

Tratamiento de la dependencia emocional en la mujer

Jorge Castelló Blasco (Psicólogo)

Antes de comenzar a exponer el tratamiento de la dependencia emocional, convendría detenernos brevemente en lo que entendemos por ella. La dependencia emocional es la necesidad excesiva de tipo amoroso que una persona siente hacia otra, generalmente en el contexto de una relación de pareja, y la tendencia de dicha persona a establecer en su vida este tipo de comportamiento. Dos aspectos característicos emergen de esta aseveración: en primer lugar, que la necesidad es excesiva y que por tanto no se reduce a la propia de una relación amorosa; en segundo lugar, que dicha necesidad es de carácter afectivo y no de otro tipo (pensemos en el clásico “trastorno de la personalidad por dependencia”, en el que la indecisión y la sensación de inutilidad o desvalimiento personal es lo que une a la persona de la cual se depende).

En esta conferencia hablaré de la dependencia emocional en la mujer (también la encuadraré en el contexto de una relación heterosexual para no hacer la exposición farragosa), sin olvidarnos de que es un fenómeno existente también en varones aunque en menor medida. Aunque sería objeto de otro trabajo, es oportuno señalar que en los varones frecuentemente se da de una manera camuflada, constituyendo así una forma atípica¹ de dependencia emocional basada en la dominación hacia la pareja y en un desprecio o negación de los sentimientos hacia ella.

Volviendo a la dependencia emocional estándar, que es la que aparece generalmente en mujeres y también en varones, paso a describir las características de las personas que la padecen (en adelante me referiré en femenino a los dependientes emocionales por centrarse este trabajo en la mujer):

- Se aferran obsesivamente a la persona de la cual dependen.
- Continuamente están con su pareja o bien la están llamando por teléfono, enviando mensajes al móvil, etc. Quieren acceso constante hacia ella.

- Como sucede en otras adicciones, el objeto de la misma tiene la exclusividad en la vida de la dependiente emocional, de tal forma que los amigos y amigas dejan de existir, la familia cuenta cada vez menos, el tema de conversación favorito es la pareja, etc.
- La ruptura amorosa es tan temida que en los casos de dependencia emocional grave no se tiene en cuenta, ni siquiera si hay menosprecio grave, deterioro manifiesto de la relación e incluso malos tratos, tanto psíquicos como físicos. La relación sólo se romperá si lo promueve el compañero, y por nefasta que haya sido esta relación la dependiente emocional intentará una y otra vez reanudarla, llegando hasta extremos que pueden resultar patéticos para el entorno.
- La dependiente emocional idealiza a su pareja, es justo lo contrario de lo que piensa de sí misma. Utilizando una expresión coloquial bastante gráfica, “se queda con la boca abierta” cada vez que ve a su compañero sentimental.
- Estas mujeres tienen tendencia a sintomatología ansiosa y depresiva, agudizada hasta extremos psicopatológicos relevantes en caso de ruptura. Éste suele ser el motivo de consulta más frecuente.
- Suelen escoger como parejas a varones más bien narcisistas, egoístas, con gran seguridad en sí mismos y que se desenvuelven bien con el entorno. A su vez, éstos se encuentran con su complemento perfecto con este tipo de mujeres.
- Se someten a sus compañeros, negándose sus preferencias, sus decisiones y sus intereses. Todo gira en torno al varón, al compañero.
- De todo lo anterior se desprende que las relaciones sentimentales son claramente desequilibradas, asimétricas.
- En caso de ruptura, saltan de una relación a otra lo antes posible. Si esto sucede, la pareja anterior que era el centro de la existencia deja de tener importancia, para ocupar este papel el nuevo compañero.
- Realmente no quieren a su pareja, la necesitan.
- No soportan la soledad, la viven con intenso agobio y malestar.

- Su autoestima es muy deficiente, el centro de su existencia es el compañero, al que se le encumbra hasta límites insospechados.
- Las dependientes emocionales suelen tener una historia de carencias afectivas importantes por parte de la familia, del entorno o de ambos. No están acostumbradas a ser queridas de verdad. No obstante, continúan buscando satisfacciones emocionales en su entorno sin desvincularse de los demás o sin que aparezca una reacción caracterológica de desconfianza u hostilidad, por ejemplo.

En un artículo anterior² defendí la conceptualización de la dependencia emocional como un trastorno de la personalidad, dado que cumple con todos los requisitos que los actuales sistemas nosológicos exigen.

Después de clarificar el término, continuamos con el tema objeto de este trabajo: el tratamiento de esta problemática. Desde mi posición, abogo por un punto de vista integrador en cualquier tratamiento de trastornos mentales y de la personalidad. Integrar significa considerar todas las dimensiones relevantes del ser humano, en especial aquellas que estén afectadas por la patología o problema en cuestión, utilizando todas las herramientas disponibles. Integrar significa también considerar a dicho ser humano como algo más que la suma de sus dimensiones: biológica, cognitiva, afectiva, interpersonal, psicodinámica y conductual; es más, obtener resultados terapéuticos positivos en una de estas dimensiones mejorará también otras (un antidepresivo puede mejorar la neurotransmisión, ésta a su vez mejorar el ánimo, con lo que el sujeto puede retomar las amistades que tenía; una intervención psicológica encaminada a la modificación de cogniciones disfuncionales puede corregir las mismas, y como consecuencia de ello el sujeto ampliará su repertorio conductual realizando actividades nuevas fuera de casa, y consecuencia de ello también incrementará su autoestima, su red de relaciones sociales, dejará de utilizar mecanismos de defensa perjudiciales, etc.).

