



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

EL DOLOR, LA DROGA DEL SADOMASOQUISTA.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A:

NIDIA BELÉN PÉREZ ORDAZ

ASESOR: MTRA. MARÍA EUGENIA NICOLÍN VERA

ESTADO DE MÉXICO, TLALNEPANTLA DE BAZ

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres que han estado conmigo en cada momento determinante de mi vida y ahora reflejan lo que soy, brindándome su eterno amor, infinita tolerancia y apoyo incondicional para cumplir mis metas con juicio y carácter.

A mi esposo que ha estado a mi lado por más de diez años procurando mi desarrollo y estabilidad para sobrepasar los obstáculos con la frente en alto y continuar sin mirar atrás, más que para aprender de ello.

A mi hermano, que a pesar de algunos desacuerdos normales siempre me ha cuidado y apoyado.

A mi coordinadora de carrera y asesora de tesina (Nicolín Vera), la mujer que siempre me guió en el ámbito educativo y nunca me dejó caer ante los fracasos.

A mi doctor y estimado amigo (Víctor Manuel Guisa) que atendió mis demonios del alma y me orientó hacia la tranquilidad.

A mis sinodales (María Del Carmen Franco y Francisco Castrejón) que me inspiraron en el amor a la profesión.

Pero ante todo a Dios que me permitió llegar hasta este momento para dar un paso más en este largo y gratificante camino de la autorrealización.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo I: Fundamentos del Dolor	8
a. Aspectos biológicos del dolor	8
b. Aspectos psicológicos del dolor	12
c. Aspectos sociales del dolor	14
Capítulo II: Relación: dolor-placer-adicción	16
a. El placer como efecto del dolor	16
b. Generalidades de la adicción	17
c. La adicción al dolor	23
Capítulo III: Sadomasoquismo	26
a. Características del sadomasoquismo	26
b. Conductas sadomasoquistas ante la sociedad	29
c. Eros y Tanatos	31
Capítulo IV. Tratamiento para la adicción al dolor	35
a. Psicoterapia ante las adicciones	35
b. Tratamiento del sadomasoquismo	37
c. Propuesta de cura del sadomasoquismo desde su síntoma	38
Conclusiones	42
Glosario	44
Referencias	49

RESUMEN

El presente trabajo aborda los aspectos generales del dolor, las adicciones y el sadomasoquismo, además de sus interrelaciones, guiando estos puntos hacia la comprensión de la adicción al dolor en el sadomasoquismo y su tratamiento desde los síntomas que lo caracterizan.

A través de lo analizado se llega a la conclusión de que el dolor juega un papel de suma importancia dentro del sadomasoquismo, ya que actúa como su motivador, al tener un poder adictivo en las áreas física, psicológica o social del sujeto. Por lo que lo vive en un estado de dependencia para su funcionalidad en las interrelaciones con los demás, situándose como un individuo con rasgos de personalidad que le dificultan o impiden su adaptación al medio.

Aunque las personas que presentan conductas de tipo sadomasoquista, de forma aislada no se incluyan dentro de dicha patología, ya que no dependen del dolor como factor elemental para su funcionalidad en la obtención de placer.

Palabras clave: Dolor, droga, sadomasoquismo, adicción, dependencia y goce.

INTRODUCCIÓN

El dolor es un conjunto de estímulos transformados en impulsos nerviosos que son transmitidos al cerebro mediante diversos procesos, sin embargo este no solo se compone de la sensación, como señal de alarma, que advierte de un peligro mayor, representado en el acto reflejo, si no también de la percepción, donde se involucra la organización subjetiva de dichos estímulos a través del lenguaje.

Por lo que cuando un niño sufre dolor, realiza un llamado de atención ante su cuidador, el cual lo dota de cierta connotación y responde al mismo, de tal modo que el niño forma una asociación entre lo neurológico y lo afectivo, estableciendo pautas de comunicación.

En este caso se puede observar una base en la forma que el sujeto establece para interactuar con el otro y al unísono genera un aprendizaje ante las situaciones dolorosas. Lo cual, implica la formación conexiones continuas respecto al dolor como producto individualizado en significativo.

Sin embargo existe otro tipo de dolor, que se clasifica como patológico por su presencia como enfermedad o síntoma de la misma y es provocado por la lesión tisular, su inflamación o daño a una porción del sistema nervioso. El dolor patológico puede ser dividido posteriormente en cuatro categorías como: nociceptivo (deriva de la lesión al tejido periférico), neuropático (del daño a los nervios periféricos o la médula espinal), visceral (por estimulación de los receptores del dolor en las vísceras abdominales o torácicas) y somático (por lesión a los otros tejidos, que no son vísceras, como huesos, articulaciones, músculos y piel). Puede también ser definido en función del tiempo de duración, por ejemplo: agudo (surge de un estímulo súbito: una cirugía o trauma) o crónico (persiste por un tiempo mayor al asociado a la lesión tisular).

Si consideramos al dolor desde un enfoque psicoanalítico, se toma en cuenta lo que el sujeto entiende por este y no solo su proceso neurofisiológico, si no, su relación con situaciones que le causan angustia, utilizándolo como un llamado

de atención que escapa a la represión desde lo inconsciente y se desplaza hacia una conducta de carácter doloroso, es decir, un síntoma.

Desde este punto podemos hablar de los sujetos que realizan este llamado mediante el sadomasoquismo, siendo concebido una parafilia, donde el masoquismo se define como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento y el sadismo como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que impliquen actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo. (DSMIV)

Esto no amerita que el trastorno sea exclusivo del ámbito sexual, ya que implica actos donde el sufrimiento psicológico o físico causa excitación y de este tipo de eventos existe una amplia variedad, de los cuales, algunos son socialmente aceptados; como el deporte extremo, que es un tipo de respuesta a la tendencia de modificar los deportes convencionales y llevarlos al límite de sus posibilidades, convirtiéndolos en disciplinas catalogadas como riesgosas, que desafían el instinto de sobrevivencia del ser humano.

Dentro de estas conductas llevadas al extremo, también se encuentran las disfuncionales, como los casos acontecidos entre el año dos mil siete y dos mil ocho, del llamado *choking game*, con el cual trescientos cincuenta sujetos murieron en el mundo, en menos de cinco años, al no ser capaces de reaccionar después de perder la conciencia, sólo por el placer de sentir la muerte unos instantes. Este juego consiste en estrangularse hasta provocarse un desmayo, en el que experimentan diversas sensaciones placenteras.

Por su importancia no sólo fisiológica, sino también psicológica y social, existen diferentes estudios acerca del dolor y sus patologías desde diversos enfoques, pero falta investigación respecto a la adicción a este tipo de conductas extremas, donde el factor principal es el dolor como un hecho placentero, cuando por naturaleza este es un factor que produce un estado de alerta ante

sucesos peligroso. Por lo que es necesario conocer qué sucede en el sujeto que se encuentra constantemente en un estado, donde impera su instinto de muerte aunado al llamado goce.

CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS DEL DOLOR

a. Aspectos biológicos del dolor.

El dolor a nivel fisiológico es un cúmulo de estímulos que precisan de ser traducidos y transformados en impulsos nerviosos para su interpretación en el cerebro. Dicho proceso se conforma de la siguiente serie de eventos.

A nivel celular, primero se da la activación de los nociceptores, encargados de detectar y procesar la sensación dolorosa, ésta depende de las alteraciones de la conductividad iónica y son los responsables de la despolarización en la terminal axonal. Esta activación resulta de la aplicación de estímulos mecánicos, térmicos o químicos, apareciendo un potencial de acción, seguido de un impulso nervioso. (Figura 1)

A continuación se lleva a cabo la transmisión nerviosa, donde en condiciones de reposo la membrana axonal esta paralizada, permaneciendo en el interior de la célula con carácter negativo y en el exterior positivo. Al llegar un estímulo incrementa la permeabilidad de la membrana frente al sodio permitiendo su paso al interior de la célula despolarizandose la terminal axonal. Después estos mecanismos se interrumpen y el potasio esta libre en el exterior, reestableciendo el potencial de membrana, repolarizandose. Cuando un segmento axonal se despolariza, se genera una diferencia de potencial con los segmentos adyacentes. Lo que provoca la aparición de una corriente local hacia estos segmentos, la cual negativiza aún más el potencial transmembrana de los mismos. Esta alteración del potencial de membrana activa los canales de sodio correspondientes, provocando su apertura, con lo cual se produce la entrada de éste y el impulso se propaga a lo largo del axón.

