Engaño como forma de vida, apragmatismo**
- 11. Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía**
- 12. Falsa apariencia, deseabilidad social**

Cuadro13: “Escala, dimensiones y componentes del Inventario de Autoengaño y Mixtificación”

(©Sirvent 2007) (Ver cuadro 13). Se recomienda no evaluar al sujeto hasta que esté plenamente desintoxicado, perfectamente vigil y lo más estabilizado posible. Nunca se realizará antes de 8-10 días desde que empezó el tratamiento.

Obtendremos más datos de la valoración que efectúan los compañeros en actividad psicoterapéutica desprovista de inculpación. Recordemos lo importante que es para el sujeto y sus compañeros el clima terapéutico.

Completaremos estos datos con la autoevaluación del propio sujeto en torno al autoengaño, a la naturaleza de sus recaídas y la posible influencia del autoengaño en las mismas y a cuantos aspectos se consideren relevantes.

Finalmente completaremos esta primera parte con la ordenación por orden de importancia nosológica de las variables del autoen-

gaño encontradas a través de toda la evaluación multifrontal (ver cuadro 12).

A continuación confeccionaremos la espina general del autoengaño del paciente que viene ampliamente descrito en el epígrafe nº 8. Recogeremos así los principales elementos de autoengaño en espina principal señalando las categorías principales añadiendo una espina por cada sucesiva inferencia lógica y directa hasta llegar a espinas finales.

Recordaremos la importancia de plasmar las derivaciones de cada categoría subdividiéndolas en otras pequeñas hasta llegar a unidades de intervención mínimas que permitan intervenciones concretas y plausibles.

Según se van superando procesos de autoengaño se reelaboran nuevas espinas adecuadas a la situación evolutiva del sujeto, de manera que se ajusten objetivos y estrategias a las sucesivas etapas de tratamiento.

Recordemos que las espinas secundarias son las realmente operativas, las que van a servir de elemento de trabajo práctico eficaz. Se recomienda que cada espina nueva esté precedida de una evaluación IAM (inventario de autoengaño y mixtificación) para verificar avances y cotejar estancamientos. En definitiva para comprobar su curva evolutiva. Así comprobaremos si son necesarias nuevas estrategias o –por el contrario- basta con profundizar sobre las ya trabajadas.

En el cuadro 12 apreciamos que una vez terminado este primer ciclo procede una reevaluación, que tiene las mismas pautas que la anterior salvo la anamnesis, ya realizada al principio. Se confeccionan nuevas espinas repitiéndose los ciclos hasta que el sujeto neutralice lo más nocivo de su autoengaño o mantenga una funcionalidad viable terapéuticamente hablando. No hay que aspirar a corregir todos los autoengaños, sino a recuperar aquellas componentes más nocivas que le pueden conducir a sucesivas recaídas.

9. CASOS CLÍNICOS

Este apartado no hubiera sido posible sin la aportación crucial de Cruz Rivas Reguero, psicóloga.

CASO Nº 1 O. N.

Mujer de 37 años de edad, casada, tiene un hijo de 9 años. Al ingreso porta diagnóstico de dependencia de cocaína, sustancia que consume desde los 19 años. Cuando tenía 30 años fallecieron su madre y una hermana en un accidente, lo que precipitó una descompensación clínica, debutando un trastorno alimentario de tipo restrictivo, precipitándosele el consumo de cocaína: *“el camello era un conocido de toda la vida del barrio...la adquisición de la droga era fácil... a veces la pillaba y otras me la regalaba....., comencé a consumir hasta el máximo de mis posibilidades corporales”*. Sus bruscos cambios de comportamiento deterioran la relación familiar hasta que finalmente su familia se da cuenta del problema doble de O. N. con la cocaína y la alimentación. Hace cuatro años ingresa en una comunidad terapéutica en la que permanece 14 meses. Tras el alta dura aproximadamente cuatro meses abstinente, empezando a consumir cocaína de nuevo, primero de forma esporádica y luego habitualmente hasta llegar a un gramo y medio aspirado diario. Ante la imposibilidad de mantener la abstinencia en régimen ambulatorio y dado el quebranto de las relaciones familiares, se recomienda su ingreso en centro residencial cerrado.

rádica y luego habitualmente hasta llegar a un gramo y medio aspirado diario. Ante la imposibilidad de mantener la abstinencia en régimen ambulatorio y dado el quebranto de las relaciones familiares, se recomienda su ingreso en centro residencial cerrado.

PLAN TERAPÉUTICO

Anamnesis: datos más relevantes sobre autoengaño

AUTOENGAÑO al ingreso:

Refiere ingresar por voluntad propia y “tener muy claro” que quiere dejar de consumir. No sabe por qué consume *“de repente me salta el chip y el coche me lleva al poblado”*.

Falsa ilusión de control *“por una vez no pasa nada puedo dejarlo cuando quiera, me meto una raya y lo dejo”*.

Cree que tiene las estrategias necesarias para dejar de consumir

Mantiene una percepción muy sesgada de la realidad desplegando un discurso teórico desprovisto de afectividad envolviéndose en razonamientos circulares entre los que se pierde una y otra vez.

Aplicación del inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) de Sirvent, Valoración del equipo. Valoración de los compañeros en actividad específica y autoevaluación.

Se le aplicó el IAM a los 10 días del ingreso, el equipo puntuó los mismos ítems sin conocer las respuestas de la paciente. Se celebró una actividad psicoterápica pasados 21 días desde el ingreso para conocer la opinión de las compañeras.

Aunque habían pasado 10 días desde el ingreso, la paciente presentaba unas puntuaciones extremas, quizá fruto de la crisis inicial unido al exiguo autoconcepto. Se interpretaron los resultados teniendo en cuenta el criterio de los profesionales, de los compañeros en una actividad terapéutica y del inventario depurado. Se jerarquizaron así las dimensiones y componentes para trabajar con los elementos más concretos e importantes de la paciente.

Inventario autoengaño y mixtificación (IAM) (primer control)

Nombre: O. N.	CONTROL nº 1
F. Ingreso:	F. Alta: CONTINÚA TRATAMIENTO
Escala general:	MUY INTENSO
Dimensiones	
Autoengaño	MUY INTENSO
Manipulación	MUY INTENSO
Mecanismos negación	MUY INTENSO
Mixtificación	MUY INTENSO
Componentes	
Insinceridad, engaño y tendencia a mentir	MUY INTENSO
Personalidad opaca	ACUSADO
Personalidad egoísta	PRESENTE
Rechazo, ofuscamiento	MUY INTENSO
Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones	MUY INTENSO
Proyección	MUY INTENSO
Pensamiento fantaseado	MUY INTENSO
Distorsión (auto)perceptiva	MUY INTENSO
Registro interesado de la realidad	MUY INTENSO
Engaño como forma de vida, apragmatismo	MUY INTENSO
Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía	INTENSO
Falsa apariencia, deseabilidad social	MUY INTENSO

5.- Jerarquización de resultados

Los resultados resumidos por orden de importancia fueron:

(1/2) MIXTIFICACIÓN

Al ingreso refería tener clara su renuncia a la cocaína “esa puerta la tengo totalmente cerrada...siento un rechazo total hacia el consumo.

(3) DISTORSIÓN AUTOPERCEPTIVA

Al inicio tenía serias dificultades para identificar sus sentimientos y emociones, aun cuando eran claramente evidentes “no me pasa nada” “no se porque me veis mal sois muy exagerados” a través del objetivo diario que se le ha puesto es más capaz (aunque le cuesta mucho) de identificar sus emociones y hablar abiertamente sobre lo que le ocurre.

(4/5) PENSAMIENTO FANTASEADO, TENDENCIA A LA REITERACIÓN, AMNESIA SELECTIVA

Hasta hace unos meses construía su propia realidad fantaseada, fabulando historias, conversaciones y argumentos que poco tenía que ver con como ocurrió la situación en realidad, esto ocurría incluso en presencia del equipo técnico envolviéndose en argumentos y dando una visión totalmente subjetiva e irreal de lo que había ocurrido.

(6) FALSA APARIENCIA, DESEABILIDAD SOCIAL

Tiende a decir lo que los demás desean escuchar o a comportarse según lo que ella supone que se espera de ella aunque sigue manteniendo esta dinámica es capaz de reconocerlo más abiertamente sin ofuscarse y rebatir constantemente.