Lo que a continuación voy a sugerir como pautas de tratamiento debe interpretarse en primer lugar como sugerencias, nunca como una receta a seguir al pie de la letra, y partiendo de la base de una formación adecuada en psicoterapia que enriquecerá las mencionadas sugerencias. La flexibilidad del terapeuta y la individualización del tratamiento son aspectos básicos que todos debemos tener presente, recordemos que no hay enfermedades sino enfermos.

En segundo lugar es importante pensar en dichas pautas como referidas a la dependencia emocional grave en tanto paradigma de este fenómeno psicopatológico; por esto, será necesario realizar los debidos ajustes si hay problemas adicionales, si la magnitud de la dependencia es leve (por ejemplo, aquí no cabrá esperar carencias afectivas tempranas tan fuertes o no será necesario romper una relación de pareja porque posiblemente no sea tan asimétrica), si se produce alguna forma atípica o si hay comorbilidad.

Para abordar la totalidad del ser humano recorreremos las diferentes dimensiones o áreas relevantes del mismo y propondremos intervenciones encaminadas a modificar los posibles desajustes. El orden de las citadas dimensiones no implica necesariamente que se trabaje con una después de haber terminado con la anterior, se puede intervenir en varias simultáneamente si el terapeuta lo considera oportuno. En este caso es un orden lógico pero también motivado por dar una especie de estándar, en aras de una mejor exposición.

En primer lugar expondré muy brevemente lo que implica la dimensión objeto de estudio, para a continuación centrarme en la intervención que a mi juicio se debería realizar dentro de la misma en la mujer dependiente emocional.

DIMENSIÓN BIOLÓGICA

De las alteraciones de esta dimensión deben ocuparse los profesionales de la psiquiatría, teniendo presente que cualquier intervención de tipo biológico mejorará también el resto de las dimensiones

como la cognitiva o la afectiva (por ejemplo), produciéndose este fenómeno también en sentido contrario por tratarse el ser humano de un organismo biopsicosocial. El psiquiatra también puede derivar a otro especialista si detecta que alguna enfermedad orgánica está incidiendo negativamente en el tratamiento.

En cuanto a la dependencia emocional se refiere, principalmente habrá que intervenir en la dimensión biológica si se producen comorbilidades con otros trastornos del Eje I. Dichas comorbilidades se dan más frecuentemente con patologías ansioso-depresivas, por lo que la prescripción de antidepresivos especialmente y de ansiolíticos circunstancialmente (cuidado con añadir un nuevo problema en forma de dependencia de benzodiazepinas) puede ayudarnos a mejorar el ánimo de estos sujetos y a intervenir mejor con ellos. No obstante, sabiendo que un trastorno del Eje II como la dependencia emocional está detrás de esta sintomatología, es de esperar que los psicofármacos exclusivamente no sean suficientes para ayudar a la paciente.

DIMENSIÓN PSICODINÁMICA

No entiendo esta dimensión atendiendo a los postulados de cualquier escuela del psicoanálisis (sabiendo las diferencias que existen entre cada una de ellas), sino en un sentido lato que posiblemente compartiría la práctica totalidad de psicoterapeutas y estudiosos del funcionamiento mental. Desde mi punto de vista, la dimensión psicodinámica de cualquier sujeto estudiaría cualquier tipo de proceso mental no consciente (que no significa reprimido) como los mecanismos de defensa, las estrategias de afrontamiento o las motivaciones subyacentes a algún tipo determinado de comportamiento (tales como los beneficios secundarios). También estudiaría el origen y la evolución de las distorsiones cognitivas o de las pautas de relación interpersonales, porque nos llama la atención que desde diferentes escuelas –sobre todo la cognitiva- no se atiende a este importante fenómeno considerando las distorsiones cognitivas como algo que aparece de repente sin saber bien por qué, y que simplemente hay que erradicar. La dimensión psicodinámica del sujeto nos recuerda que pocas cosas surgen por azar o porque sí, y en cierta medida nos obliga a

comprendernos mejor a nosotros mismos, a sondear biográficamente en nuestras experiencias vitales, circunstancias y relaciones interpersonales significativas (familia, amigos, compañeros de colegio, etc.) cómo se han ido forjando rasgos de personalidad, distorsiones cognitivas, pautas de interacción disfuncionales, etc. En definitiva, atender la dimensión psicodinámica de una persona que viene a nuestra consulta es analizarla exhaustivamente, conocerla a fondo, dar una coherencia a su problemática y en general a los aspectos más relevantes de su personalidad, entender sus porqués (por qué se comporta de esa manera, por qué acostumbra a hacer tales distorsiones cognitivas, por qué se concibe de esa manera a sí misma, por qué acostumbra a tener un determinado tipo de relaciones interpersonales, etc).