Consecuentemente se modula la transmisión nociceptiva mediante mecanismos que disminuyen o aumentan dicha transmisión a nivel periférico, medular y talamocortical. Cuando es periférico puede verse influido en su lugar de origen por cambios en la temperatura, vascularización y alteraciones químicas, al ser medular y talamocortical, la transmisión nociceptiva puede

modularse por impulsos procedentes de otros canales sensitivos (inhibición de carácter segmentario) o por la influencia que los centros superiores ejercen a través de las vías descendentes inhibitorias. (Figura 2 y 3)

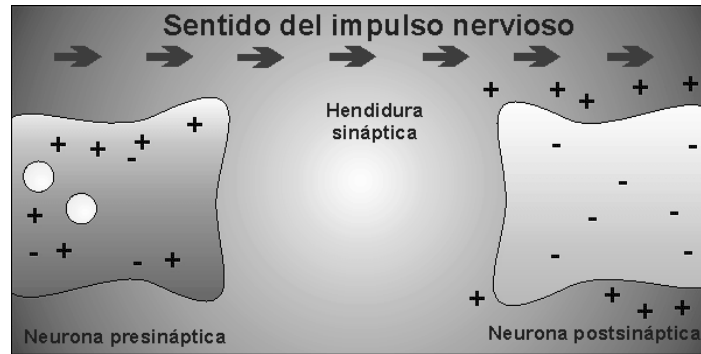


Figura 1. Activación de los nociceptores

<http://recursos.cnice.mec.es/biosfera/alumno/1bachillerato/animal/contenidos16.htm>

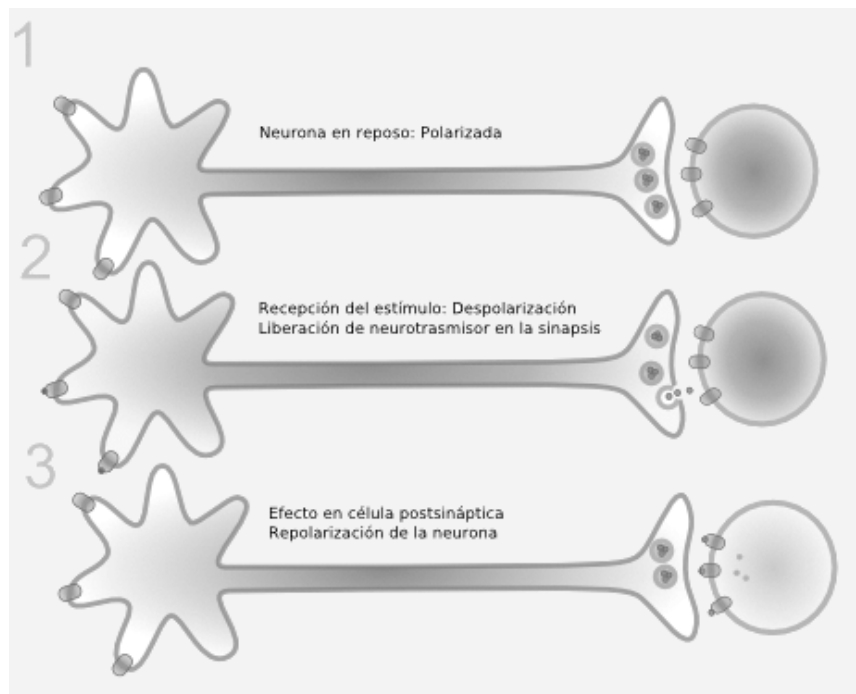


Figura 2. Transmisión nerviosa

<http://www.energycontrol.org/jml/foros.html?func=view&catid=2&id=10466>

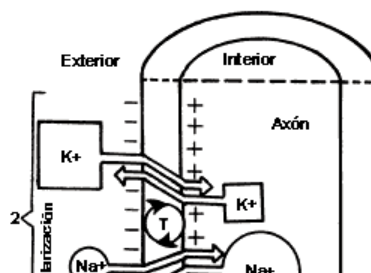


Figura 3. Modulación de la transmisión nociceptiva

https://intranet.matematicas.uady.mx/portal/leamos_ciencia/VOLUMEN_III/ciencia3/130/htm/sec_9.htm

El dolor se clasifica en distintos tipos según el tiempo de duración y el receptor estimulado. En la categoría temporal, se encuentran el dolor agudo y el crónico, teniendo el primero una duración menor a dos semanas y el segundo, mayor a tres meses.

Los tipos correspondientes al receptor estimulado contemplan el dolor somático, visceral y neuropático. Donde, en el visceral se estimulan los receptores periféricos, situados en la piel o en articulaciones, aunque también se pueden encontrar en los músculos, es un dolor definido y localizado. En el caso del visceral, no es tan definido como en el anterior, aquí el sujeto lo sitúa en la parte central del organismo siendo enviado por los receptores viscerales; cuando existe una alteración en el sistema nervioso periférico, este va a ser neuropático.

El sistema encargado de la transmisión de estos estímulos, es el nociceptivo, el cual funciona mediante fibras sensitivas, donde su parte axonal va a parar en el soma de la neurona, en los ganglios, haciendo sinapsis a nivel del asta posterior de la médula con una segunda neurona sensitiva encargada de transmitir la sensación por las vías ascendentes hasta la corteza cerebral con el fin de hacer al sujeto consciente de dicha sensación. Cuando esta se

presenta, se realiza una modulación mediante sistemas que lo calman o amplifican.

El dolor funge como alarma del organismo para activar un estado de alerta ante el peligro, en dicho estado las glándulas suprarrenales segregan adrenalina, que es una hormona vasoactiva, la cual tiene un efecto rápido y corto. Esta actúa sobre el sistema nervioso simpático provocando una respuesta ascendente de las funciones corporales a través de la activación sobre receptores que se encuentra en los músculos de fibra lisa.

Dentro de las funciones de la adrenalina, se encuentran las siguientes: aumentar la concentración de glucosa en sangre, la tensión arterial y el ritmo cardiaco; dilatar la pupila, aumentar la respiración y estimular al cerebro para que produzca dopamina (hormona responsable de la sensación de bienestar) la cual puede causar adicción.

Esta hormona vasoactiva produce efectos adrenérgicos que son tanto excitadores como inhibidores. Aquellas respuestas atribuidas a la activación de un receptor alfa son primeramente excitadoras, con la excepción de la relajación intestinal. Las respuestas atribuidas a la activación de un receptor beta son inhibidoras, con la excepción de los efectos estimulantes miocárdicos.

En el proceso mediante el cual se segrega la adrenalina, las fibras preganglionares que se originan en la parte inferior de la médula espinal dorsal llegan por medio del nervio esplácnico menor hasta el ganglio celíaco sin hacer sinapsis en él, desde donde siguen hasta la médula suprarrenal, ahí sus axones llegan a las células cromafines, que contienen vesículas, las cuales almacenan adrenalina.

En respuesta a un estímulo, la adrenalina es segregada hacia la sangre y se distribuye a través del torrente circulatorio, para llegar a los efectores que posean receptores adrenérgicos.

La formación de la adrenalina se realiza a partir de la noradrenalina, utilizando la dopamina y su biosíntesis se encuentra controlada por el sistema nervioso central.

De este modo el organismo se dota de sus drogas naturales para manejar la sensación dolorosa, transformándolas en un estado placentero desde un fenómeno meramente químico.

b. Aspectos psicológicos del dolor.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial, descrita en términos de la misma. *IASP,(1994)*.

Considerándolo como una reacción subjetiva ante una experiencia compleja, relacionada a la experiencia sensorial desde un punto de vista afectivo de tipo aversivo, que depende del significado que el sujeto le da a los estímulos desagradables. Podemos mencionar entonces, que el dolor está relacionado con la sensación y la percepción, donde la sensación se define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo y la percepción como la organización, interpretación análisis e integración de los estímulos.

Por naturaleza, el dolor es una señal de alerta ante el peligro, por lo que produce *displacer* (un estado del yo que resulta desagradable). Pero el significado emotivo se lo atribuye el sujeto, por lo que Max Scheker clasificó los sentimientos en función del dolor, donde se encuentran: los sensoriales (localizados en el organismo), los vitales (referentes al yo corporal), los psíquicos (procedentes del propio yo) y los espirituales (de lo artístico y religioso).

Aún así, cada sujeto posee un umbral de dolor, dependiente de su tolerancia a los estímulos, influido por factores físicos, psicológicos y sociales. Pero no

solo existen grados de dolor, también existen tipos, clasificados según la emoción atribuida a este, por el individuo.

Por ejemplo una persona que cree que va a padecer cáncer y morir, ya que uno de sus parientes presenta características similares a las suyas y convalece actualmente, vive un dolor amenazado, el cual es experimentado como premonitorio.

En el caso del dolor placentero se sublima el dolor por la obtención de un beneficio posterior al proceso; como cuando se va al dentista para la extracción de un molar.

El dolor de espiritualización busca la trascendencia en el sentido existencial, metafísico y religioso; mediante actos como el ayuno que algunos católicos y cristianos realizan en semana santa.

Si se abordan las simples reacciones motrices y de sobresalto se habla entonces del dolor lacerante, como al caer de un segundo piso y romperse la pierna.

Cuando el dolor es de tipo frustrante se percibe como un factor que obstaculiza el proyecto de vida, tal es el caso del fallecimiento de uno o ambos padres en un accidente, esto puede llevar al sujeto a conductas extremas, pues lo vive como un evento que le impide autorrealizarse porque algo le falta.

Finalmente en trastornos somatomorfos tenemos el dolor de tipo psicógeno que está dentro de la mente pero no hay una causa orgánica que lo justifique.

La experiencia del dolor se puede presentarse a nivel afectivo, donde el sujeto estructura una respuesta emocional ante éste; así como cognoscitivo, llevándolo a pensar de cierta forma respecto al estímulo y consecuentemente a representarlo mediante una conducta, para ser capaz de expresar lo concebido como dolor.