CONFECCIÓN ESPINAS

Espina general: confección espina de Ishikawa de O.N. (Ver esquema en anexo nº 3)

Con las aportaciones del Inventario de Mixtificación y Autoengaño, los resultados de la anamnesis y observación de la paciente en el centro y los datos recogidos en actividad terapéutica grupal sobre autoengaño elaboramos la primera espina de Ishikawa. Recordemos que en un proceso terapéutico convencional bastan por lo general con 3 espinas (por lo común precedidas de un control IMI, ver más adelante) con una separación temporal de dos a tres meses entre sí.

Empecemos con el esbozo de una espina basal que recoja los grandes ciclos vitales de recaída debida al autoengaño.

Podemos abrir una rama primaria en el polo (-) (negativo) en la que combinamos su faceta toxicofílica (buscadora de sensaciones) con la de intolerante al aburrimiento en dicha primera rama, aspectos ambos que no identifica por su personalidad mistificada (ver esquema en anexo 3). Podría conjugarse de la siguiente manera. Su intolerancia al aburrimiento junto a la faceta buscadora de sensaciones le provoca una sensación de falso control que en su fuero interno resuena como un “me pongo una vez y lo dejo”. Otra resonancia interior (“me gustan las emociones fuertes”) no accede a su conciencia. Ese sería el circuito primario de recaída por autoengaño debido a estos dos factores.

Otra espina primaria en el polo (-) vendría dada por la distorsión autoperceptiva que tiene el siguiente ciclo:

Registro interesado y sesgado de la realidad, que le lleva a proyectarse defensivamente cuando se le efectúa una objeción externa, lo que retroalimentaría indefinidamente su distorsión autoperceptiva. (ver esquema en anexo 3)

Cómo neutralizaríamos la espina del polo (-) Observemos algunas posibilidades que ubicaremos en el eje (+). Encontramos que tiene una excelente capacidad para el insight, que por una parte le enfrenta a su tendencia buscadora de sensaciones hasta darse cuenta de que no tiene la puerta cerrada. Es decir,

por primera vez toma conciencia clara de su toxicofilia sin disfrazarla de otra cosa. Por otra parte aprovechamos su buena disposición para el tratamiento y apertura para el mensaje terapéutico del equipo. Asimismo observamos que la mala autopercepción afortunadamente no es heteroperceptiva, lo que facilitará la aprehensión del mensaje terapéutico. Si a ello añadimos su capacidad intelectual y concienciación, utilizando estrategias concretas (análisis pormenorizado y terapéutico de sus recursos y dificultades, anotación crítica de su actividad, etc.) vamos poco a poco reconduciéndola hacia la objetivación autónoma de su problemática, lo que incrementaría su pragmatismo tanto valorativo como ejecutivo. (Ver esquema en anexo 3)

Espinas secundarias 1, 2, 3, ... y desarrollo de medidas derivadas de las espinas (Ver esquema en anexo nº 4)

Como observamos en la espina general, dos eran las ramas principales; una formada por el binomio intolerancia al aburrimiento-toxicofilia y otra constituida por la dispersión o registro interesado de la realidad.

Pues bien, por la importancia que tiene la primera rama, confeccionamos una espina secundaria con el factor “intolerancia al aburrimiento” bajo el aditamento de componentes de autoengaño objetivadas en el test. ¡NO OLVIDEMOS QUE EL TRABAJO PRINCIPAL SOBRE EL AUTOENGAÑO SE REALIZA SOBRE LAS ESPINAS SECUNDARIAS! (Ver anexo 4).

Observamos en el esquema que en el polo negativo figura directamente conectada a la intolerancia al aburrimiento la querencia por alternativas peligrosa, como recurrir a amistades de consumo, ir a zonas marginales, escuchar música que le situaciones toxicofílicas, etc.

El equipo le brinda un instrumento de oro para anotar, cualificando y cuantificando las contingencias asociadas al consumo mediante una minuciosa anotación de su actividad que le servirá para verificar sus progresos y de paso irse desensibilizando al respecto. También le servirá para analizar y cotejar en todo momento sus recursos y dificultades presentes.

Comprobamos asimismo en el eje superior que el equipo le brinda soporte protegido para dichas situaciones, que verbaliza, comparte y recibe el alivio y la seguridad de sus acompañantes mientras, en paralelo, se le presta especial atención a la planificación de su tiempo de ocio, dado que el equipo comprobó que ahí radicaba buena parte de esa intolerancia. Otra medida propuesta que se aplicó de inmediato fue el entrenamiento para sustituir sensación por satisfacción o –si se prefiere– cambiar estímulos placenteros intensos y agudos por otros de menor intensidad pero mayor duración y que necesita de aprendizaje en algunos casos (por ejemplo el placer estético no desarrollado requiere cierta componente cultural instructiva siempre

con intención psicoterápica, no académica)

En el eje positivo inferior tenemos su perfecta conciencia de ser una buscadora nata de sensaciones que neutraliza el autoengaño consciente pero puede alimentar inconscientemente la búsqueda de excusas indirectas (por ejemplo) para recurrir al consumo. Su excelente motivación para el tratamiento es otro factor a tener en cuenta, ya que nos permitirá “apretar” un poco más sin que el sujeto se resienta y abandone.

Tres son los elementos concurrentes en este eje, la ya referida agenda de autorregistro, la psicoterapia individual convencional que incluirá un apartado para esto y la psicoterapia del autoengaño grupal en la que se manejan dimensiones y componentes.

**IAM inventario de autoengaño y mixtificación -
comparación de escalas y componentes (comparación controles)**

Nombre: O.N		COMPARACIÓN CONTROLES 1, 2 y 3	
F. Ingreso:		F. Alta: CONTINÚA TRATAMIENTO	
<u>Escala general:</u> MUY INTENSO	CONTROL 1	CONTROL 2 -	CONTROL 3 -
	Fecha:	Fecha:	Fecha:
<u>DIMENSIONES</u>			
Autoengaño	MUY INTENSO	INTENSO	PRESENTE
Manipulación	MUY INTENSO	INTENSO	INTENSO
Mecanismos negación	MUY INTENSO	INTENSO	PRESENTE
Mixtificación	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
<u>Componentes</u>			
Insinceridad, engaño y tendencia a mentir	MUY INTENSO	MUY INTENSO	INTENSO
Personalidad opaca	ACUSADO	PRESENTE	AUSENTE
Personalidad egoísta	PRESENTE	PRESENTE	AUSENTE
Rechazo, ofuscamiento	MUY INTENSO	PRESENTE	AUSENTE
Amnesia selectiva, reiteración, evitar asociaciones	MUY INTENSO	INTENSO	INTENSO
Proyección	MUY INTENSO	INTENSO	INTENSO
Pensamiento fantaseado	MUY INTENSO	INTENSO	INTENSO
Distorsión (auto)perceptiva	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Registro interesado de la realidad	MUY INTENSO	ACUSADO	ACUSADO
Engaño como forma de vida, apragmatismo	MUY INTENSO	INTENSO	PRESENTE
Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía	INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Falsa apariencia, deseabilidad social	MUY INTENSO	INTENSO	INTENSO

Con esos recursos, y aprovechando su buena capacidad de insight vamos logrando sucesivas tomas de conciencia (que luego apreciaremos en el 2º control del IAM) hasta que –incidiendo en los recursos terapéuticos antes referidos- llegamos a la toma de conciencia de sus límites y adquisiciones de forma pragmática y realista.

Convergemos así con la intervención proveniente del primer eje al objetivo final cual es el incremento de la tolerancia al aburrimiento.

REEVALUACIÓN

Aplicación del IAM de Sirvent. Valoración del equipo. Valoración de los compañeros en actividad específica y autoevaluación

Se le volvió a aplicar el IAM a los 3 y a los 6 meses desde el ingreso, con idéntica rutina: el equipo puntuó los mismos ítems sin conocer las respuestas de la paciente, y de nuevo se celebró una actividad psicoterápica para cotejar la opinión de las compañeras

En el IAM que podemos observar más abajo comprobamos el notable progreso que ha efectuado O. N., observándose un interesante escalonamiento que consideramos muy terapéutico, ya que no suele ser fiable que un elemento de autoengaño con elevada puntuación se neutralice completamente en apenas tres meses. Componentes que se han adquirido durante años tardan meses, incluso años en desaparecer, y hasta es posible que se mantengan indefinidamente si el sujeto no está por la labor del cambio.

Así vemos que las dimensiones de autoengaño van decreciendo hasta desaparecer en mixtificación, personalidad opaca y egoísta, rechazo y ofuscamiento, distorsión autoperceptiva, y coraza defensiva.