Ni que decir tiene que la dimensión psicodinámica será básica en los trastornos de la personalidad o en cualquier otro problema de carácter, y no nos olvidemos que la dependencia emocional entra en este grupo.

En muchas directrices para el tratamiento de patologías e incluso de trastornos de la personalidad se propone intervenir en el “aquí y ahora”. Yo estoy de acuerdo con esta propuesta en cuanto a que el pasado no puede ser lo prioritario en el conjunto de un tratamiento psicoterapéutico si queremos resolver problemas presentes, pero no por esto se debe menospreciar o desatender este análisis del sujeto que nos dará tanto a los terapeutas como sobre todo a los pacientes un *modelo de enfermedad* al que aferrarnos. Por ejemplo, una dependiente emocional puede quererse muy poco por tener claro que es una persona que simplemente vale menos, o que no es merecedora de cariño (algo muy habitual); profundizando en su dimensión psicodinámica comprenderá que su falta de autoestima se debe más a carencias del entorno que a cualquier defecto personal. Esto por sí mismo puede modificar sustancialmente el tratamiento, aunque el autoconocimiento es insuficiente si no se acompaña de una reestructuración en las dimensiones afectadas del sujeto.

Se pretende entonces dar un modelo de enfermedad (o si lo preferís una comprensión de su problemática) a la mujer dependiente emocional, vinculando experiencias adversas con su sufrimiento actual, manifestado principalmente por la baja autoestima y el establecimiento de pautas de interacción disfuncionales como la sumisión y la idealización. No obstante, este necesario recorrido biográfico no debe desviarnos del “aquí y ahora”, ámbito fundamental del tratamiento de la dependiente emocional, por lo que no debe llevarnos mucho tiempo y limitarse a los aspectos más significativos de su vida. Normalmente, la dependiente emocional es consciente de la importancia que su infancia y juventud han tenido en su vida y en su problemática, muchísimo más cuando hablamos de dependencia emocional grave.

La comprensión de los mecanismos de defensa y cualquier otro proceso inconsciente, en caso de que se utilicen, se nos muestra como otro aspecto fundamental dentro de la mencionada dimensión psicodinámica. El bloqueo afectivo es uno de los más utilizados y aparece con relativa frecuencia, mucho más en la dependencia emocional leve o en formas atípicas incluso.

El bloqueo afectivo es una reacción más o menos pasajera que un sujeto dependiente emocional puede tener tras una ruptura, es como una “coraza” o protección caracterológica fundamentada en una mayor seriedad en las relaciones interpersonales, en evitar contactos íntimos, en no pasar de la superficialidad en las interacciones llegando incluso a la antipatía. Una de las prioridades del tratamiento es erradicar este o cualquier otro mecanismo, por lo que se propondrá de acuerdo con la paciente reducir o eliminar la “coraza”. Comenzaremos por fundamentarle adecuadamente esta medida, basándola en que procediendo de esta forma será más ella misma y dispondrá de mayor suministro y apoyo emocional. Conviene después, de acuerdo a lo expuesto en torno a proporcionar un modelo de enfermedad, encontrarle un sentido a este bloqueo afectivo. Como suele ocurrir tras relaciones amorosas rotas o frustradas, no será difícil hacerle ver a la paciente que se ha comportado de esta forma para protegerse de otro golpe emocional.

El procedimiento de erradicación del bloqueo afectivo se establecerá en forma de trabajo diario, si es necesario con ejemplos o registros escritos del mismo como forma de interiorización de un nuevo hábito y también como una autoimposición, para fijar una obligación (“hoy no he cumplimentado el registro”). Los ejemplos pueden realizarse con cualquier persona, siendo importante que la paciente reconozca cuándo y con quién lleva a cabo el bloqueo afectivo para así no utilizarlo. Al principio puede resultar difícil, pero al encontrarse con una respuesta positiva del entorno se dan cuenta de que van por el camino correcto. Éste es un ejemplo de cómo intervenir en la dimensión psicodinámica de una mujer dependiente emocional, además de realizar un breve recorrido biográfico para dar un modelo de enfermedad, una coherencia a su vida y a su padecimiento actual.

El trabajo diario aparecerá en más ocasiones y es importante para generalizar los aprendizajes y las propuestas de la psicoterapia; de lo contrario, al tratarse de patología de la personalidad y de hábitos interiorizados de larga data, conseguiremos pocos resultados. De todo esto se desprende que la motivación de la paciente y el que esté involucrado en la terapia es trascendental para un buen proceso y desenlace de la misma.