Para enfatizar la importancia del aspecto psicológico en el dolor, se puede mencionar el efecto placebo, el cual es un fenómeno en el que los síntomas de un individuo pueden mejorar durante la aplicación de un tratamiento que

consiste en la administración de una sustancia placebo, la cual no causa ningún efecto, químicamente hablando, en la enfermedad que se padece. Sin embargo el sujeto llega a presentar mejoría en su salud, influido por otros factores de tipo sugestivo, que tienen que ver con el estado emocional y las necesidades o faltas del mismo.

c. Aspectos sociales del dolor.

Desde el inicio de la humanidad, el dolor ha sido un estado normal que se presenta en los individuos durante situaciones específicas, sin embargo, existen múltiples factores psicológicos y físicos que modifican la percepción sensorial del dolor, unas veces amplificándola y otras disminuyéndola, pero éstos se encuentran relacionados con el factor social, ya que en cada grupo se le ha dotado de un variado significado.

La construcción simbólica del dolor puede ser abordada desde el momento en que se establece un estándar cultural para reaccionar al dolor durante la crianza, aunada a la personalidad del sujeto y sus elementos contextuales.

Aunque el umbral de sensibilidad va a ser semejante para toda la humanidad, ya que fisiológicamente todos estamos dotados de un sistema nervioso que envía mensajes dolorosos o placenteros, el umbral del dolor y la actitud que éste adopta está vinculado con un rol social y cultural, situado frente al dolor, se representa la concepción que el individuo posee del mundo, así como sus valores y otras tantas características que lo integran como ser humano.

Cuando un sujeto padece dolor, la manifestación de éste va a variar dependiendo de la circunstancia en que se encuentre, así como de su grado de sensibilidad, del mismo modo, hay condiciones que lo inhiben, como lo son, las actividades y entrenamiento que desplaza la atención hacia otro factor, pero también existen otras que lo agudizan, aunque ambos dependen de la intención del sujeto ante el dolor.

Son muchos los elementos que intervienen en los diferentes estados de dolencia y van más allá de lo fisiológico, ya que para algunos, el dolor es una prueba de que existen, tal es el caso de los hipocondríacos o los histéricos.

El dolor también puede ser utilizado para obtener atención y reconocimiento de los demás; como instancia de educación y moralización de las conductas o infringirlo como medio de dominio o castigo.

Como ejemplo de lo anterior tenemos los deportes extremos, aquí las personas, tratan de llevar al límite sus capacidades para ser reconocidos como algo más allá de un deportista, lo cual atañe a un acto de llamada de atención social. También se encuentran los que practican el sadomasoquismo de tipo sexual o en la comunicación cotidiana de pareja, donde ya sea el hombre o la mujer llevan el control al grado de someter al otro.

Entonces el dolor desde un punto de vista social, se encuentra influido por la personalidad del sujeto, el momento en que se encuentre al experimentarlo, su relación con los otros, sexo, edad, estado cognoscitivo, concepto aprendido ante los eventos dolorosos y diversos factores ambientales que modulan su umbral sensitivo.

Pero finalmente el dolor se encuentra comunicando una postura del sujeto ante su vida en sociedad y sea cual sea la tipología de este, hay que conocer más a fondo las asociaciones que internaliza el sujeto respecto al dolor, las cuales lo vuelven dependiente del mismo.

CAPÍTULO II. RELACIÓN: DOLOR-PLACER-ADICCIÓN

a. El placer como efecto del dolor

Generalmente el dolor y el placer son concebidos como opuestos y cuando se presenta uno el otro debe permanecer ausente, ya que ambos son señales indicativas para el organismo de que algo se encuentra bien o mal; por ejemplo, cuando un sujeto tiene hambre, ello corresponde a una necesidad fisiológica que si no se satisface causa dolor y al ser satisfecha produce placer. Si la necesidad no se satisface a tiempo, el deseo por ésta surge y se incrementa progresivamente hasta que es atendida, pero en dicho momento, el placer será mayor, ya que aumenta de forma proporcional ante el dolor de la falta. Al sobrevaluar el placer de una sensación, la conducta que lo provocó será repetida y difícilmente controlada con posibilidad de convertirse en una adicción.

No obstante el placer en extremo causa dolor, como cuando se ingiere una cantidad excesiva del alimento favorito y el organismo no lo puede procesar produciendo dolor estomacal. Hay un principio referente al placer postulado por Sigmund Freud en el año de 1920, donde sugiere que desde un punto de vista económico (ahorro de energía), los procesos psíquicos se regulan automáticamente, así que tiende a la descarga de tensión displacentera para conservar en el nivel más bajo posible. Por lo que el sujeto tiende a un estado placentero, pero Freud también menciona dos instintos, el de vida y el de muerte, en el primero se tiende a realizar únicamente lo que le es placentero y en el segundo en volver a un estado inanimado.

No significa que hay algo más allá del principio del placer, ya que el individuo presenta una obsesión de repetición instintiva ante lo placentero y displacentero, la cual puede conllevar a la muerte, cuando la función principal de este principio es liberar tensión para evitar el displacer y obedecer al impulso de vida, pero al no controlarlo este culmina en un estado preorgánico.

En ocasiones, aunque el dolor en sí mismo no produzca placer, puede darse el caso en que sea ocasionado por un proceso satisfactorio en conjunto, lo cual ocasiona un cuadro en el que el dolor y placer se entrelazan, como cuando a un individuo tiene relaciones sexuales de tipo sadomasoquista, estas le pueden resultar placenteras, ya que están siendo estimuladas sus zonas erógenas, aunadas a la fantasía. Aunque el acto lleva el factor sádico, donde se somete al otro provocándole dolor, por lo que los dos estímulos se relacionan en el mismo evento y llegan a nivel cognoscitivo como un solo evento. Conceptualizando al dolor y al placer como elementos no excluyentes, más bien, incluyentes, aún cuando no siempre se presenten así; sin olvidar que cada sujeto tiene una diferente interpretación de la experiencia ante el dolor y de ésta genera sus asociaciones, las cuales son expresadas al interactuar con su entorno.

b. Generalidades de la adicción.

El ser humano a lo largo de la historia ha presentado una continua necesidad fisiológica, psicológica y social, esto para poderse adaptar a su medio. Dentro de dichas necesidades ha encontrado diversas formas de obtener placer, solo que en algunas ocasiones no ha tenido la capacidad para controlar sus placeres, volviéndose dependiente a estos, creando una adicción ante un determinado factor, el cual por lo general se encuentra relacionado con una serie de deseos entrelazados.

Dentro de las costumbres de cada cultura se ha implementado el uso de sustancias legales con fines médicos o de socialización, como en el caso de los padecimientos físicos para los cuales ya existen una infinidad de químicos que los modulan y en el aspecto de socialización, el tabaco y el alcohol no pueden faltar.

Pero, ¿qué pasa más allá, ante las necesidades psicológicas?. Para éstas también existen remedios y no siempre son los más adecuados ya que es aquí donde los sujetos se enganchan a sensaciones placenteras provocadas, que encubren sus faltas emocionales reales.

El hecho de provocar una sensación placentera, no es ningún problema, el problema es cuando esto se vuelve adicción, o sea, que el uso se vuelve abuso, amenazando la salud del individuo y sus interacciones con los demás.

Conductas como el alcoholismo, tabaquismo, obsesiones compulsivas, sadomasoquismo, entre otras; requieren intervención clínica, ya que la ausencia de control en dichos actos conduce a la muerte.

A continuación se presenta una serie de definiciones respecto a la adicción, desde diversos autores, para ampliar la comprensión del tema.

La adicción es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética, caracterizada por: una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, con tendencia al aumento de la dosis, es una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos y tiene consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. (OMS)

También se le define como la dependencia a una sustancia como un patrón mal adaptado de abuso de una sustancia que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico, siempre que se manifiesten tres o más de los factores abajo expuestos en cualquier momento, dentro de un periodo de doce meses. (American Psychiatric Association 1994)

1. Tolerancia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

- a) Necesidad de consumir una cantidad notablemente superior de la sustancia a fin de conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b) Efecto marcadamente menor con el uso continuo de la misma cantidad de una sustancia.
- c) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase) a fin de evitar los síntomas de abstinencia.

2. Abstinencia, definida en cualquiera de los siguientes términos:

a) Síndrome de abstinencia característico de la sustancia.

b) Consumo de una sustancia (o en su defecto, otra de la misma clase), a fin de evitar los síntomas de abstinencia.

3. Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidades o durante periodos de tiempo más extensos de los pretendidos inicialmente.

4. Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia.

5. Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, su consumo o la recuperación de sus efectos.

6. Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativas derivadas del uso de la sustancia.

7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado o exacerbado por la sustancia.

Se diagnostica como abuso de una sustancia con dependencia fisiológica si hay pruebas que demuestran la existencia de tolerancia o abstinencia y abuso de una sustancia sin dependencia fisiológica si no hay pruebas de la existencia de tolerancia o de abstinencia. (American Psychiatric Association 1994)

El **depender** de una sustancia implica un patrón maladaptativo de uso de las mismas, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres ó más de los items siguientes; en algún momento de un período continuo de doce meses. (DSMIV)

1. Tolerancia, definida por: a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación, o el efecto deseado o b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

2. Abstinencia, definida como cualquiera de los siguientes items: a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia o b) se toma la misma sustancia (o un muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que originalmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia en el consumo de la sustancia o en la recuperación de sus efectos.
6. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa consumiendo la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el uso de la sustancia.