Sigue el problema en grado intenso en manipulación (tendencia caracterial), insinceridad, tendencia a repetir en los mismos errores, proyección, pensamiento fantaseado y deseabilidad social.

Examinaremos luego los resultados jerarquizados según determinó el equipo en consideración a los resultados del IAM y las estimaciones de profesionales y compañeras.

5.- Jerarquización de resultados

Los resultados resumidos por orden de importancia fueron:

(1/2) MIXTIFICACIÓN

Pasados unos meses y una vez trabajadas las primeras espinas de Ishikawa (ver en esquema “personalidad mixtificada”, comprobamos que es capaz de percibir de forma más realista su vida con una visión más objetiva de la relación con su marido asumiendo, que son necesarios cambios cualitativos profundos en su relación de pareja.

Poco a poco, especialmente en el último mes y medio fue descubriendo su fuerte atracción hacia el estilo de vida asociado al consumo. Antes era tan intenso su autoengaño que no reparaba en su talante buscador de sensaciones y su renuncia poco clara a la sustancia. Una frase suya compila lo anterior “me doy cuenta de que creía que tenía la puerta cerrada y muy abajo en mi cuerpo y ahora creo que la tengo en la garganta y totalmente abierta”.

Este descubrimiento de sí misma le ha provocado un intenso bloqueo emocional con incremento del niveles de angustia que expresa del siguiente modo “me siento totalmente bloqueada y no se por donde tirar”. Esta situación estima el equipo que es transicional y propia del insight, de hecho cuando escribo estas líneas parece que va superando sin mayores problemas tanto el bloqueo afectivo como la tensión asociada.

Reconocimiento de su secuencia de recaída: lo que para ella antes era un impulso inconsciente “de repente el coche me llevaba hasta el poblado” ha pasado a ser una secuencia reconocible y consciente.

La secuencia según identifica la propia paciente es la siguiente:

Monotonía (mala tolerancia al aburrimiento) →

Empiezo a urdir como engañar a mi marido →

Recrearse en torno a la idea de arreglarse y pasar por el poblado (anticipación y sensación de euforia) →

Autoengaño: “por una vez no pasa nada, yo controlo, pillo un poco y me voy” —→

Descontrol en el consumo y recaída —→

(3) DISTORSIÓN AUTOPERCEPTIVA

Su inicial dificultad para identificar sentimientos y emociones ha ido neutralizándose poco a poco. Aun hay muchas parcelas en las que no tiene una visión clara de cómo es y cuales son sus limitaciones y recursos reales confundiendo sus deseos con la realidad (ver 2ª parte de la espina de Ishikawa en el esquema general del caso O.N. en anexo).

(4/5) PENSAMIENTO FANTASEADO, TENDENCIA A LA REITERACIÓN, AMNESIA SELECTIVA

Inicialmente tenía una percepción fantaseada de la realidad, fabulando y tergiversando cosas. Ahora es capaz de detectarlo. Al día de hoy es más capaz de detectar estas secuencias y reconocerlas sin justificarlas cuando el otro se lo señala, sin contradecirlo sistemáticamente como hacía antes.

(6) FALSA APARIENCIA, DESEABILIDAD SOCIAL

Antes tendía a decir lo que los demás deseaban oír. Aunque sigue manteniendo esta dinámica es capaz de reconocerlo más abiertamente sin ofuscarse ni rebatir constantemente.

Espinas secundarias :

La dinámica sería la misma del epígrafe anterior para la intolerancia al aburrimiento. En el caso que nos ocupa se mantuvieron estrategias a lo largo de todo el tratamiento diferenciando el nivel para lograr que su principal causa de recaída (búsqueda de sensaciones e insoportabilidad del vacío o aburrimiento) quedara definitivamente neutralizada.

AUTOENGAÑO: situación actual
(5 meses de tratamiento):

Actualmente ha tomado conciencia de que no tiene la puerta cerrada a la cocaína

Detección de su carácter toxicofílico, lo que le lleva a buscar hiperestimulación en el proceso de consumo y no tanto en el consumo en sí: “*me aburro fácilmente y necesito emociones inmediatas*”.

El tomar conciencia de su autoengaño ha desembocado en una crisis y una sensación de inseguridad y bloqueo con la que estamos trabajando en el momento actual.

Reconocimiento de sus procesos de autoengaño con la sustancia, reflexionando exhaustivamente sobre sus dinámicas comportamentales y comentándolas abiertamente con su marido.

Reconocimiento del autoengaño en torno a su relación de pareja (“*aunque ahora se que es mentira sigo creyendo que mi pareja me daría una tercera oportunidad*”).

Necesidad de cambios en sus relaciones de pareja, importancia de la negociación para buscar puntos de encuentro.

CASO Nº 2 L. I.

Porta diagnóstico de dependencia de alcohol (bebedora solitaria) y trastorno depresivo concomitante. Refiere ingresar exclusivamente bajo presión familiar “*yo me encuentro perfectamente pero accedo a venir para que se queden tranquilos porque tienen miedo que recaiga y también por reafirmarme yo, para que vean que soy capaz de ponerme en tratamiento*”.

Dice que en casa siempre fue normal “*tomar el aperitivo*” y desde los 19 años lo tomaba con su madre. Matrimonio a los 28 años “*Ahora me doy cuenta que me casé por inercia, dejándome llevar... A su marido no le gustaba salir. Empieza a beber algún vino “por soledad y aburrimiento” mientras cocinaba y cuando salía para “vencer la timidez”. Poco a poco empieza a incrementar el consumo en casa, “él no lo sabía, aunque sí notaba que por la noche estaba rara”* (contrastándolo con su marido este nos comenta que desde hace tiempo sabía que bebía aunque en aquellos momentos no lo veía como algo problemático).

A los 40 años decide separarse le cuenta que bebía en casa (2-3 vinos), Después per-

manece 6 años con sus dos hijos varones, la sensación de soledad se incrementa y el consumo también. Entabla otra relación de pareja con un sujeto bebedor con el que sigue en la actualidad.

Un día bebe tanto que llega a perder el conocimiento permaneciendo ingresada 10 días en Neurología (2003). Tras este episodio permanece abstinente durante 9 meses. Volvió a beber *“poco a poco por aburrimiento pensando que no me hacía daño tomar un vino o una caña”*. *“Mis hijos me notaban rara pero creo que no se daban mucha cuenta”*.

En el 2006 sufre otra caída tras perder el conocimiento. Está 8 días ingresada en Psiquiatría. Nada más salir vuelve a beber. Desde hace un año comienza a incrementar el consumo. El 30 de noviembre ingresa en una clínica psiquiátrica (en régimen semiabierto) donde permanece aproximadamente un mes.

PLAN TERAPÉUTICO

Anamnesis: datos más relevantes sobre autoengaño

AUTOENGAÑO al ingreso:

Refiere ingresar por un periodo máximo de un mes presionada por su familia, *“en realidad no necesito ingresar, solo cambiar mi vida, reiniciarla con otro rumbo y para eso me basto sola. Si acepto ingresar es porque mi familia se empeñó”*. Entiende que bastan unos días en el centro para reflexionar un poco y de paso contentar a su familia.

Minimiza tanto su problema con el alcohol como su conflictividad familiar.

Minusvalora también los problemas con el alcohol de su pareja *“él bebe pero mucho menos que yo y además controla”*.

Creencia de que solo es necesario dejar de beber (restando importancia a su hipoasertividad y a la depresión asociada) afirmando que le resultará fácil hacerse cargo del negocio familiar y asegurando que es eso lo que necesita (cuando nunca ha trabajado ni tampoco ha llevado un negocio sola).

Expresa temor a que los demás la señalen como alcohólica *“si alguien se entera me muero de vergüenza”*.

Problemas de asertividad, actitud pasiva y evitativa hacia los problemas.

Mantenimiento de una relación pasiva y acomodaticia con su ex-pareja *“no aguanto que me controle y maneje mi vida”* → intentos de independencia frustrados → merma de la autoestima.

Aplicación del inventario de autoengaño y mixtificación (IAM) de Sirvent, Valoración del equipo. Valoración de los compañeros en actividad específica y autoevaluación

Se le aplicó el IAM a los 8 días del ingreso, el equipo puntuó los mismos ítems sin conocer las respuestas de la paciente. Se celebró una actividad psicoterápica pasados 18 días desde el ingreso para conocer la opinión de las compañeras.