DIMENSIÓN INTERPERSONAL

Para trabajar adecuadamente en este ámbito es preciso analizar y modificar, si corresponde, las relaciones significativas actuales de la paciente. Partimos de la base de que se ha realizado ya un trabajo en su dimensión psicodinámica para comprender el proceso de adquisición y mantenimiento de las pautas de interacción disfuncionales. En la comprensión de estas causas, en forma de interiorización de pautas y reacciones, nos basaremos para fundamentar la conveniencia de la modificación de las mismas. Es como afirmar que ciertas formas de proceder sobre los demás (objeto de la dimensión interpersonal del individuo) ya no se justifican con las circunstancias actuales, aunque sí a lo mejor lo estaban en su tiempo por las pretéritas. Todo esto se puede

explicitar con afirmaciones como “te comportas con tu pareja de la misma forma sumisa que con tus padres” o “te has pasado la vida buscando el cariño de los demás y te has olvidado de ti misma”.

La intervención en la dimensión interpersonal dependerá del momento de la vida de la paciente en el que nos visite. Describiremos las peculiaridades de cada uno de estos momentos en forma de etapas, siendo conscientes de que la paciente nos puede llegar a la consulta en cualquiera de ellas y por tanto con frecuencia no controlaremos el siguiente proceso en su totalidad:

a) La paciente está inmersa en una relación patológica de pareja. Es necesario sobre todo analizar dicha relación para calificarla o no de patológica, con mucho cuidado e incluso con la participación del compañero para observar su personalidad y las interacciones que se producen entre ambos. Después se propondrá a la paciente o bien la modificación de dicha relación, contando con el acuerdo de la otra parte, o si no es posible se puede prescribir la ruptura. En caso de producirse, la modificación debe basarse en el respeto y equilibrio que tiene que presidir cualquier relación amorosa. En ocasiones podemos contar con el apoyo de la pareja, sobre todo en casos de dependencia emocional leve en los que el objeto no es necesariamente narcisista o explotador. Pero la realidad es que la mujer, cuando acude a consulta en este momento, es porque sabe sobradamente que por su salud psíquica –como mínimo- tiene que abandonar la relación y no encuentra fuerzas para ello. Nuestro trabajo es, entonces, convencerle de la necesidad de esta decisión y continuar con la siguiente etapa.

b) Ya se ha producido la ruptura o la paciente viene a la consulta después de la misma, quizá con una descompensación psicopatológica. Debemos tener presente que la ruptura puede ser provocada por ella misma, por ejemplo siguiendo nuestras indicaciones de la etapa anterior, o lo que es mucho más frecuente, que la lleve a cabo la otra persona. Lo esencial aquí es apoyar a la paciente en este trance: aunque posiblemente reconozca que su pareja le estaba haciendo daño y aprovechándose de ella, si el caso es de dependencia emocional grave preferiría de todas formas continuar con la

relación. Debemos, desde la serenidad y la imparcialidad, apoyar la ruptura como lo más recomendable en una relación patológica (es importante señalar esto reiteradas veces) en la que realmente no existía reciprocidad de cariño; en definitiva tenemos que convencer a la paciente de que es lo mejor que le ha podido ocurrir, aunque no se lo crea. Seguramente su entorno coincidirá con nuestras apreciaciones.

Mientras se continúa profundizando en temas como la historia personal de la paciente, la interacción con su expareja, etc., se prescribirá una abstinencia total de contacto, por sutil que éste sea, con la misma. Habrá que advertir que estos momentos serán especialmente duros por nefasta que haya sido la relación. Tenemos que informar de que este auténtico “síndrome de abstinencia” se da en muchas personas tras una ruptura, pero que en la dependencia emocional como su propio nombre indica es mucho mayor por su intolerancia a la soledad y por sus necesidades afectivas. Aquí se manifiesta el carácter adictivo de esta problemática. Para que se supere este proceso debemos insistir en la abstinencia, en que no llame con cualquier excusa a su ex-pareja, en que se quiten poco a poco fotos de la cartera, se guarden sus recuerdos, etc. De lo contrario siempre existirá esa esperanza y la referencia continua al compañero, y esto es la esencia de la dependencia emocional: necesitar al otro olvidándose de que uno mismo también existe.

También es importante y muy complicado de conseguir, por los mismos motivos anteriormente expuestos, que no se inicie una relación con una nueva persona hasta que no se haya avanzado un poco en la terapia. Sería como saltar de un problema a otro, porque la mujer dependiente emocional todavía no ha adquirido nuevas pautas de interacción más adaptativas y sanas, con lo que tendríamos otra relación patológica en marcha. Además, la concatenación de relaciones amorosas intensas sin apenas un mínimo proceso de duelo suele ser desastrosa para ambos componentes.

c) En esta última etapa nos encontramos con la paciente sola, vacía, buscando desesperadamente otra persona si es que entra en este momento en el tratamiento (de lo contrario ya le habríamos prescrito que no es recomendable hacerlo durante un cierto tiempo). También puede ocurrir que

entre en tratamiento inmersa en una relación, pero que sea equilibrada y por tanto que no sea necesario romperla o modificarla. No obstante, ésta es una posibilidad que hay que considerar más por la teoría que por la práctica. La cuestión es que tendremos que pasar progresivamente del apoyo y contención en la ruptura, abstinencia, etc., a trabajar más intensamente en todas las dimensiones del sujeto para conseguir una modificación de todos sus malos hábitos, en el sentido más lato del término. La dependiente emocional debe alcanzar en este momento una cierta capacidad para estar sola. A lo mejor pocas veces le ha sucedido esto, con la consiguiente pérdida de identidad y autoestima en su necesidad sumisa del otro. Al mismo tiempo se le puede proponer que cultive antiguas amistades o que tenga nuevas, pero evitando como ya hemos dicho precipitarse en una nueva relación de pareja.