Donde **el abuso** de sustancias también se considera un patrón mal adaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno ó más de los items siguientes durante un período de doce meses. (DSMIV)

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

5. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

Hasta este punto solo se habla del consumo desadaptativo o maladaptado de una sustancia, sin embargo, también se puede ser adicto a una conducta por el simple hecho del placer que otorga, ya sea a nivel psíquico o fisiológico desde la producción de sustancias químicas como función cerebral. Por lo que se refiere el siguiente concepto etiológico de la adicción.

La base de la adicción está en la incapacidad del ser humano de aceptar su condición de finitud, la condición de límite que impone el propio cuerpo y el límite final, que es el conocimiento de la propia muerte, ya que esta es más intolerable si se es más frágil o débil. Considerando los siguientes factores para el devenir de un adicto. (Kalina, 1988):

1. Individuales

Lo constitucional. Aquí los sujetos poseen diferentes grados y capacidades de respuestas ante las ansiedades y conflictos, desde que son neonatos. También se encuentran las relaciones objetales tempranas, constancia objetal, si éstas no se desarrollan y se da un abandono, se genera un factor predisponente para la adicción al no promoverse un Yo maduro

Cuando se presenta la depresión posparto puede ocasionar que la madre requiera mucho de su hijo y la lleve a sobreprotegerlo, o bien, puede distanciarse de él y abandonarlo afectivamente.

Refiriéndose a la relación con la figura paterna: un padre ausente no podrá funcionar como un sujeto que contenga las dificultades de la madre y tampoco ejercerá el rompimiento de la simbiosis de la madre y el hijo, ignorando al hijo dejando el cuidado en manos de una madre que sostendrá su matrimonio usando al hijo, explotándolo, ante la indiferencia y nula participación del padre.

Cuando se presenta la invasión de los límites del otro, donde el cuidador del bebé esta al servicio de éste, manipulando y negando lo que pueda desear o sentir, imponiéndole sus propios sentimientos.

2. Familiar

Al usar indiscriminadamente los medicamentos entre sus miembros o el tabaco de manera compulsivamente cuando se presentan situaciones de ansiedad, del mismo modo, el consumir alcohol o comida cuando hay tensiones. También el hecho de comprar, trabajar o hacer cosas de manera incontrolada para no sentir angustia.

De esta manera es que se puede constituir un modelo de comportamiento en donde no se aprendió a pensar, y sí a actuar. Sin adquirir la habilidad para tolerar y por lo tanto, tampoco para controlar los impulsos. Y al presentarse el estímulo ante el cual se es dependiente, en el contexto, surge la personalidad preadictiva y por consiguiente la vulnerabilidad potencial a la adicción.

Por lo que la adicción no solo refiere a una sustancia, si no a un cúmulo de factores que alivian la angustia al no saberla manejar, teniendo un problema de control de impulsos y facilitando la dependencia.

c. La adicción al dolor.

La adicción desde sus características sintomáticas es considerada una enfermedad mental, relacionada con la ingesta abusiva de una droga, donde sus consecuencias en el organismo pueden llevarlo a la muerte.

El sujeto clasificado como adicto, debe cubrir por lo menos tres de las siguientes conductas durante un periodo mínimo de un año.(DSMIV)

- Tolera la sustancia.
- Presenta el síndrome de abstinencia.

- Ingiere la sustancia en cantidades mayores a las que pretendía.
- No puede controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
- Emplea mucho tiempo en buscar y conseguir la droga.
- Reduce sus actividades sociales, laborales o recreativas.
- Continúa consumiendo la sustancia a pesar de saber el daño físico y psicológico que le ocasiona.

Hasta este punto es posible reconocer a un adicto, sin embargo no se sabe cómo es que llegó a serlo, pero por lógica este tiene una historia de vida que lo llevó a esta conducta de dependencia. Donde en su trascurso, la persona fue organizando una estructura psicológica basada en su experiencia, vinculando una serie de motivaciones y deseos con aspectos fisioneurológicos y sociales.

Como ya se sabe, las dependencias no son inmediatas, los rasgos de personalidad que potencializan la tendencia a la adicción ya están presentes en la estructura psíquica del sujeto, después de un continuo temporal natural, al pasar por cada etapa del desarrollo, pero a pesar de los rasgos establecidos, la adicción se inicia con el uso y abuso de la sustancia y llega o no hasta la dependencia.

Aunque la adicción lleva un proceso y se muestra de manera sintomática, hay algo que antecede a su síndrome. Por lo cual menciono a continuación diversas teorías respecto a éste.

E. Glover distingue tres tipos de adicción: las debidas a la homosexualidad, las relacionadas con una personalidad ciclotímica, y aquéllas en que el sujeto posee una organización paranoide de la personalidad, caracterizada por los delirios celotípicos y las sensaciones de persecución. También considera un grado alto de sadismo, correspondiente a la mayor capacidad de daño que le cause la droga. (Glover citado por Coderch, 1987).

Sandor Radó supone que las drogas le proporcionan a los adictos un orgasmo alimentario y placentero, donde la intoxicación por medio de ellas es considerada como una meta de tipo sexual, un lugar a donde se tiene que

llegar para obtener un alto grado de placer. De ahí que la mayoría de los adictos vayan dejando de lado la real satisfacción sexual. Clasifica tres grupos de adictos: los neuróticos y los maniaco-depresivos; los esquizofrénicos y los psicópatas (citado por Coderch, 1987).

Herbert Rosenfeld postula que el adicto realiza una vinculación con la enfermedad maniaco-depresiva, sin ser idéntica a ella, pues utiliza defensas maníacas; tales como la idealización, la negación, la identificación con un objeto ideal y el control omnipotente de los objetos. Dichos vínculos son reforzados por las drogas y al mismo tiempo alterados, siendo este punto donde los objetivos de las defensas son: el control, el triunfo, el desprecio y la huida de las ansiedades persecutorias.

Por otra parte, las adicciones también las relaciona con la depresión, pues el yo del adicto es débil y no tolera el dolor que causan las pérdidas, lo cual lo lleva a aquellas.

Señala que el adicto recurre a mecanismos maníacos, sólo que apoyado por las drogas, ya que su yo no tiene la fortaleza suficiente para responder en esa forma por sí solo (H. Rosenfeld, 1978).

Después de realizar esta pequeña revisión teórica respecto a la formación de las adicciones desde una punto de vista psicoanalítico, se puede inferir que desde la infancia el sujeto va desarrollando diversas estrategias para responder ante la ansiedad, estableciendo relaciones objetales saludables o enfermas, que lo pueden llevar a una estructura de personalidad vulnerable ante las adicciones.

Basándonos en lo anterior, es posible hablar de una personalidad preadictiva, la cual torna en adicción ante el manejo inadecuado de la angustia, construyendo un modelo de comportamiento que prevalecerá ante situaciones que la generen, actuando para alivianarla, en vez de manejar el impulso que esta produce.

Siendo este el caso del sadomasoquismo, donde en la búsqueda de medios para manejar la tensión procedente de la angustia, termina residiendo ésta en el trastorno antes mencionado.

CAPÍTULO III. SADOMASOQUISMO

a. Características del sadomasoquismo.

El sadomasoquismo como término creado por Sigmund Freud a partir del sadismo y el masoquismo, se estipula para designar una perversión de tipo sexual basada en la satisfacción obtenida por medio del sufrimiento infringido al prójimo y la humillación de este.

Dicho acto es considerado como pulsional por el sufrimiento vivido y el infligido, en este evento participan el sádico y el masoquista, donde el primero se expresa la agresividad contra un semejante tomado como objeto, produciendo goce y en el masoquismo, el sufrimiento es infligido por otro, existiendo una identificación con el objeto flagelado. (Figura 4)

En este último la satisfacción pasa por la vía del sadismo originario, en la medida en que el yo pasivo retorna de modo fantasmático su lugar anterior, que es cedido al otro, lo cual es atribuido a la culpa ocasionada por la represión.

El masoquismo primario se asocia a la posición de muerte y la destrucción como elemento dentro de la libido, que es erógeno y vuelve a encontrarse en todos los estadios del desarrollo psicosexual. Por ejemplo: en la etapa oral toma la forma de angustia ante el devoramiento por el padre y después, en la fase sádico-anal, resurge como deseo inconsciente de ser golpeado por el padre, manifestando la angustia y la renegación de la castración en el momento de la fase fálica.

Existen otras formas de masoquismo respecto al rol desempeñado siendo éste el femenino, compartida por ambos sexos y el moral, donde se instala el sentimiento de culpa y en esta forma destructiva resultan los ataques del superyó al yo, el cual es conciente, no como en el caso del moral.



Figura 4. Acto sadomasoquista.

<http://members.fortunecity.it/tcod1/fusion/transtorno03.htm>

La teoría hasta aquí expuesta es freudiana, pero falta abarcar los enfoques de otros autores, como lo es el de Melanie Klein, que aborda la escisión e idealización, situada en los primeros meses de vida, donde el sujeto aprende a diferenciar entre lo bueno y lo malo, desarrollando categorías éticas en su self.

Propone que el yo y el superyó fundamentan los valores a partir de las relaciones objetales, estableciendo dos sistemas o posiciones: la esquizoparanoide que se rige por la relación entre el self y los objetos internos, preocupándose por su bienestar y la depresiva, la cual implica que el self se preocupe por el bienestar, pero del objeto.