Al igual que en el caso de O. N, B.S. presentaba unas puntuaciones extremas. Se interpretaron los resultados teniendo en cuenta el criterio de los profesionales, de los compañeros en una actividad terapéutica y del inventario depurado. Se jerarquizaron así las dimensiones y componentes para trabajar con los elementos más concretos e importantes de la paciente.

Jerarquización de resultados

Los resultados resumidos por orden de importancia fueron:

(1) FALSA APARIENCIA, DESEABILIDAD SOCIAL

“Si se enteran de que bebo me muero”, *“no digo lo que pienso por temor a defraudar, caer mal....”* B.S. representa perfectamente la combinación de hipoasertividad con un bagaje alto de deseabilidad social (ver primer apartado), lo que se traduce en elevadas puntuaciones tanto en la dimensión autoengaño como en esta componente de deseabilidad social.

(3/4) MIXTIFICACIÓN

Ingresó sin convicción, exclusivamente por la presión familiar ejercida. Ella tenía

Inventario autoengaño y mixtificación (IAM) (primer control)

Nombre: B.S.	
F. Ingreso: 31/01/07	F. Alta: CONTINÚA TRATAMIENTO
<u>Escala general</u>	INTENSO
<u>Dimensiones</u>	CONTROL 1 – Fecha: 22/01/07
Autoengaño	MUY INTENSO
Manipulación	PRESENTE
Mecanismos negación	MUY INTENSO
Mixtificación	MUY INTENSO
<u>Componentes</u>	
Insinceridad, engaño y tendencia a mentir	INTENSO
Personalidad opaca	PRESENTE
Personalidad egoísta	MUY INTENSO
Rechazo, ofuscamiento	MUY INTENSO
Amnesia selectiva, reiteración, insensibilidad de la atención, evitar asociaciones	PRESENTE
Proyección	MUY INTENSO
Pensamiento fantaseado	MUY INTENSO
Distorsión (auto)perceptiva	MUY INTENSO
Registro interesado de la realidad	INTENSO
Engaño como forma de vida, apragmatismo	PRESENTE
Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía	INTENSO
Falsa apariencia, deseabilidad social	MUY INTENSO

claro que no iba a beber nunca más y su objetivo era pasar en el centro 15 días para *reflexionar* sobre la razón de su consumo (buscando factores o acontecimientos externos. de su pasado).

Ella “estaba *fuerte y decidida*” a dejar de beber.

Según ella su pareja “*bebía lo normal pero controlaba y no tenía un problema con el alcohol*”.

(5) PERSONALIDAD EGOISTA

Tenía una elevada puntuación y su actitud y comportamiento al principio eran congruentes con ese egoísmo que le hacía de ir por libre, mirar solo su beneficio y no hacer por los demás más de lo estrictamente necesario.

(6) PROYECCIÓN

También puntuaba elevado en este apartado. Mantenía discursos defensivos del tipo “estoy aquí porque así mi familia se queda tranquila y porque son unos exagerados”.

(7) DISTORSIÓN AUTOPERCEPTIVA

Se manifestaba en varios ámbitos, por ejemplo respecto al consumo afirmaba que nunca llegó a emborracharse, en la falta de asertividad con su marido también relativizaba el problema asegurando “*no es que no me atreva a decirle la verdad es que no era el momento*”.

8) MECANISMOS DE NEGACIÓN

Niega taxativamente sus dificultades para aceptar una renuncia total al alcohol a aceptarlas y asumir que su pareja es alcohólica.

6. Confección espinas

6.1.- Espina general: confección espina de Ishikawa de O.N. (Ver esquema en anexo nº 4)

Es importante observar la alta deseabilidad social de la paciente y lo vulnerable que es a la presión social, con apremiante e ineludible necesidad de mantener su imagen externa.

Por otra parte su situación vital es frágil y alienante. Depende económicamente de su ex marido que además le merma su autoestima culpándola de todo y diciéndola que sin el no va a ningún lado, que no tiene donde caerse muerta.

De añadidura su pareja es alcohólico y mantienen un peligroso e irreal proyecto de vida (¿Dónde van a ir si los dos están enfermos?). (Ver anexo 4)

En la vertiente positiva encontramos que es asertiva y sobre todo tiene capacidad para progresar, mostrando cada vez más firmeza personal, lo que junto a su capacidad de análisis y la adquisición paulatina de una conciencia del problema más realista, han abocado a una situación afortunadamente mucho mejor que la que tenía al ingreso.

Sus razonamientos actuales nada tiene que ver con los que portaba al ingreso. (ver anexo 4)

Secuencia de recaída:

Reunión social → hago como que bebo y me mojo los labios → bebo la copa (“por una vez no pasa nada”) → tomo varias copas → “mañana lo dejo”

TRABAJO TERAPEUTICO CENTRADO EN DESMONTARLE SU AUTOENGAÑO. PERMITIENDO TAMBIÉN UN TRABAJO EN ASERTIVIDAD Y SU COMPROMISO PERSONAL CON EL TRATAMIENTO.

PASO DE UNA ACTITUD PASIVA A UN COMPROMISO ACTIVO CON LOS CAMBIOS PROPUESTOS.

REEVALUACIÓN

Aplicación del IAM de Sirvent, Valoración del equipo. Valoración de los compañeros en actividad específica y autoevaluación

Se le volvió a aplicar el IAM a los 3 y a los 6 meses desde el ingreso, con idéntica rutina: el equipo puntuó los mismos ítems sin conocer las respuestas de la paciente, y de nuevo se celebró una actividad psicoterápica para cotejar la opinión de las compañeras.

En el IAM que podemos observar más abajo comprobamos una formidable progresión, que se pone de manifiesto en la dimensión mixtificación y en las componentes insinceridad, personalidad opaca y egoísta, rechazo, tendencia a repetir errores, proyección, distorsión autoperceptiva, registro interesado de la realidad, engaño como forma de vida y coraza defensiva.

Aún mantiene el problema en grado intenso en deseabilidad social (caballo de batalla) y curiosamente en las tres dimensiones autoengaño, manipulación y mecanismos de negación, pero el progreso –como se puede observar– es evidente.

Jerarquización de resultados

Los resultados resumidos por orden de importancia fueron:

(1) FALSA APARIENCIA, DESEABILIDAD SOCIAL

Poco a poco a través del trabajo específico (espina, cotejo grupal, objetivos y estrategias individualizadas, supervisión técnica, etc.) va siendo capaz de decir lo que piensa, manteniéndose firme ante los demás (es su objetivo diario). Aunque le cuesta mucho va dando pequeños pasos, lo que incrementa la seguridad en sí misma, su autoconfianza. De hecho ha decidido quedarse más tiempo ya que aprecia la importancia de seguir incidiendo en este punto enfrentándose incluso a su marido que creía que era mejor que empezara a trabajar inmediatamente. Ha analizado sus procesos de recaída en los que interviene la presión social, el temor a que piensen que es alcohólica.

IAM inventario de autoengaño y mixtificación - comparación de escalas y componentes (comparación controles)

Nombre: B.S.	COMPARACIÓN CONTROLES		
F. Ingreso:	F. Alta: CONTINÚA TRATAMIENTO		
Escala general: MUY INTENSO	CONTROL 1	CONTROL 2	CONTROL 3
	Fecha:	Fecha:	Fecha:
<u>DIMENSIONES</u>			
Autoengaño	MUY INTENSO	ACUSADO	PRESENTE
Manipulación	PRESENTE	PRESENTE	PRESENTE
Mecanismos negación	MUY INTENSO	INTENSO	PRESENTE
Mixtificación	MUY INTENSO	PRESENTE	AUSENTE
<u>Componentes</u>			
Insinceridad, engaño y tendencia a mentir	INTENSO	PRESENTE	AUSENTE
Personalidad opaca	PRESENTE	PRESENTE	AUSENTE
Personalidad egoísta	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Rechazo, ofuscamiento	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Amnesia selectiva, reiteración, evitar asociaciones	PRESENTE	AUSENTE	AUSENTE
Proyección	MUY INTENSO	INTENSO	AUSENTE
Pensamiento fantaseado	MUY INTENSO	INTENSO	PRESENTE
Distorsión (auto)perceptiva	MUY INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Registro interesado de la realidad	INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Engaño como forma de vida, apragmatismo	PRESENTE	AUSENTE	AUSENTE
Coraza defensiva, rigidez mental, desconfianza, misantropía	INTENSO	ACUSADO	AUSENTE
Falsa apariencia, deseabilidad social	MUY INTENSO	INTENSO	INTENSO

(3/4) MIXTIFICACIÓN

A lo largo del tratamiento fue capaz de admitir ante los demás y sobre todo ante si misma que el alcohol seguía (y seguiría gustándole). También aceptaba la necesidad de cambios personales, dándose perfecta cuenta de que su pareja es un alcohólico, aspecto este que ella siempre trivializaba restándole importancia. Actualmente aun no tiene claro si va a dejarle pero es consciente de que mantener la relación supone un riesgo para su abstinencia, desmontando el discurso de “entre los dos nos daremos fuerza para superarlo”.