En estos momentos quizá desconocidos de soledad la dependiente emocional debe empezar a conocerse y a estar poco a poco mejor consigo misma, aspecto fundamental para la salud mental de cualquier persona. Suele suceder que la paciente tenga un miedo o intolerancia atroz a la soledad, pero lo cierto es que con seguridad tampoco habrá probado la experiencia. Hace falta que tenga apoyo del entorno, de amigos y el nuestro, para que progresivamente se adapte a una soledad que tenemos que proponer como temporal, hasta que adquiera formas de relacionarse más sanas. Todo esto es importante que la paciente lo comprenda bien para que no se sienta dominada u obligada a hacer algo que no desea, sin su colaboración pocas cosas podremos hacer.

Lo importante es que la dependiente sepa que a partir de estos momentos cualquier mejora de su problema pasa inexorablemente por un *cambio de actitud* con respecto a sí misma y hacia los demás. El cambio de actitud con respecto a los demás es el perteneciente a la dimensión interpersonal, por lo que ahora nos detendremos en él. Debe empezarse por la familia y sobre todo por las amistades. Analizando estas interacciones (para esto será necesario tomar notas con ejemplos de las mismas entre otras medidas) nos encontraremos con que la mujer dependiente emocional suele ser invasiva, pretende la exclusividad, que se la escuche y que se la atienda en todo momento, le gustan las relaciones con una sola persona porque es mucho más fácil así “no

perderse” en la multitud, etc. En definitiva, su baja autoestima y sus altas necesidades afectivas producen que sus interacciones se basen en solicitar algo de los demás: compañía, escucha y consuelo de sus problemas.

El primer cambio a proponer en este sentido es normalizar más estas situaciones, explicándole a la paciente con delicadeza que las pautas de interacción deben siempre ser simétricas y fundamentadas en el equilibrio, en la reciprocidad. Por tanto, habrá que realizar progresivamente en la terapia (insistiendo una vez más en el trabajo diario fuera de las sesiones como fundamental para la instauración de nuevos hábitos) modificaciones en diferentes sentidos: tolerar la negativa de las amistades si éstas no pueden atender en un momento concreto a la paciente, dar además de recibir, promover la empatía y el interés hacia el otro intentando que sea ella misma la que adopte también actitudes de escucha y sensibilidad ante los problemas de los demás, etc. Son ejemplos de cambios de actitud concretos ante el entorno próximo que deberemos planificar individualizadamente y contando siempre con el acuerdo de la paciente.

Aquí operará un cambio en dos ámbitos, el del entorno y el de la paciente misma. El entorno verá con mucho agrado que la persona cambia para bien, que no es tan agobiante ni está tan centrada en sí misma. Debemos ponernos en el lugar de estas personas porque todos buscamos una reciprocidad, y con una dependiente emocional grave sólo haríamos que acompañarlas, escucharlas, darles cariño, pero al final nos cansaríamos de estar dando continuamente y de no recibir nada. Quizá intentaríamos contarle alguna alegría o noticia y nos encontraríamos con que no nos hace caso o continúa con sus demandas: todo esto es lo que hay que modificar. De la misma forma, la dependiente emocional observará que se comporta de una manera más normal y que recibe un mayor apoyo de la gente. También se dará cuenta de que las relaciones entre las personas se fundamentan en el equilibrio, en la reciprocidad, algo que para cualquiera es una obviedad pero que para ellas no lo es tanto.

Una vez se haya avanzado en este terreno, habrá que insistir especialmente en el cambio de pautas en las relaciones de pareja. Es indispensable una preparación suficiente en este sentido antes de empezar una hipotética nueva relación, porque debe hacerlo “con buen pie”. Esta preparación puede hacerse utilizándose retrospectivas de relaciones anteriores de pareja, sondeando cómo se empezó mal con ella, qué comportamientos como los de sumisión y descuido de las propias necesidades se llevaron a cabo con el único propósito de agradar. Recalcar una y otra vez que debe existir simetría en ambos componentes de la pareja, que el amor y la entrega deben ser mutuos, que el interés por verse y estar juntos debe equilibrarse. Insistir en que sin esto es difícil ser feliz.

Si pensamos que la dependiente ya está preparada para llevar una nueva relación, podemos recomendarle que lo haga si es que lo desea, por supuesto. Para esto, es trascendental que la nueva pareja de la paciente no vea ante sí a una persona que se somete continuamente, que renuncia a sus derechos y a satisfacer sus gustos por contentarla. Tenemos que animar a la dependiente emocional a contenerse en su afán desmedido del otro, a tolerar los momentos en los que esté sola (en esto ya se habrá avanzado por el tiempo que habrá estado sin pareja, si se ha dado este caso) concienciándole de que esa excesiva necesidad es perjudicial y que paradójicamente, con la sumisión no consigue amor sino dominación. Podemos recordar también cómo le ha ido en este sentido en sus relaciones pasadas.