Cuando la escisión y la idealización se dan de forma inadecuada, el sujeto es vulnerable a presentar conductas masoquistas en etapas posteriores, ya que no le es posible distinguir entre lo correcto o incorrecto, tampoco si la fuente del dolor es de un objeto bueno o malo.

Por otro lado se encuentran los criterios diagnósticos del sadomasoquismo desde el DSMIV, aunque éste los toma por separado, donde define al masoquismo como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes,

impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento y al sadismo también, pero aquí el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.

En ambos casos esta situación debe darse durante un período no inferior a los seis meses y provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo.

Este juego patológico del sadomasoquismo involucra a dos personas con trastornos diferentes, pero incluyentes, ya que para que la relación maltratador – maltratado perdure, debe existir la necesidad de ambos y el placer cargado hacia polos opuestos, respecto a la obtención de dolor.

Administrándose mutuamente de esa droga, llamada dopamina, la cual emerge del goce (dolor placentero), brindando momentos que el sujeto desea repetir, a causa del aprendizaje de dicha asociación de elementos, potencializando su tendencia a la adicción del mismo.

Hasta este momento es posible observar que las teorías existentes se remiten al ámbito sexual, sin embargo, ¿qué acaso no es un acto sádico masoquista el deporte extremo, la comunicación mal adaptada en la pareja, donde se da la sumisión o cualquier tipo de conducta llevada al límite de las posibilidades del sujeto?. Porque en estos casos hay dolor infringido por un factor o un sujeto y este se disfruta, causando placer, siendo inevitable alejarse de dichas conductas, dándose también la sensación de poder y control ya sea sobre la vida propia o del otro.

Por lo que es necesario diferenciar entre actos ocasionales que implican características que bien pueden entrar dentro del sadomasoquismo, pero que son realizadas como factores complementarios en la relación de pareja o consigo mismo, para obtener un grado de placer. Sin olvidar que todos

poseemos el mismo mecanismo para convertir la tensión de la adrenalina, segregada por el dolor, en dopamina.

Estando por lo tanto en un rango de normalidad, sin entrar a una patología, como en el caso de las parejas que gozan al realizar sus relaciones sexuales con un toque de rudeza, pero que no dependen de esta para consolidar el acto o para llegar al mismo.

b. Conductas sadomasoquistas ante la sociedad.

Desde las primeras civilizaciones el hombre comprendió la necesidad de organizarse para poder sobrevivir, marcando el tótem (símbolo de unión de grupo) y el tabú (temor a lo prohibido) para mantener un margen social más poderoso que el individuo aislado, desviando sus impulsos sexuales hacia otros fines, sin anular la satisfacción sexual.

Esta moralidad del sujeto es internalizada en el superyó y se dirige contra el yo, tornándose en masoquista o autodestructivo por las exigencias del ello. En el caso del lactante no existe este proceso, ya que se encuentra en un proceso de formación del superyó, para distinguir solo el placer del displacer.

Pero con el paso del tiempo y los límites establecidos por el superyó, los individuos buscan actividades sustitutivas o narcotizantes para el manejo de sus deseos, reorientando sus fines instintivos para eludir las frustraciones del mundo exterior. Cuando estos instintos no son controlados mediante la sublimación o la formación de síntomas, se consuman o se frustran.

Mediante dicha sublimación se busca evitar la angustia, el cual puede provenir de la naturaleza, la finitud del cuerpo o la insuficiencia para regular las relaciones sociales. En esta última el sujeto posee el control, sin embargo, su malestar ante la cultura surge, ya que el poder es cedido a esta mediante las reglas de socialización, lo que marca la diferencia entre el hombre y los animales, con la finalidad de proteger al hombre de la naturaleza y regular sus relaciones sociales.

Pero en las relaciones sociales también se canaliza la agresividad hacia el propio sujeto y genera una conciencia moral en el superyó, produciendo después la culpa, asociada a la necesidad de castigo, lo cual aligera la angustia. Siente miedo ante la autoridad y el superyó, así que renuncia a los impulsos, creando la conciencia moral.

Dicha necesidad de castigo es una vuelta del masoquismo sobre el yo bajo la influencia del superyo sádico y estos sentimientos están en las tendencias agresivas

Hasta este punto es posible inferir que a lo largo de la historia se han establecido normas de convivencia con sustento moral para conservar el orden, pero el ser humano está dotado de pulsiones que buscan la satisfacción del mismo, lo cual puede conducirlo a una postura de inconformidad ante la cultura, ya que lo priva de sus impulsos eróticos y agresivos, viéndose obligado a controlarlos. Sin embargo estos impulsos son innatos y se ha encontrado obligado a desplazar estos instintos en conductas extremas socialmente aceptables, como lo es el deporte extremo (lleva al límite sus capacidades deportivas), los concursos de rompimiento de *records* (extralimita sus funciones básicas para sobresalir socialmente) y el sadomasoquismo puro enmascarado como juego, difundido mercadológicamente en las actuales sexshop (se finge que es parte natural de la sexualidad mediante los medios, para poder llevarlo a cabo sin ser juzgado). aunque el juego en el ejercicio de la sexualidad es normal, estos lo enmascaran al saber que se encuentran inmersos en una patología ya que sin dichos juegos, no son capaces de mantener una relación sexual placentera.

Dentro de las conductas que son consumadas entra la disfuncionalidad del sujeto y la presencia de un trastorno sádico, masoquista o ambos según el caso, para lo cual se presentan a continuación algunos ejemplos.

Del llamado *choking game*, con el cual trescientos cincuenta sujetos murieron en el mundo, en menos de cinco años, juego que consiste en estrangularse

hasta provocarse un desmayo, en el que experimentan diversas sensaciones placenteras.

El sadomasoquismo de tipo sexual, concebido como una parafilia, donde el masoquismo se define como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado o cualquier otra forma de sufrimiento y el sadismo como fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que impliquen actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo. (DSMIV).

También las relaciones destructivas que son manifestaciones inadecuadas que tiene el individuo para resolver conflictos en su vida diaria en la interacción con el otro y no permiten su desarrollo ni propician la equidad, el respeto y el bienestar. Lo que provoca sentimientos de dolor, rencor y culpa a la vez por no poder alejarse de estos eventos, ya de cierta forma cubren una falta y producen goce.

Ya sea funcional o disfuncional, el sadomasoquismo se encuentra de forma activa en la sociedad como expresión de impulsos erógenos y agresivos, en la comunicación con los otros, estableciendo una postura ante el grupo en el cual se encuentra el sujeto.

c. Eros y Tanatos.

Abordando el psiquismo humano desde un punto de vista psicoanalítico, se puede encontrar que se divide de tal forma que el individuo tiene su parte de vida y de muerte. Sin embargo estos deben convivir por las exigencias del medio, aunque al momento de ponerse de acuerdo en una sola actitud ante alguna situación se genere un alto grado de tensión, ya que nunca estarán de acuerdo.

Estos dos lados del individuo fueron concebidos por Sigmund Freud como Eros y Tanatos; siendo el primero un encargado de unir y el segundo de separar. Ambas pulsiones son innatas y tienen su origen nominal en la mitología griega, seguido para designar dichos instintos.

Eros, también llamado Cupido (en la mitología griega), nace del primer huevo engendrado por la noche, donde al separarse éste fueron formados el cielo y la tierra. Al salir del huevo puso en marcha el universo, dotado de la fuerza para dar continuidad a las especies y al orden del cosmos.

Cupido funge como mediador entre los dioses y el hombre, encomendado para esparcir entre los hombre la fecundidad, en primavera, es representado como un niño con alas y ojos vendados, los cuales simbolizan la ceguera del amor; se encuentra armado con un arco y flechas, para inyectar de deseo a quien alcance. (Figura 5)

La historia narra que cuando Cupido nació, Júpiter le ordenó a Venus que se deshiciera de él, pero lo escondió en el bosque y al crecer fabricó un arco con sus respectivas flechas. Tiempo después Afrodita se le aparece para pedirle que fleche a Psique con un hombre monstruo, pero al verla se enamora de ella y pide que se la lleven lejos. Sin embargo la sigue, entrando una noche en su cama, suplicando que no lo mirara, aunque está influida por sus hermanas no resiste y al intentar mirar son descubiertas sus intenciones y Eros la abandona.

Con la culpa presente acude a buscar a Venus con el fin de suplicar el retorno de su hijo, la sujeta a tres pruebas que realiza con éxito y a petición de Eros se vuelve inmortal contrayendo nupcias con su amado.

Versus al anterior se encuentra Tanatos, hijo de Erebo y Nigte, hermano gemelo de Hipnos; personifica a la muerte no violenta. Busca los cuerpos de los que ya habían fallecido, al encontrarlos tomaba un mechón de su cabello y lo cortaba, éste era ofrecido a Hades, enseguida los trasladaba al mundo de los muertos.