Verbalizó pormenorizada y explícitamente los problemas de relación y carácter de su

marido; su sensación de estar atrapada en una “jaula de oro” (depende económicamente de él, le paga todos los gastos y el piso) y sus deseos de avanzar para ser una persona independiente.

(5) PERSONALIDAD EGOISTA

Pasó de “ir por libre”, mirar solo su beneficio y no hacer por los demás más de lo estrictamente necesario” a preocuparse por los demás hasta el punto de que la responsabilidad de acogidas es la que más le gratifica y que ha ayudado a ducharse y cambiarse a alguna compañera con limitaciones físicas “algo que no hice nunca ni siquiera por mi madre”.

(6) PROYECCIÓN

Pasó del aserto “estoy aquí porque así mi familia se queda tranquila y porque son unos exagerados” —————> “estoy aquí porque soy alcohólica”.

(7) DISTORSIÓN AUTOPERCEPTIVA

Ya no esconde sus dificultades aceptando sus limitaciones sin ocultarlas, hablando y asumiendo su pasado y sus engaños sin justificarlos “estaba un poco alegrilla” —————> “estaba totalmente borracha”.

“no es que no me atreva a decirle la verdad es que no era el momento” —————> “no me atrevo”.

(8) MECANISMOS DE NEGACIÓN

Ha pasado de negar sus dificultades para aceptar una renuncia total al alcohol a aceptarlas y asumir que su pareja es alcohólica aunque es en este punto donde encuentra más dificultades minimiza la importancia de la renuncia a su pareja.

“mi pareja no tiene problemas con el alcohol —————> “es un alcohólico”.

AUTOENGAÑO: situación actual

Reconocimiento de la necesidad de un

trabajo exhaustivo en asertividad y firmeza personal. Va logrando avances y se objetiva una mayor firmeza personal.

Cambio de objetivo “no es que no quiera beber nunca más es que no puedo hacerlo aunque ahora soy capaz de reconocer ante mi misma y los demás de que me va a seguir gustando”. Compromiso con la abstinencia a largo plazo (“Antes lo que hacía es posponer durante un tiempo el próximo consumo aunque quisiera hacer cree a los demás...y a mi misma que era definitivo”).

Reconocimiento de los problemas con el alcohol de su pareja actual y de los riesgos que esta relación supone para su abstinencia “le quiero pero se que no me conviene”.

Reconocimiento de la necesidad de cambios en la relación con su ex-pareja asumiendo que la independencia va a ser un proceso largo, costoso y determinado por sus cambios personales.

Ampliación de plazos dentro del tratamiento, valoración de un proceso más largo que le permita cambios profundos.

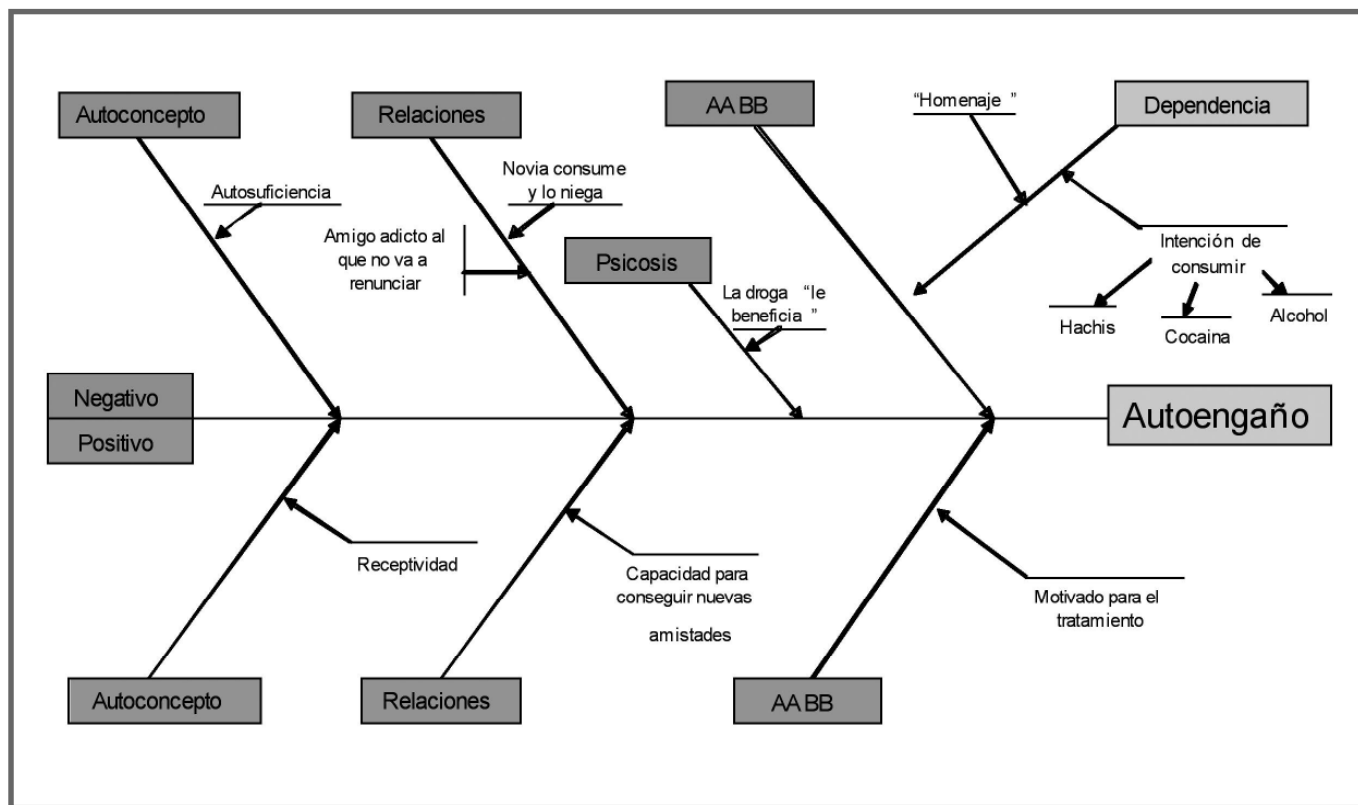
Mayor confianza en si misma con un afrontamiento más activo de situaciones.

Reconocimiento de que es ella la que tiene que cambiar para poder cambiar las relaciones con el entorno y su dinámica vital.