En este punto (inicio de una nueva relación de pareja) el control del terapeuta debe ser grande y estar atentos a los desequilibrios que puedan producirse. Incluso puede pensarse en citar ocasionalmente a ambos miembros de la pareja para buscar la colaboración del nuevo compañero.

Es importante señalar también la cuestión de la elección de objeto, que como se puede comprender es fundamental para los cambios de actitud que estamos promoviendo. Como paralelamente a todo el trabajo propuesto para la dimensión interpersonal estaremos trabajando la autoestima, es de esperar que ya no idealice y se fascine tanto con personas tan autoencumbradas. A medida que la autoestima mejora, poco a poco uno empieza a buscar personas que sean más recíprocas, que

correspondan más afectivamente, que sean similares y no que se crean superiores; es como si se equilibrara una balanza emocional en el sujeto y en su elección de objeto. No obstante, el psicoterapeuta deberá también estar muy atento ante las nuevas parejas de la dependiente emocional.

DIMENSIÓN AFECTIVA

La dimensión afectiva es la que regula el estado de ánimo, la sensación de bienestar o malestar generales que uno tiene con respecto a sí mismo. Incluye toda la gama de estados anímicos relevantes en el sujeto (tristeza, alegría, ira, ansiedad, felicidad, satisfacción, desesperación...), presididos por la autoestima. Para conseguir mejoras en el ámbito afectivo de cualquier persona, y en concreto para incrementar su autoestima, debemos contar con sus dos fuentes principales: la externa y la interna. Pasemos a concretar estas ideas en el tratamiento de la mujer dependiente emocional.

En cuanto al suministro afectivo externo (se supone que suministro de carácter positivo) sería deseable contar con una relación de pareja equilibrada, siempre y cuando la paciente esté preparada para ella en la forma que hemos indicado. Además hay que contar con el apoyo emocional que la persona recibirá de su entorno (mucho más si se produce el cambio de actitud hacia él del que antes hemos hablado) y del propio psicoterapeuta, que debe cuidar especialmente su función de contención, calidez y empatía.

No obstante, la dimensión afectiva de la dependiente emocional está también alterada gravemente en cuanto a su suministro interno, porque no se quiere, así de simple y así de doloroso al mismo tiempo. Podemos añadir que además de no quererse se puede despreciar o cuanto menos minusvalorar. El trabajo exitoso con la paciente pasa necesariamente por la implementación de nuevas pautas de interacción, como ya hemos visto, pero pasa también por el aumento de la autoestima, de ese suministro afectivo interno de carácter positivo del que tan desprovista está.

Aquí debemos diferenciar el autoconcepto, que eventualmente podrá trabajarse dentro de la dimensión cognitiva del sujeto, de la autoestima. Esta diferenciación debemos matizarla a la paciente y tenerla en cuenta también nosotros, porque nos puede confundir un autoconcepto correcto y ajustado a la realidad. El autoconcepto es la idea racional que tenemos sobre nosotros mismos y nuestra valía en diferentes aspectos. En algunos casos, sobre todo los más graves, suele estar menoscabado y distorsionado, lo que requerirá como ya hemos dicho un trabajo específico.

Sin embargo, la autoestima es mucho más, es lo que gobierna gran parte de nuestro comportamiento y de nuestros sentimientos, lo que determina si somos felices del todo o no, si somos capaces de disfrutar o sólo de pasar el rato. Es el sentimiento, el cariño que tenemos hacia nosotros mismos incondicionalmente como personas, con independencia de cómo seamos. Está claro que el autoconcepto positivo o la suma de méritos que se valoran socialmente (posición, belleza física, inteligencia, títulos académicos, profesión, simpatía, don de gentes, prestigio, fama, dinero, etc.) son una contribución a dicho sentimiento, pero realmente son sólo un ingrediente del amor incondicional que debemos profesarnos hacia nosotros mismos.

Es frecuente, sobre todo en la dependencia emocional leve, que el autoconcepto no esté distorsionado pero que la autoestima sea baja, a esto debemos estar muy alertas porque nos puede confundir. Por ejemplo, podemos preguntarle a la paciente cómo se considera o cómo se define a sí misma. Puede ocurrir que se considere como una persona inteligente, que tiene dinero y prestigio profesional y que además es atractiva físicamente. Si cometemos el error de despachar aquí el apartado de “autoestima” no formularíamos una pregunta específica como: “Sí, pero a pesar de eso, ¿te sientes bien, a gusto contigo misma?, ¿crees que eres una persona digna de ser querida?”, a lo que esta misma paciente puede respondernos: “Pues no, no me gusta nada y creo que nadie me va a querer de verdad jamás”, o algo similar. Sería un ejemplo de cómo un autoconcepto positivo puede encubrir una carencia básica de autoestima, de suministro interno positivo, aunque si dicha carencia es muy grande puede arrastrar también al autoconcepto. Resumiendo, el autoconcepto es algo

principalmente racional en cuanto a una descripción o enumeración de aspectos positivos y negativos de uno mismo; mientras que la autoestima es más emocional, una serie de sentimientos que nos dirigimos continuamente hacia nosotros mismos.