Tanatos era representado por un hombre joven con barba, cargaba en sus manos una mariposa, una corona o una antorcha invertida, en ocasiones lo simbolizan con dos alas y una espada sujeta a su cinturón. (Figura 6)



Figura 5. Eros.

http://e-n-r-r-i.blogspot.com/2008_01_01_archive.html



Figura 6. Tanatos

<http://tanatologia.org/seit/tanatos.gif>

Eros viene a dar la vida con sustento sexual y dirige su fuerza hacia lo erótico, con el fin del amor, fundado en el principio de cohesión, que consiste en crear unidades cada vez mayores y mantenerlas. Mientras que Tanatos busca la destrucción del objeto, disolver los conjuntos y destruir las cosas mediante el odio llevando lo orgánico a inorgánico

Al hablar de éstos como pulsiones, su función en la psique actúa de forma silenciosa y se vuelve observable hasta que se ejecuta, pero en dicho proceso interno ambas son influidas por factores tanto internos (necesidad de amor y aceptación) como externos (exigencias de la civilización). Ya que la sociedad espera que el Eros del sujeto siempre esté presente, lo cual pone a su Tanatos solo con dos opciones, siendo la primera un camino de autodestrucción del individuo o de la comunidad o la agresión dirigida hacia fuera, la cual salva al sujeto de la autoagresión, preservando su vida.

Aunque una dirige al sujeto hacia la continuidad y la otra hacia la destrucción, siendo ésta un tabú en la cultura, la mente humana siempre buscará el modo de satisfacer sus deseos aunque tenga que desviarlos para poder manejarlos.

Sin embargo estas desviaciones, no siempre son la vía más saludable, como es el caso de la patología sadomasoquista, por lo que debe ser tratada para que el individuo posea un estado de salud mental, en el cual no pierda su libertad, estando preso ante la adicción al dolor.

CAPÍTULO IV. TRATAMIENTO PARA LA ADICCIÓN AL DOLOR

a. Psicoterapia ante las adicciones.

A lo largo de nuestra vida se va almacenando una cantidad incuantificable de datos, del mismo modo se van actualizando y reestructurando con el paso del tiempo. Esta información es clasificada por el cerebro según la experiencia de cada sujeto, sin embargo no todo lo que se posee en esta especie de archivero es gratificante para el individuo, ya que algunos recuerdos le crean angustia y su yo busca eliminar esta sensación tan displacentera, empleando una serie de mecanismos defensivos, manteniendo un equilibrio en su energía libidinal, creyendo en lo consciente que todo esta bajo control, aunque no lo este.

Algunas formas hacia las que se desvía la angustia tienen su origen en la historia del sujeto, pero esta información se encuentra guardada en lo inconsciente, por lo que es necesario que los individuos se sometan a psicoterapia, la cual es un proceso comunicativo bidireccional y sistematizado que se realiza entre dos o más personas, utiliza el lenguaje y sus códigos como medios para generar cambios en situaciones desadaptativas del individuo, donde los mensajes dentro del lenguaje son influenciados por circunstancias ambientales y psicofísicas del sujeto.

Al referir lo anterior, la forma en que se puede concebir a la psicoterapia, las variaciones en su procedimiento y finalidad, depende de la orientación desde la cual ésta sea aplicada. Aunque en este caso la abordó desde la terapia psicoanalítica, que asume al trastorno desde lo motivacional de la naturaleza del inconsciente que recae en conflicto e impide a la persona revertir voluntariamente la situación que le atañe. De ahí que este tipo de terapia se centre en descubrir el origen del conflicto intrapsíquico a través de los relatos del cliente, aunque el proceso sea prolongado, pero se le enseñe al paciente a comprender su pasado y a hacer conscientes sus pensamientos, reconociendo sus resistencias.

Esta psicoterapia utiliza como técnicas: la *asociación libre* (método para hacer que el sujeto exprese cualquier pensamiento que aparezca en su mente durante la terapia). la *transferencia* (se produce cuando el cliente transfiere al terapeuta sentimientos que estaban en principio dirigidos a otro), y la *interpretación de los sueños* (implica ayudar al cliente a entender el contenido latente de sus sueños).

Con la información presente, es posible conocer su aplicación ante las adicciones, donde éstas son consideradas como la dependencia de un factor o sustancia, como consecuencia de su abuso.

Al aplicar el psicoanálisis sobre las adicciones se debe tomar en cuenta como primer paso el concertar la cita, aunque la demanda casi nunca llega como sufrimiento del sujeto ante el sadomasoquismo, ya que esto es lo que le causa placer, en vez de esto, los pacientes suelen referir dificultades para satisfacer sus necesidades sexuales, disfuncionalidad en la relación de pareja o familiar e incluso poca capacidad para mantener un empleo.

En esta primera parte, ya que es conciliada la cita, el terapeuta describe las características generales de lo que será la terapia, realiza el encuadre; después, con el paso de las primeras sesiones se sondea el historial de uso de drogas del sujeto, así como los tratamientos recibidos ante el mismo.

Se indaga acerca de los intereses y metas del individuo para conocer sus alcances en el ámbito escolar y profesional; también explora la historia familiar y contacto actual con esta, determina la situación del cliente y las relaciones que establece con los miembros de su familia, mientras ausculta en el habla para buscar conflictos o detalles significativos. Dentro de los posibles problemas surgen las posibles soluciones y con el trascurso terapéutico se trabaja sobre las resistencias, dentro de las cuales se encuentran los motivos de la adicción y lo que inconscientemente lo impulsó al consumo desmedido de cierta sustancia. (Stanton, M. D, & Todd T.1994)

La Psicoterapia ante las adicciones es el uso de una técnica para atender a la demanda del cliente, la cual siempre se centra en la cura del síntoma, por lo que se debe atacar desde el origen a la adicción, haciendo comprensible para el individuo el porque de su estado actual, así como el camino más saludable para el manejo de este, con la finalidad de adaptarse al medio y ser funcional.

b. Tratamiento del sadomasoquismo.

Como se abordó en capítulos anteriores, el sadomasoquismo es una parafilia, por lo que para tratarlo es necesario conocer ¿qué implica esta?, ¿cuál es su psicodinámica? y ¿en qué condiciones se presenta?

La parafilia se caracteriza por una recurrente e intensa aparición de fantasías sexuales o conductas que engloban a objetos, animales o personas que no dan su consentimiento para realizar la fantasía del sujeto y en otros casos dichas implican la producción de dolor o sufrimiento al otro o a si mismo. En este último donde embona el sadomasoquismo, donde en el aspecto masoquista la excitación depende de ser objeto de maltratos físicos, abusos o humillaciones por parte de la pareja. Y por otro lado, como su complemento se encuentra lo sádico, que es cuando la persona siente placer sexual al agredir, torturar, humillar o castigar a otro.

Pero hay un camino para llegar a sentir excitación ante tales eventos, situaciones influidas por factores inconscientes, como lo es la *voluntad de poder*, donde el sujeto debe demostrarse que es superior a su víctima; o el riesgo de llevar a cabo un acto en el cual se pone a prueba con la finalidad de ser el vencedor. Aunque también puede ser por venganza, experimentando un sentimiento de revancha como reparación ante un daño sufrido en etapas anteriores, que lo lleva a la hostilidad y resentimiento.

Todas estas emociones son tratables mediante la psicoterapia, aunado a la medicación, si estos ponen en riesgo su vida o la de los demás, que por lo general en este tipo de trastornos, ese es el caso. Pero al perder la libertad de

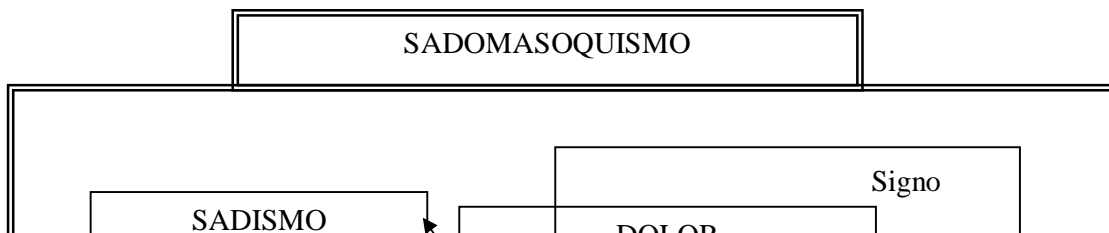
actuar con normalidad para obtener placer y ser dependientes de una conducta sádica o masoquista para lograrlo, los sujetos deben acudir a terapia para poder manejar este hecho adictivo.

El tratamiento del sadomasoquismo implica la indagación dirigida por la psicoterapia y el trabajo con la causa subyacente del comportamiento, el cual se relaciona con los factores inconscientes mencionados con anterioridad. Esto con el fin de que el sujeto logre conocer la causa de su parafilia y aprenda a manejar la información reprimida, liberándola para su análisis, dotándola de otro significado que le permita el paso de lo disfuncional a lo funcional en su relación con el otro y consigo mismo.

c. Propuesta de cura del sadomasoquismo desde su síntoma.

Hablando en términos clínicos se comprende a las psicopatologías desde su síndrome, el cual es un conjunto de signos y síntomas que ocurren en cierto tiempo y forma, con diversa etiología, adquiriendo un significado particular respecto a sus representaciones. Donde el síntoma refiere a cualquier manifestación consecuente con la alteración de la salud y que se hace evidente en la fisiología del enfermo y el síntoma como lo que dice el paciente de manera subjetiva ante lo percibido como componentes de su enfermedad. (Figura 7)

Dentro del sadomasoquismo encontramos como principal síntoma el placer ante el dolor, el cual presenta el masoquista al maltratado y el goce del sádico cuando lo ejerce. Lo cual lleva a suponer que el camino para tratar dicha eventualidad se encuentra en el tratamiento de estos, considerando que es meramente subjetivo, por lo que el psicoanálisis es una buena opción, ya que hay que indagar en la palabra del sujeto para saber que es lo que este sufrimiento recibido o ejercido le está proporcionando, que es merecedor de su placer.