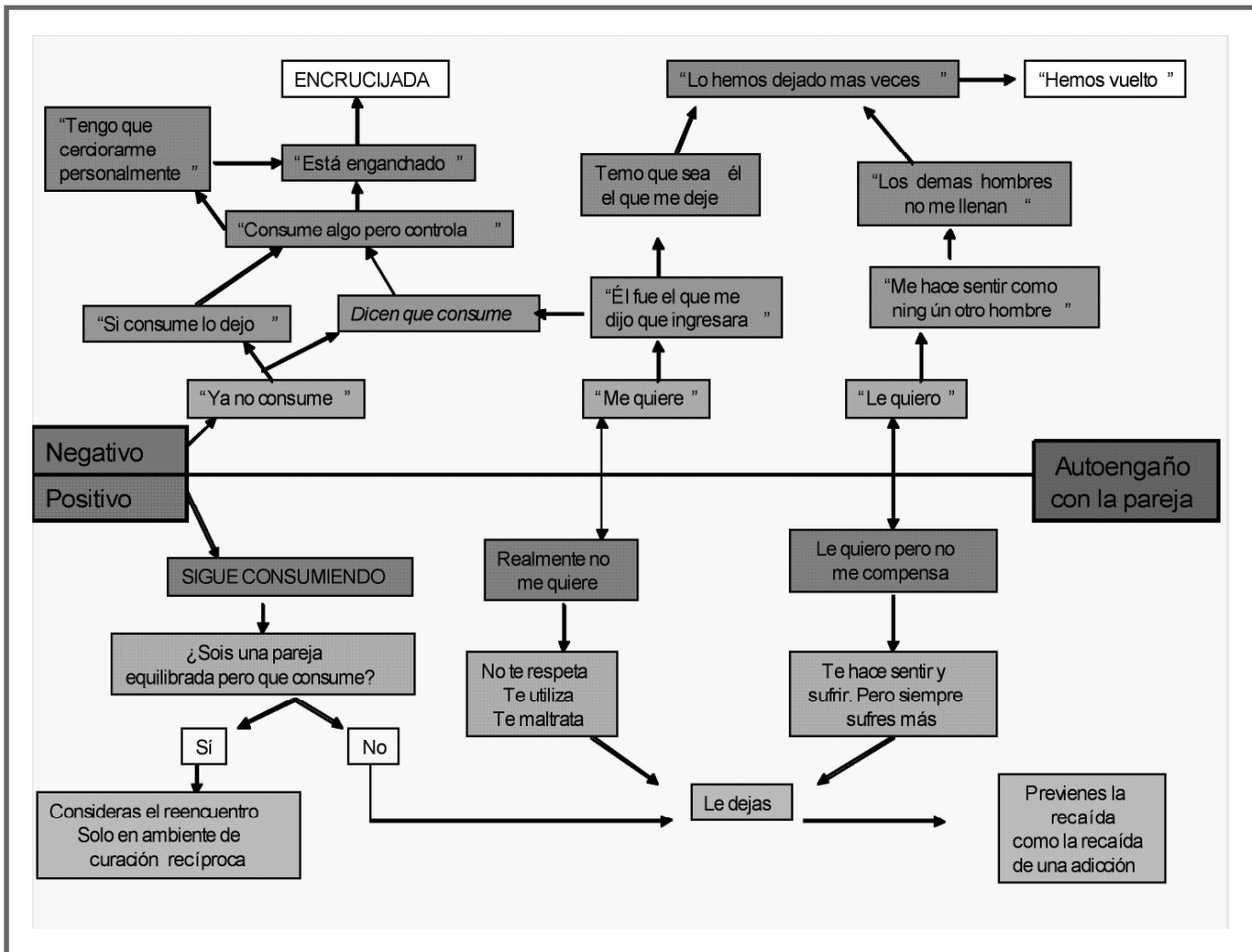
Análisis de sus procesos de recaída (minimización de un consumo, temor al rechazo, “por una vez no pasa nada”).

ANEXOS

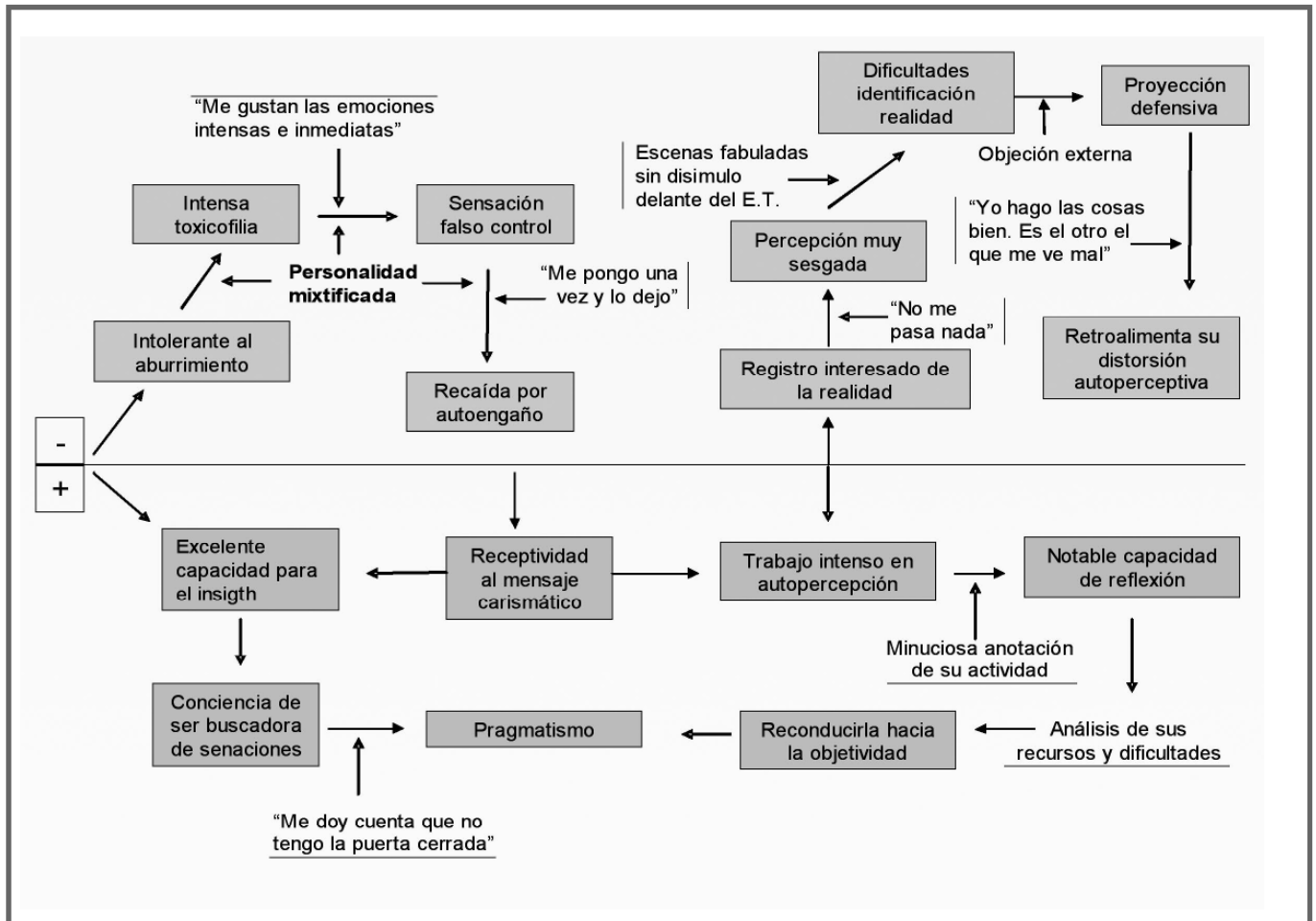
Anexo 1: *Diagrama de Ishikawa o de espina de pescado (adaptado por Carlos Sirvent, 2007)*



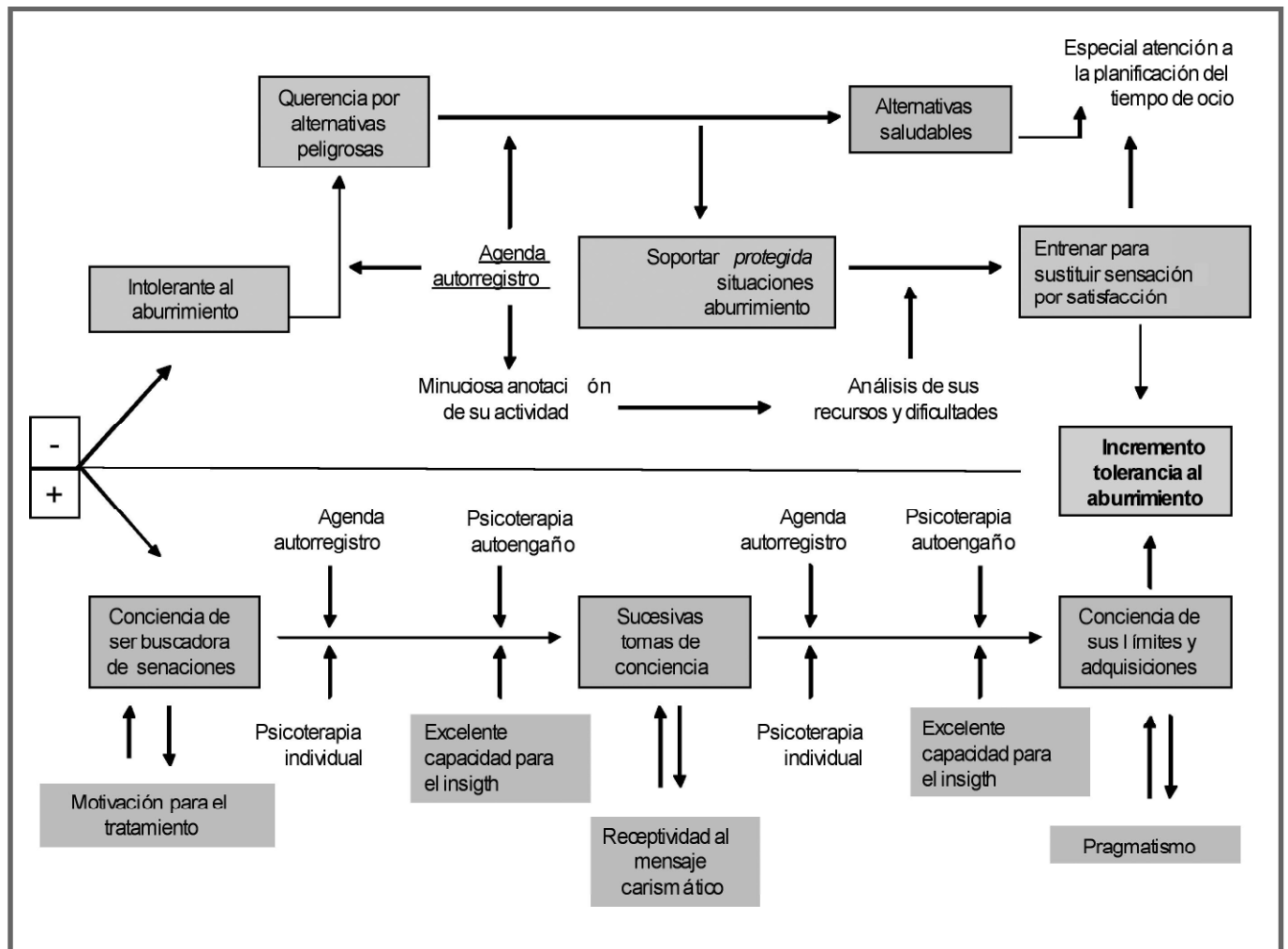
Anexo 2: “Ejemplo de autoengaño en diagrama de Ishikawa”



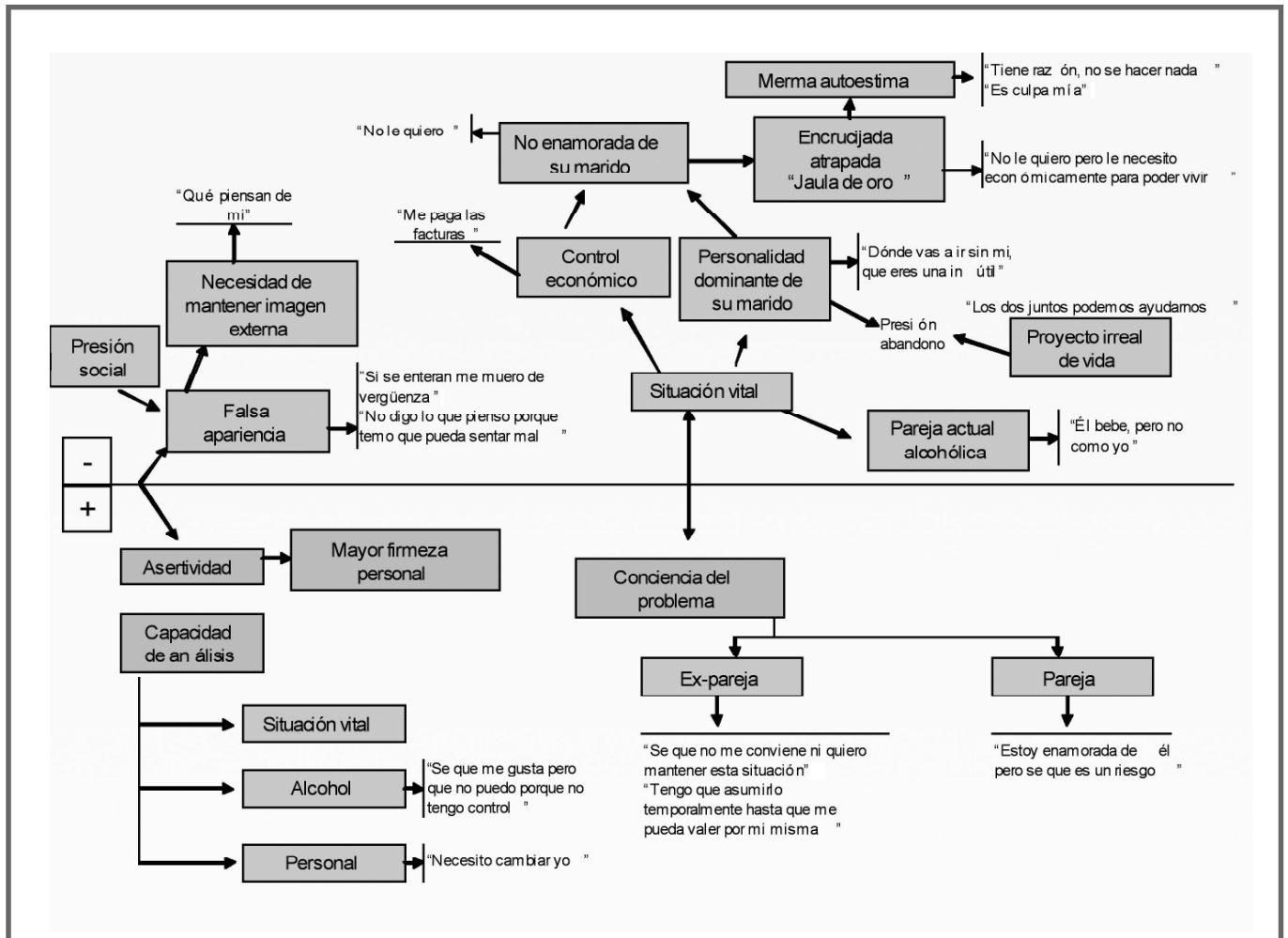
Anexo 3: “Espina general toxicofilia y dispercepción O. N.”



Anexo 4: “intolerancia al aburrimiento O. N.”



Anexo 5: "Caso B.S."



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CYR, M-F. *¿Verdad o mentira? Los cuatro códigos para detectar el engaño*. Paidós. 2005.

J LE GOFF. Entrevista en V.V.A.A. en “Los tiempos del presente”, Valladolid. Cuatro. pp60-61. 2000

HIPONA, AGUSTÍN DE OBRAS, *Madrid BAC*, 1954pp, (Sobre la mentira y contra la mentira, 527-607.)

MARTÍNEZ SELVA, J.M. *La Psicología de la Mentira*. Paidós. 2005

YALING YANG; ADRIAN RAINE; TODD LENCZ; SUSAN BIHRLE; LORI LACASSE; PATRICK COLLETTI. “Materia blanca prefrontal en los mentirosos patológicos”. (Prefrontal white matter in pathological liars.) *British journal of psychiatry*. oct;187:320-325. 2005

PORCEL MEDINA, MANUEL Y RUBÉN GONZÁLEZ FERNÁNDEZ, DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN LABORAL DE LA UNIÓN GENERAL DE TRABAJADORES. Centro Privado de Atención Psicológica “El engaño y la mentira en los trastornos psicológicos y sus tratamientos. Infocop. *Papeles del Psicólogo*, 2005. Vol. 26, pp. 109-114

GOLEMAN, D. EL PUNTO CIEGO. *Psicología del Autoengaño*. Plaza & Janés. 1997.

SIRVENT RUIZ, CARLOS. “Autoengaño y adicción”. *Revista Norte de Salud Mental*. Bizcaia. nº 26, pp 39-49 Noviembre 2006

ERASMO. “El epicúreo”, Barcelona, *Salvat* 1986 pp 223-229

CATALÁN, M. *El prestigio de la lejanía*, Barcelona, Ronsel, 2001.

BETTETINI, M. *Breve Historia de la Mentira*. De Ulises a Pinocho. Cátedra, colección Teorema. 2002.

CARDANO, G. Y OTROS. *Sobre la mentira*. Cuatro Ediciones. 2001.

CATALÁN, M. *Antropología de la mentira*. Del Taller de Mario Muchnik, 2005.

QUIÑONES, ALVARO. “Significado Social y Viabilidad Emocional Narrativa”. *Revista de Terapia Cognitiva*. 2005

SALGADO, JESÚS F. “Personalidad y deseabilidad social en contextos organizacionales: implicaciones para la práctica de la psicología del trabajo y las organizaciones”. Universidad de Santiago de Compostela. *Papeles del Psicólogo*, Vol. 26, pp. 115-128, 2005.