La dependiente emocional se desprecia a sí misma y por eso dirige sus necesidades afectivas únicamente a un suministro externo, que necesita ver como superior o “salvador” y al que se aferra obsesivamente. Por eso no soporta la soledad, porque no recibe el suministro afectivo interno o autoestima que todos necesitamos para funcionar adecuadamente. Modificar esto debe ser un objetivo primordial de la terapia.

¿Cómo hacerlo?, sin duda es el punto más complejo del tratamiento, al tiempo que condición indispensable para su éxito. En primer lugar debemos esperar que diferentes componentes de la terapia que ya habremos puesto en marcha comiencen a funcionar para incrementar la autoestima y un mayor sentido de control de la situación. Recapitulando, entre estos componentes nos encontramos con la información y el modelo de enfermedad que demos sobre su problema, el apoyo emocional realizado por nosotros y su entorno próximo, la separación de una posible pareja narcisista que habrá minado progresivamente su amor propio (una especie de “cura de desintoxicación”), el cambio de actitud con su entorno (modificación de pautas de interacción disfuncionales para conseguir un mayor equilibrio con amistades, compañeros de trabajo, familia, etc.) e incluso una nueva relación de pareja, suponiendo que sea más sana. En el cambio de actitud con su entorno y con su hipotética nueva pareja debemos insistir mucho, porque dando amor y ofreciendo interés por los demás el sujeto encontrará que percibe más gratificaciones (suministro afectivo externo positivo). Le señalaremos que estas satisfacciones obedecen al intercambio recíproco de afecto y no a cubrir una necesidad aferrándose a un amigo, por ejemplo.

Además, debemos potenciar el aumento de la autoestima promoviendo otro cambio de actitud, una nueva forma de plantearse la vida, pero esta vez hacia ellas mismas. Aquí es fundamental tender de nuevo puentes con el pasado, recordando lo comprendido al tratar la dimensión psicodinámica,

para justificar precisamente esa baja autoestima y la necesidad del mencionado cambio. Es decir, es importante, por difícil que resulte, convencer a la paciente de que su baja autoestima no se debe a un defecto o a una especie de fallo o indignidad que lleva consigo misma, sino a una serie de carencias afectivas interiorizadas durante muchísimo tiempo y de las reacciones a las mismas (continua búsqueda de los demás, sensación de “patito feo”, de no ser merecedora de cariño, etc).

Tras insistir en esto es bastante probable que la paciente comparta estas tesis, porque seguramente recordará y vivirá muy intensamente estos episodios de su pasado. Algo que suele ayudar también es el confrontarles con la crianza de sus propios hijos, los tengan o no, porque generalmente se vuelcan (o se volcarían, en caso de tenerlos) con ellos de acuerdo a lo que hubieran deseado para sí mismas en el pasado. Esto es porque saben lo dolorosa y perjudicial que es la falta de afecto.

Entonces, debemos argumentarles que si se ha cometido una injusticia con ellas porque no han sido adecuadamente queridas, no pueden caer en ese mismo error hacia sí mismas. Hay que señalar en cuanto al término “injusticia” que no se emplea para buscar culpables o alimentar rencores, es mucho más positiva una actitud de disculpa o de comprensión de circunstancias particulares por las que quizás atravesaron sus padres o familia próxima (por ejemplo, enfermedades de alguno de ellos, condiciones socioeconómicas muy adversas, entornos desfavorecedores afectivamente en ellos mismos, etc). Aferrándonos al argumento de no cometer continuamente esa injusticia (la de, sea por el motivo que sea, no haber sido queridas adecuadamente), y al del derecho e incluso el deber que tenemos todos de querernos incondicionalmente, es como debemos convencer, arrastrar a la paciente a que adopte ese cambio de actitud hacia sí misma.

Debemos hablarle de un amor incondicional que debemos tener hacia nosotros mismos, simplemente por el hecho de ser personas y de merecer el mismo trato por nuestra parte que el que recibiría un niño pequeño, por ejemplo, o cualquier otra persona por el simple motivo de serlo. Es decir, no podemos tratar bien a algunas personas y no hacer lo propio con nosotros mismos, entendiendo que esta potenciación de la autoestima no significa de ningún modo una actitud

egoísta; más bien al contrario, porque el amor propio bien efectuado y entendido incrementa nuestros sentimientos más positivos hacia los demás.