Al ser adicto a esta serie de sensaciones, el sujeto está inmerso en la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales que lo conducen a episodios continuos de descontrol o abuso de lo que le produce placer, a pesar de las consecuencias, ya bien conocidas por el mismo.

Dentro de lo biológico encontramos la adicción a la dopamina que es liberada como efecto de la producción de adrenalina ante los estados de alerta en el organismo. Aquí el dolor es uno de ellos, por lo que resulta éste, como una sensación placentera y no displacentera, ya que actúa como medio para llegar a esa droga tan especial y natural que lo dota de goce.

En el ámbito psicológico, se puede abordar una postura psicoanalítica, ya que es posible que el detonador de la patología se encuentre en el inconsciente del sujeto, donde en etapas anteriores sufrió tanta angustia que lo tuvo que reprimir y desplazar hacia otra actividad que se identificará con lo sucedido, ya sea para repararlo o sublimarlo.

Socialmente hablando, el sujeto reconoce que es un acto anormal y peligroso, sin embargo busca grupos donde éste sea aceptado, ya que no desea alejarse de lo que desea y busca la adaptación al medio, aunque sea en el grupo de los desadaptados.

Un hecho es que para llegar a estas formas desviadas de adaptación, el sujeto debe percibirse de manera distorsionada, como puede ser una inadecuada autoestima, compensada mediante conductas complementarias para equiparar los simbolismos de su ser, las etiquetas asignadas a lo largo de su experiencia, que pueden dirigirlo al rechazo de sí mismos o de los demás. Pero como tienen que defenderse de ello, buscan algo que les anule dicho sentimiento y al encontrarlo se enganchan a esto y lo necesitan para funcionar en alguno o todos los aspectos de su interrelación con el medio.

Es aquí donde la adicción al dolor, en el caso de los sadomasoquistas, se vuelve un factor de funcionalidad desadaptativa pero explicable para su posible tratamiento.

En lo que al tratamiento concierne tenemos que atender el significativo asignado al dolor para cada individuo, ya sea sádico o masoquista, así como el porqué éste se volvió una necesidad al grado de crearle dependencia, para lo que se puede analizar su historia de vida buscando relaciones o estilos de comunicación maladaptativos, que hayan podido tornar en una dinámica de trato al otro equívoca para manejar el rechazo y la aceptación de alguna figura desplazada en el juego de la víctima o el victimario.

Hacer que el sujeto encuentre el momento o hecho reprimido que se escapa de lo inconsciente mediante diversas formas, para que pueda trabajar con dicha información, entendiéndola desde un punto que facilite su manejo e incremente su salud mental, rompiendo asociaciones patológicas, que se manifiestan de manera impulsiva, permitiendo que el ello sea el que manda, bajo un disfraz de conducta extrema, sea cualquiera que esta sea.

CONCLUSIONES

Respecto a lo referido en el presente trabajo es posible concebir al dolor como un conjunto de impulsos nerviosos que son transmitidos al cerebro y ocasionan una sensación, la cual en el caso de los sadomasoquista es placentera, ya que desde su aspecto biológico, los actos involucrados en dicho trastorno implican un grado de dolor en el cual es liberada la dopamina, causando goce y convirtiendo al hecho doloroso en un gusto adictivo.

Es desde este punto que la sustancia actúa como droga, la cual es considerada como tal, al ser introducida en el organismo alterando o modificando una o varias funciones psíquicas del sujeto. Además de inducirlo repetir su autoadministración por el placer que le genera, impidiendo el cese de su consumo sin sufrir malestar somático o psíquico.

Sin embargo desde el factor psicológico, su impacto reside en lo afectivo, manifiesto en la conducta, según el significado que le atribuya cada individuo a la sensación dolorosa. Pero al expresar su sentir, este puede ir dirigido hacia sí mismo o su entorno, porque no debemos olvidar que somos animales sociales, lo cual implica impactar a la sociedad por medio de nuestros actos. Así que para saber el efecto de esto sobre un contexto se debe saber que el dolor es considerado como algo malo o displacentero que solo sirve como aviso del cuerpo ante agentes que puedan alterar su estado. Situando a los sujetos que gozan del dolor en un segmento de la población considerado como desadaptativo.

Pero entonces, ¿cómo es posible que el individuo se enganche al dolor en el ámbito psicológico y social, si en estas áreas solo percibe rechazo?. Pues es aquí donde entra la función del psicólogo clínico para realizar un análisis de los factores inmersos en su historia de vida que hayan podido ser ligados o asociados al dolor y que papel está jugando éste en la actualidad, al grado de crearle dependencia emocional y sujeto adicto a un estilo de comunicación con el otro donde el juego de autoridad es aplicado al extremo. Sin hablar únicamente del sadismo o masoquismo de tipo sexual, más bien de cualquier

conducta considerada como sadomasoquista donde el sujeto lleva sus capacidades al límite con el objeto de marcar una postura ante si mismo o ante los demás; en la cual sufre pero goza.

En algunas ocasiones el dolor no llega a ser placentero como tal, si no, que fue asociado a un conjunto de cualidades que conforman una situación que desencadena en placer como fin último, siendo entrelazados en una estrecha relación, como una fórmula mágica donde “dolor es = a placer”, registrándose como uno solo, dificultando su separación para vivir de manera satisfactoria sin la necesidad de tortura, torturarse o ser torturado.

Pero si el dolor es tomado como una estrategia defensiva del sujeto ante la angustia, hay que averiguar ante que se defiende el yo y como es que éste evento se desplace a otra forma que definitivamente no es más saludable que otras, aunque tal vez si, que la origina. Pero el origen del trastorno varia en cada sujeto por lo que la solución no se encuentra más que en el propio sujeto y sus capacidad para entrar en análisis y trabajar con lo encontrado.

Por lo tanto el papel que el dolor juega ante las conductas sadomasoquistas, es el de una droga, ya sea física, psicológica o social, lleva al individuo a una dependencia que recae en adicción , volviendo al sujeto un ser fuera de la normalidad, con rasgos disfuncionales y por consiguiente problemas adaptativos.

Sin dejar de lado el hecho de que el goce es estructurante en el sujeto, por lo que todos lo buscamos y necesitamos, pero no por eso entramos dentro de un tipo patológico, la patología surge en la dependencia a esta búsqueda de goce mediante el dolor que poseen los sadomasoquistas, sin lo cual no funcionan.

GLOSARIO

Adrenalina: Hormona vasoactiva secretada en situaciones de alerta por las glándulas suprarrenales.

Adrenérgicos: Sustancias o fármacos que estimulan los receptores adrenérgicos (de los que hay tres tipos: Alfa, Beta y Dopaminérgicos).

Células cromafines: Células que almacenan vesículas secretoras de adrenalina.

Conductividad iónica: Migración de iones a través de una membrana.

Defensas maniacas: Intentos para evitar el proceso de intenso dolor y sufrimiento psíquico que estos descubrimientos psíquicos implican.

Delirios celotípicos: Idea delirante que tiene el sujeto, pensando que es traicionado por su compañero sexual.

Despolarización: Proceso químico mediante el cual una célula neuronal cambia su potencial eléctrico, normalmente negativo, a positivo mediante el intercambio de iones con ayuda de canales de cloruro y canales de sodio.

Displacer: Sensación desagradable percibida en el sistema de percepción de la conciencia cuando se produce un aumento en la cantidad de excitación.

Dopamina: Hormona y neurotransmisor producido en una amplia variedad de animales, incluyendo tanto vertebrados como invertebrados.

Droga: Toda materia prima de origen biológico que sirve para la elaboración de medicamentos, siendo el principio activo la sustancia responsable de la actividad farmacológica.

Ello: Parte del aparato psíquico que está en contacto con los estímulos provenientes del cuerpo, los cuales toman el nombre de pulsiones.

Escisión: Mecanismo de defensa y estado del yo que resulta de él, que consiste en el mantenimiento al mismo tiempo de dos actitudes, contradictorias y que se ignoran mutuamente, respecto de la realidad, en tanto esta contraría una exigencia pulsional.

Esquizofrenia: Diagnóstico psiquiátrico de tipo crónico y severo que describe un grupo de trastornos mentales en personas con alteraciones de la percepción o el contacto con la realidad.

Estructura psíquica: Conjunto de funciones sensitivas, afectivas y mentales de un individuo.

Etiología: Estudio de las causas sobre alguna enfermedad.

Ganglio celiaco: Ganglio prevertebral.

Goce: Placer doloroso.

Hormona: Sustancia química que recorre la sangre y controla las acciones de otras células u órganos.

Idealización: El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo atribuyendo cualidades exageradamente positivas a los demás.

Identificación: Mecanismo de defensa en el cual el sujeto atribuye incorrectamente a los demás sentimientos, impulsos o pensamientos propios que le resultan inaceptables.

Maniaco depresivo: Enfermedad mental caracterizada por la alternancia de fases maníacas y depresivas.

Modo fantasmático: Es un modo de situar una relación posible entre el sujeto y el objeto, un guión que pone en escena un deseo.

Negación: Mecanismo de defensa por el cual, el sujeto rechazan aquellos aspectos de la realidad que se consideran desagradables.

Neurosis: Conjunto de síntomas psíquicos y emocionales producidos por un conflicto psicológico que se ha vuelto crónico, conservando la capacidad para razonar coherentemente.

Neurotransmisor: Es un mensajero químico el cual permite que una neurona excite o inhiba la despolarización de otra neurona adyacente.

Nociceptores: Son los encargados de detectar y procesar la sensación dolorosa.

Noradrenalina: Sustancia química producida por algunas células nerviosas en la glándula suprarrenal, puede actuar como neurotransmisor y hormona.

Objeto: Expresión introducida por Jacques Lacan en 1960 para designar el objeto deseado por el sujeto y que se sustrae a él, al punto de ser no representable, o de convertirse en un resto no simbolizable.

Organización paranoide: Conjunto de rasgos de exagerada susceptibilidad, hipervaloración del yo, desconfianza y construcción mental peculiar.

Perversión: Desviación con respecto al acto sexual normal, definido como coito dirigido a obtener el orgasmo por penetración genital, con una persona del sexo opuesto.

Potencial de acción: Onda de descarga eléctrica que viaja a lo largo de la membrana celular.

Psicoanálisis: Método psicoterapéutico para el tratamiento de trastornos psíquicos, que utiliza técnicas de asociación libre y la interpretación de los sueños.

Psicofísico: Relación entre las magnitudes de los estímulos físicos y las respuestas sensoriales.

Psicopatología: Término utilizado para designar los sufrimientos del alma, y más en general, los trastornos del psiquismo humano, a partir de una distinción o un deslizamiento dinámico entre lo normal y lo patológico, variable según las épocas.

Pulsión: Tendencia instintiva que empuja a realizar o rehuir ante ciertos actos.

Rasgo: Elemento característico de la personalidad relativamente estable.

Reparación: Mecanismo, descrito por Melanie Klein, en virtud del cual el sujeto intenta reparar los efectos de sus fantasmas destructores sobre su objeto de amor.

Repolarización: Proceso por el cual la célula recupera su potencial de reposo.

Represión: Mecanismo de defensa que consiste en llevar fuera de la conciencia todo aquello que resulta doloroso o inaceptable para el sujeto.

Resistencia: Todo aquello que, en los actos y palabras, se opone al acceso de la información que se encuentra en lo inconsciente.

Sádico: Sujeto que posee un trastorno psicosexual en el que obtiene placer del acto de infligir dolor y humillación a otra persona para satisfacer sus deseos sexuales.

Self: Distinción establecida por Winnicott para designar el desarrollo del niño refiriéndose a un si mismo.

Significante: La palabra en si, es decir, nombre del objeto.

Simbolización: Mecanismo de defensa por medio del cual se usa una imagen mental o un pensamiento consciente como símbolo para disfrazar un pensamiento inconsciente que produce un estado de ansiedad.

Sinapsis: Es el punto de conexión funcional entre dos neuronas adyacentes.

Soma: Conjunto de células de un organismo.

Someter: Sujetar a dominio o autoridad a una o más personas.

Sublimación: Forma de desplazamiento de energía hacia un objeto que tiene valores ideales.

Superyo: Parte de la personalidad que tiene como función el formar la conciencia moral, los ideales.

Trastornos somatomorfos: Procesos por los cuales se transforman o convierten los problemas emotivos en síntomas somáticos.

Yo: Principio de realidad, donde se es consciente y tiene la función de comprobar la realidad, así como la regulación y control de los deseos e impulsos provenientes del Ello.

REFERENCIAS

- Bibliográficas

Alderete, J. A. (1997). *Manual clínico del dolor*. México: Ciencia y cultura latinoamericana.

Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura sistémica del maltrato familiar*. Barcelona: Paidós.

Braier, E. A. (1980) *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.

Brancroft, J. (1977). *Desviaciones de la conducta sexual*, , Barcelona, Breviarios de la conducta humana.

Brian, I.. (1994). *El juego prohibido. Historia social de las drogas*, Madrid: Tikal.

Centros de Integración Juvenil. (1999). *Guía Técnica del Programa de Atención Curativa*. México: CIJ.

Coderch, J. (1987), *Psiquiatría dinámica*, Barcelona, Herder, 1987.

DSM IV, (1997). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4° edición. Barcelona: Masson.

Escohotado, A. (1995), *Aprendiendo de las drogas*, Barcelona, Anagrama.

Etchegoyen, H. & Arensburg, B. (1977), *Estudios de clínica psicoanalítica sobre la sexualidad*, Barcelona, Nueva Visión.

Freud, S. (1992), *Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal*, *Obras completas, vol.17*. Bs. As., Amorrortu editores.

Freud, S. (1993), *El problema económico del masoquismo*, *Obras completas, vol. 19*. Bs. As, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1993), *Más allá del principio del placer*, *Obras completas, vol.18*. Bs. As., Amorrortu Editores.

Freud, S. (1993), *Pulsiones y destinos de pulsión*, *Obras completas, vol. 14*. Bs. As, Amorrortu editores.

Freud, S. (1996). *El Malestar en la Cultura*, *Obras Completas*, Amorrortu editores, tomo XXI.

Freud, S. (1996), *Tres ensayos de teoría sexual. Obras completas, vol.7*, Amorrortu editores.

Gannon, F. (1984), *Drogas ¿qué son y cómo actúan?*. México: Pax.

Generalitat V. *Trastornos Adictivos. Drogodependencia; clínicas y tratamientos psicobiológicos*, Valencia.

Girard, R. (1972). *La violencia y lo sagrado*. Anagrama.

Jenny, M. (2006). *Cara a cara con tu dolor. Estrategias y técnicas para reducir el dolor crónico*. Barcelona: Paidós.

Jonson, V., & Masters, W. (1985). *El Vínculo del Placer*. Barcelona: Grijalbo.

Kalina, E. (1988), *Adolescencia y drogadicción*, Buenos Aires, Nueva Visión.

Latorre, J. M. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas II. Ansiedad y Estrés*. Madrid.

Matlin, M. W., y Foley, H. J. (1996). *Sensación y Percepción*. México D. F.: Prentice Hall.

Matioli, G. (1989), *Psicoterapia del toxicómano*, Barcelona, Logos.

Miro, M. J. (2003). *Dolor cronico procedimientos de evaluacion e intervencion psicologica*. San Sebastian: Desclee de Brouwer.

Musacchio, A. (1992), *Drogadicción*, Buenos Aires, Piados..

Oughourlian, J. (1974), *La persona del toxicómano*, Barcelona, Herder.

Penzo, W. (1989). *El dolor cronico aspectos psicologicos*. Barcelona: Martinez Roca S. A..

Rosenfeld, H. (1978), *Estados psicóticos*, Argentina, Hormé.

Stanton, M. D, & Todd T. (1994). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas:*.Barcelona. Gedisa.

Sue, D. (1996), *Comportamiento anormal*, México, Mac Graw-Hill.

- Electrónicas

Adolescentes en riesgo, El Juego de la Asfixia.

<http://www.centrodos.com.ar/prensa2008/asfixia.html>

Alcohólicos Anónimos México:

www.alcoholicos-anonimos.org.mx/Milenio.

Asociación Internacional de Estudios del Dolor.

<http://www.iasp-pain.org>

Deportes Extremos.

<http://www.guanaquin.com/revista/2005/030405/portada.shtml>

Diccionario de Psicología Científica y Filosófica.

<http://www.e-torredebabel.com/Psicologia/Vocabulario/Tanatos.htm>

El Juego de la Asfixia Choking game.

<http://www.milenio.com/node/131333>

Estudio del Psicoanálisis y Psicología..

<http://psicopsi.com/Diccionario-psicologia-letra-S-Sadomasoquismo>

Narcóticos Anónimos Región México:

www.namexico.org.mx/

Revista Electrónica de Psiquiatría

http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol3num3/art_6.htm

Revista UCM Mediaciones Sociales

<http://www.ucm.es/info/mediars/MediacioneS3/Indice/Imbert/imberty.html>

Universidad Autónoma Metropolitana. Placer, Dolor y Perversión en el régimen estético.

http://bidi.xoc.uam.mx/busqueda.php?indice=KEYWORD&tipo_material= TODOS&terminos=Dolor&indice_resultados=0&pagina=1

- Hemerográficas

Almendro, M (1998). *Método revolucionario para curar toxicómanos*, Revista *Más Allá*,.

Casado, M. I. y Urbano, M. P. (2001). *Emociones negativas y dolor crónico*. Ansiedad y Estrés; Vol. 7, no. 2-3

Centros de Integración Juvenil. (2001), "Técnicas Cognitivo Conductuales en el Programa Preventivo", *Enlaces*, boletín de la Subdirección de Prevención, núm. 46, año XIV, julio.

Tabbia, C. (2000): Dolor mental y perversión, *AEPP, Revista de la Asociación Española de Psicoterapia Psicoanalítica*, Barcelona, Nº 3, Nov., pp. 89-107.
Revista Latinoamericana de Psicología, Fundación Universitaria Konrad Lorenz