SAMOSATA, LUCIANO DE. “El aficionado a la mentira” e “Historia verdadera”, *Obras*, Madrid, Gredos, 1981-1992 tomos I-IV

SIRVENT RUIZ, C. M. *Dialéctica entre la teoría y el método en el tratamiento de las adicciones*. Jornadas de Socidrogalcohol. Burgos, 1991.

SIRVENT RUIZ, C. M. *La mentira transformada* 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2007

BLANCO ZAMORA, LÓPEZ PÉREZ Y SIRVENT RUIZ, C.M. *Psicopatología del autoengaño* 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2007

SIRVENT RUIZ, C.M. *Mentira, autoengaño, adicción y diferencias de género*. III Symposium Nacional de Adicción en la Mujer. Madrid 2007

SULLIVAN, E. *El pequeño gran libro de la mentira*. Paidós. 2003.

REFERENCIAS COMPLEMENTARIAS

GEARY, JAMES. *The awful truth about lying*. Time Europe Vol. 155 Issue 10, p49.2000.

JERVIS, ROBERT. *Understanding Beliefs*. Political Psychology, Vol. 27 Issue 5, p641-663.2006.

JOHNSON, EDWARD A. *Self-Deceptive Coping: Adaptive Only in Ambiguous Contexts*. Journal of Personality, Vol. 63 Issue 4, p759-791.1995.

LEVINE, SAUL. *The Self-Deceptions and Misconceptions of Psychiatrists, Psychologists, and other Mental Health Professionals*. Adolescent Psychiatry, Vol. 27, p325-343.2003

MAR, RAYMOND A.; DEYOUNG, COLIN G.; HIGGINS, DANIEL M.; PETERSON, A JORDAN B. *Self-Liking and Self-Competence Separate Self-Evaluation From Self-Deception: Associations With Personality, Ability, and Achievement*. Journal of Personality, Vol. 74 Issue 4, p1047-1078.2006.

- McKAY, RYAN; LANGDON, ROBYN; COLTHEART, MAX. "Sleights of mind": Delusions, defences, and self-deception. *Cognitive Neuropsychiatry*, Vol. 10 Issue 4, p305-326.2005.
- MELE, ALFRED R. *Twisted self-deception*. *Philosophical Psychology*, Vol. 12 Issue 2, p117-137.1999.
- MONTs, J. KENNETH; ZURCHER JR., LOUIS A.; NYDEGGER, RUDY V. *Interpersonal Self-Deception and Personality Correlates*. *Journal of Social Psychology*, Vol. 103 Issue 1, p91.1977.
- NICHOLS, DAVID S.; GREENE, ROGER L. *Dimensions of Deception in Personality Assessment: The Example of the MMPI-2*. *Journal of Personality Assessment*. Vol. 68 Issue 2, p251. 1997.
- NEDERHOF, ANTON J. *Methods of coping with social desirability bias: a review*. *European Journal of Social Psychology*, Vol. 15 Issue 3, p263-280.1985.
- NEWMAN, LEONARD S. *Motivated Cognition and Self-Deception*. *Psychological Inquiry*, Vol. 10 Issue 1, p59, 5p.1999.
- PARMAR, NEIL. *Crying Wolf*. *Psychology Today*. Vol. 37 Issue 4, p13-14. 2004.
- SHAPIRO, DAVID. *On the Psychology of Self-Deception*. *Social Research*, Vol. 63 Issue 3, p785-800.1996.
- SMITH, DAVID LIVINGSTONE. *Natural-Born Liars*. *Scientific American Mind*, Vol. 16 Issue 2, p16-23.2005.
- STANFORD, REX G. *Deception and Self-Deception: Investigating Psychics* (Book Review). *Journal of Parapsychology*, Vol. 64 Issue 2, p213. 2000.
- STAREK, JOANNA E.; KEATING, CAROLINE F. *Self-Deception and Its Relationship to Success in Competition*. *Basic & Applied Social Psychology*, Vol. 12 Issue 2, p145-155.1991.
- VERKASALO, MARKKU; LINDEMAN, MARJAANA. *Personal ideals and socially desirable responding*. *European Journal of Personality*, Vol. 8 Issue 5, p385-393.1994.
- VON HIPPEL, W. *Self-serving bias and self-deception*. *Australian Journal of Psychology, Supplement*, Vol. 55, p66-66.2003.
- WINTERS, JASON; CLIFT, ROBERT J. W.; DUTTON, DONALD G. *An Exploratory Study of Emotional Intelligence and Domestic Abuse*. *Journal of Family Violence*, Vol. 19 Issue 5, p255-267. 2004.
- ADLER, J. E., "Lying, deceiving, or falsely implicating", *Journal of Philosophy*, Vol. 94 (1997), 435-452.
- AQUINAS, T., ST. "Question 110: Lying", in *Summa Theologiae* (II.II), Vol. 41, Virtues of Justice in the Human Community (London, 1972).
- AUGUSTINE, ST. "On Lying" and "Against Lying", in R. J. Deferrari, ed., *Treatises on Various Subjects* (New York, 1952).
- BOK, S., LYING. *Moral Choice in Public and Private Life*, 2d ed. (New York, 1989).
- CHISHOLM, R. M., AND T. D. FEEHAN. "The intent to deceive", *Journal of Philosophy*, Vol. 74 (1977), 143-159.
- DAVIDS, P. H., BRUCE, F.F., BRAUCH, M.T., & W.C. KAISER. *Hard Sayings of the Bible* (InterVarsity Press, 1996).
- FLYVBJERG, B., "Design by Deception." *Harvard Design Magazine*, no. 22, Spring/Summer 2005, 50-59. [1]
- FRANKFURT, H. G., "The Faintest Passion", in *Necessity, Volition and Love* (Cambridge, MA: CUP, 1999).
- FRANKFURT, HARRY. *On Bullshit* (Princeton University Press, 2005)
- KANT, I., Groundwork of the Metaphysics of Morals, The Metaphysics of Morals and "On a supposed right to lie from philanthropy", in *Immanuel Kant, Practical Philosophy*, eds. Mary Gregor and Allen W. Wood (Cambridge: CUP, 1986).
- LAKOFF, GEORGE. *Don't Think of an Elephant*, (Chelsea Green Publishing, 2004).

MAHON, J. E. "Kant on Lies, Candour and Reticence", *Kantian Review*, Vol. 7 (2003), 101-133.

MAHON, J. E. "Lying", *Encyclopedia of Philosophy*, 2nd ed., Vol. 5 (Farmington Hills, Mich.: Macmillan Reference, 2006), p. 618-19

MAHON, J. E. "Kant and the Perfect Duty to Others Not to Lie", *British Journal for the History of Philosophy*, Vol. 14, No. 4 (2006), 653-685.

MANNISON, D. S. "Lying and Lies", *Australasian Journal of Philosophy*, Vol. 47 (1969), 132-144.

SIEGLER, F. A., "Lying", *American Philosophical Quarterly*, Vol. 3 (1966), 128-136.

NOTAS

(1) La palabra autoengaño forma parte del imaginario social más oneroso.

(2) Otras denominaciones son: Sinceridad, Distorsión

Motivacional, Simulación, Virtudes Infrecuentes y Distorsión de la Respuesta.

(3) El vocablo humbug viene a significar paparrucha y quien la emite intenta que sus palabras transmitan una determinada impresión de sí mismo. Lo que le importa es lo que el interlocutor piense de él. El humbugging se diferencia de la mentira aunque el emisor de la paparrucha da una versión tergiversada de sí mismo, en cambio la mentira tergiversa la realidad y también su estado de ánimo.

Sin embargo la palabra bullshit estaría más próxima a la fabulación, incluso al pensamiento pseudológico. El bullshitter pretendería convencer antes que mentir. Harry Frankfurt en su libro "On Bullshit" (2005), sugiere que mentir y "bullshitting" no son lo mismo. Un mentiroso quiere esconder la verdad pero debe tenerla siempre en cuenta para que al menos no se le vaya a escapar por accidente. Sin embargo, el "bullshitter" se muestra indiferente ante la verdad. A él no le importaría si, por casualidad, sus declaraciones llegaran a ser veraces (Enciclopedia Wikipedia).

(4) La mentira genera ansiedad, bien por remordimiento, bien por el esfuerzo de distinguirla de la verdad y encima recordarla. Cuanto más se miente mayor es el esfuerzo recordatorio y la ansiedad acumulada.