Todo este cambio de actitud hacia sí misma debe realizarlo la dependiente mediante el trabajo diario, tenerlo muy presente desde que se levanta de la cama hasta que se acuesta. Es muy positivo apoyarse de material escrito como registros o ejemplos de este cambio de actitud en pequeñas cosas, como experiencias positivas en soledad o el disfrute por una película cuando se está con la pareja, por ejemplo, en contraste a la sumisión y autoanulación que siempre se había llevado a cabo. También puede ser muy útil cualquier otro tipo de intervención que pueda llevar a cabo el terapeuta usando la imaginación: cartas dirigidas a sí mismas, creación imaginaria de una especie de “yo bueno” con el que habitualmente se interactúe en busca de calidez y comprensión, hablar frente al espejo, anotaciones informales en una libreta, dar paseos en soledad en entornos naturales y agradables, tener contacto físico o incluso acariciarse o abrazarse mientras se está en la ducha, etc. Todas estas “intervenciones auxiliares” dependerán de la inventiva de la paciente y del terapeuta, y por supuesto de su forma de ser porque alguna podrá encontrar superficial o absurdo lo que otra encuentre muy gratificante. El objetivo es que la dependiente, acostumbrada a pensar únicamente en su necesidad de los demás y a menospreciarse, se reconcilie consigo misma y comience a instaurar nuevos hábitos de amor propio, complementados con un amor más saludable y equilibrado hacia los demás.

DIMENSIÓN COGNITIVA

El trabajo cognitivo debe ser secundario en la dependencia emocional porque no es una de las dimensiones más afectadas, y además puede simultanearse con la intervención en las dimensiones antes descritas. De existir distorsiones cognitivas graves será fundamentalmente en el autoconcepto o en la idealización del compañero. Un trabajo adecuado en este sentido sería eliminar estas distorsiones -utilizando los procedimientos propios de la terapia cognitiva- que impliquen una

focalización excesiva y exagerada en los defectos y en un menosprecio de las virtudes personales, y viceversa en cuanto a la idealización de la pareja.

Es muy importante no fundamentar exclusivamente el tratamiento en el ámbito cognitivo. Lo más probable es que la paciente ya haya probado este único método que encontrará como insuficiente e incluso como superficial. Debemos tener presente que el padecimiento de estas personas es muy hondo, afecta más al “corazón” que a la razón.

DIMENSIÓN CONDUCTUAL

Igual que en la anterior, no es una dimensión muy afectada y cualquier intervención se puede simultanear como complemento terapéutico en el trabajo de otras áreas. Debemos observar la rutina diaria de la paciente para detectar posibles comportamientos repetitivos o poco funcionales tales como quedarse continuamente en casa llorando y telefoneando a la gente, por ejemplo, para proponer otros más diversificados y positivos. El ejercicio físico, la realización de cursos o incluso de actividades de voluntariado pueden ser sugerencias interesantes en este sentido.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la dependencia emocional es a largo plazo, como ya se habrá podido observar por la cantidad de dimensiones y trabajos a realizar, y muy complejo. Hay que estar alerta en todas las citadas dimensiones, con especial mención a la interpersonal, la afectiva y la psicodinámica, que por la naturaleza de esta patología son las más afectadas. Como ya he dicho, se puede simultanear el trabajo con estas diferentes áreas o bien proceder secuencialmente –como he propuesto en esta ponencia-, partiendo de la base de que cada caso es diferente y que además podemos cambiar el rumbo previsto inicialmente en nuestra planificación. La flexibilidad es fundamental para la práctica de la psicoterapia. También es útil marcar una serie de objetivos, que se pueden consensuar con la paciente, en las diferentes dimensiones afectadas de la misma. Con esto

conseguiremos no perder de vista todos los temas que durante el tratamiento debemos tocar, al tiempo que los ordenamos por prioridad. La secuenciación propuesta aquí del tratamiento es una combinación de las muchas posibles, dependerá del caso y también de la idiosincrasia del psicoterapeuta. Señalar también que esta secuenciación es más teórica que real porque en la práctica clínica se puede simultanear el trabajo en diferentes áreas, además de atender novedades relevantes del paciente en una sesión, por ejemplo.

Una vez más insisto en el trabajo diario entre sesiones como componente fundamental del tratamiento. Para esto necesitamos de la motivación y colaboración de la paciente, tenemos que informarles de todo, fundamentar nuestras decisiones, potenciar su creatividad para así involucrarla en el tratamiento. Puede ocurrir que aun así la motivación de la dependiente emocional a trabajar fuera de las sesiones, o sea, a cambiar de actitud hacia sí misma y hacia los demás, sea escasa. De ser así no tenemos más remedio que, una vez le manifestemos nuestro desacuerdo con ese comportamiento, respetarlo y dedicar las sesiones a apoyar emocionalmente a la paciente y a aconsejarla, aunque no nos haga caso.

Por último, recordar que es muy habitual que el motivo de consulta sea precisamente cualquier comorbilidad con trastornos del Eje I. Esto lógicamente alterará el curso de la intervención propuesto aquí; por ejemplo, si la paciente entra en consulta con un episodio depresivo mayor tras una ruptura, lo prioritario es mejorar la sintomatología con todas las herramientas disponibles, tanto farmacológicas como psicoterapéuticas.

¹ Castelló Blasco, J. Unidad 5 del “Curso sobre dependencia emocional”. III Congreso Virtual de Psiquiatría.

² Castelló Blasco, J. **ANÁLISIS DEL CONCEPTO "DEPENDENCIA EMOCIONAL"**. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 6-CI-A: [52 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm