

DEPENDENCIAS INTERPERSONALES: LAS VINCULACIONES PATOLÓGICAS. CONCEPTUALIZACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.

- Autor: **Arun Mansukhani.** Psicólogo Clínico (PsyD). Sexólogo. Consultor EMDR. Subdirector Instituto Andaluz de Sexología y Psicología. Málaga.
- En el libro: **Actualizaciones en Sexología Clínica y Educativa.** Huelva: Universidad de Huelva, 2013. p. 197-214.
- Para citar: Mansukhani, A. Dependencias Interpersonales: Las Vinculaciones Patológicas. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento. En: García AD y Cabello F, editores. Actualizaciones en Sexología Clínica y Educativa. Huelva: Universidad de Huelva; 2013. p 197-214.
- Contacto: arun@arunmansukhani.com

1. INTRODUCCIÓN

1.1. LA DEPENDENCIA INTERPERSONAL PATOLÓGICA (DIP) ES UN GRAVE PROBLEMA SOCIAL Y CLÍNICO.

Efectivamente, la DIP constituye en la actualidad un grave problema, tanto social como clínico. Esta afirmación se sustenta en:

- La dependencia interpersonal patológica subyace o es una condición comórbida en la mayoría de los trastornos mentales y emocionales. De hecho, siguiendo a Sierra-Siegert¹ del Psychiatry Institute de Londres, podemos agrupar todos los trastornos emocionales y mentales según presenten síntomas de uno de los cinco grupos sintomáticos más frecuentes: de ansiedad, del estado de ánimo, disociativos-postraumáticos, psicóticos y adictivos. En este contexto, la DIP está relacionada con cada uno de los 5 grupos sintomáticos. Cuando en clínica se trabaja con trastornos del estado de ánimo o de ansiedad o de adicción, vemos que hay problemas de dependencia como causa, consecuencia o ambas. En la mayoría de los casos también encontramos problemas, actuales o más frecuentemente en el pasado, con las figuras de apego, otra de las facetas de las relaciones de dependencia. Por último, también los trastornos de personalidad, por ejemplo el Trastorno Límite, están frecuentemente relacionados con la DIP.
- La DIP causa un enorme malestar subjetivo tanto a aquellas personas que se encuentran enredadas en relaciones disruptivas como en aquellas otras, cada día más numerosas, que han renunciado a la posibilidad de tener una pareja. Cualquier profesional de la salud que haya trabajado con parejas o personas que se encuentran inmersas en relaciones de vinculación patológica es consciente de la cantidad de sufrimiento que atraviesan. Por otro lado, un número cada día mayor de personas deciden, tras un número de relaciones fracasadas, renunciar a tener una pareja. Son personas que han aprendido, a lo largo de sus relaciones, que la única manera que tienen de mantener el equilibrio emocional es renunciando a tener pareja. Estas personas pueden aparentar no tener un problema de dependencia y encontrarse equilibradas pero en realidad el problema está, digamos, soterrado y saldría a la luz si iniciasen una nueva relación.
- La tercera razón, quizás la más grave, es que la dependencia está directamente relacionada con graves problemas de violencia social. En nuestras sociedades, la mayor parte de la violencia ocurre en entornos intrafamiliares y, en estos, los problemas de dependencia suelen jugar un papel central. Así día tras día observamos en las noticias como la dependencia interpersonal está directamente

relacionada con situaciones de violencia doméstica, incluyendo el maltrato o en los casos más graves el suicidio y/o homicidio (parejas, hijos y otros miembros de la familia).

1.2. LA DIP SE ENCUENTRA SUBDIAGNOSTICADA.

Si sumamos el número de pacientes cuya patología está directa o indirectamente relacionada con la dependencia interpersonal y la gravedad de estos problemas, queda claro que la DIP es una condición que los profesionales de la salud mental no podemos permitirnos ignorar. Es perentorio por tanto que dispongamos de modelos y herramientas que nos permitan diagnosticar y tratar la DIP.

Posiblemente por no disponer de dichas herramientas, la DIP se encuentra claramente subdiagnosticada o desatendida. Es frecuente encontrarse con personas que vienen a consulta con un historial de tratamientos previos, farmacológicos y/o psicológicos, a los que no se les ha prestado atención a sus relaciones de dependencia. En otros casos, si bien el profesional en cuestión sí ha recabado información acerca de la historia de las relaciones, no ha tratado de forma específica nada relacionado con la forma de vincularse de la persona. Cito como ejemplo el caso de una mujer que tratamos hace 2 años y que en los últimos 10 años había tenido 4 episodios depresivos, cada uno de ellos mientras tenía una relación conflictiva y/o tras una ruptura. Había sido tratado con ISRS y terapia cognitiva para la depresión pero nunca se había trabajado su dependencia. Es frecuente que una persona acuda, generalmente inmersa en una fase depresiva, a un profesional de la salud mental tras terminar su última relación de pareja. El profesional en cuestión trata dicha situación y se va observando una mejoría progresiva en los síntomas del paciente hasta que se le da el alta. Ambos, el paciente y el profesional, están convencidos de haber tratado satisfactoriamente la situación, incluso dedicando tiempo a hablar de la dependencia pero sin trabajarla sistemáticamente. Normalmente lo que ocurre es que los rasgos dependientes no se aprecian porque el paciente no se encuentra en una relación pero, en cuanto esto ocurra, la forma patológica que tiene de vincularse es muy probable que vuelva a emerger. Por último, como veremos más adelante, hay determinados tipos de comportamiento dependiente (por ejemplo los tipos evitativos) que no son considerados como tales (ni por la propia persona ni, muchas veces, por los profesionales de la salud mental) y también se pasan por alto.

Así que la DIP está siendo subdiagnosticada y pasada por alto en muchos casos. Es muy probable que esto esté ocurriendo porque al no existir modelos y herramientas para tratar una condición en particular, se tiende a no prestarle atención. El objetivo de este artículo es proporcionar un modelo integral, así como describir someramente herramientas específicas, para conceptualizar, diagnosticar y tratar la dependencia interpersonal patológica.

2. CONCEPTUALIZACIÓN.

2.1. LA DEPENDENCIA INTERPERSONAL ES NORMAL EN HUMANOS.

Lo primero a tener en cuenta es que la dependencia interpersonal, per se, no es patológica en los seres humanos. Yo, sin ir más lejos, tengo dos hijas que dependen en gran medida de mí; es más, yo también dependo emocionalmente de ellas. De hecho, esta dependencia es beneficiosa y, si es sana, gratificante para todos los implicados. Si observamos a las personas vemos que dependemos unos de otros hasta el punto de que si encontrásemos a alguien absolutamente independiente, que no necesitase tener vínculos con nadie, consideraríamos a esa persona como una persona enferma emocional y socialmente. Esto es así porque nuestra especie es una especie social². El término especie social, tomado de forma restrictiva, exige que haya “grupos permanentes de adultos viviendo juntos”². En los humanos se dan múltiples formas de interacción entre individuos adultos, convirtiéndonos sin duda en la más social de todas las especies, con el permiso de las especies eusociales (abejas, hormigas,

termitas, etc)³. Esta sociabilidad, esta necesaria interacción entre individuos, tiene, en los seres humanos y desde un punto de vista evolutivo, tres razones fundamentales:

- La reproducción sexual, que obliga a los individuos a interactuar con el fin de reproducirse.
- El tener crías inmaduras (la base de nuestro desarrollo como especie) nos obliga a un largo período de crianza y a la formación de vínculos materno-filiares y otra serie de vínculos. Para ello, la evolución nos dotó del apego^{4,5}.
- Nuestra evolución posterior nos convirtió en animales gregarios, como todas las especies que están cercanamente emparentadas con nosotros. Pero de entre todas las especies de primates, como ha puesto de manifiesto con sus trabajos Dunbar⁵, somos los que mantenemos grupos más numerosos y dependemos en mayor medida de la manada para nuestra supervivencia.

2.2. EL OBJETIVO NO ES LA INDEPENDENCIA SINO LA DEPENDENCIA SANA.

Como creo que habrá quedado claro, somos seres sociales y, por tanto, la independencia emocional absoluta, la incapacidad o negativa para formar vínculos significativos, no puede ser considerada el estado de salud mental ideal. De hecho, como se verá más adelante, esta incapacidad para formar vínculos es también una forma de vinculación patológica. Más bien, una persona equilibrada es aquella que es capaz de establecer relaciones de vinculación significativa sana. Esta idea ha sido defendida por muchos autores como Stephen Covey⁷ en su concepto de interdependencia.

Esta distinción en cuanto al objetivo no es meramente formal y teórica. Cuando se trabaja con los pacientes es fundamental evitar la palabra independencia. En primer lugar porque cuando estamos ante una persona altamente dependiente, el mero hecho de citar el término independencia le generará una enorme angustia y la sensación de que ese estado es inalcanzable para él/ella. En segundo lugar, porque así empezamos desde el principio dejando claro cuál es nuestro objetivo en la terapia: hacer que la persona sea capaz de tener relaciones sanas y equilibradas, sin caer en un estado excesivamente dependiente o en un estado excesivamente evitativo, ambos extremos patológicos. De hecho, a lo largo de la intervención con estos pacientes, es frecuente que vayan cambiando su tipo de dependencia, por ejemplo de ser muy sumisos y complacientes, a querer alejarse de los demás. Hay que entender estos movimientos pendulares como normales, pero hay que mantener como objetivo terapéutico que la persona sea capaz de situarse en un punto que le permita tener relaciones interpersonales sanas.

2.3. LA PAREJA ES LA UNIDAD ASOCIATIVA DE MAYOR ÉXITO.

El humano es un ser gregario, y de todas las formas de unión, la pareja monógama (al menos socialmente) es la unidad asociativa de mayor éxito. De hecho, "it's the commonest form of union between men and women throughout human History"⁸ ("es la forma más común de unión entre hombres y mujeres a lo largo de la Historia de la humanidad"). Es más, actualmente la pareja se encuentra, como forma de unión, en un momento álgido. Muchas personas no entenderán esta frase ante el hecho de que un 80% de las parejas que se forman se rompan antes de los 10 años⁹. No obstante sabemos que la mayoría de estas personas habrá formado una nueva pareja antes de 1 año. No sólo la pareja heterosexual sino también la homosexual, que se parece cada día más en formas y roles a la pareja heterosexual.

Es por tanto en el seno de la pareja donde más se expresa la dependencia y los problemas relacionados con ella. Tradicionalmente, aún hoy, este sigue siendo el campo donde más se trabaja en relaciones de dependencia pero, como clínicos, cometemos un grave error si sólo nos centramos en las relaciones de pareja. De hecho, con frecuencia la persona que se vincula de forma patológica lo hace así en diversos ámbitos. Si miramos con atención, veremos trazas de esa forma de vinculación patológica en las relaciones con sus hijos, sus padres e incluso entre sus amistades y sus relaciones sociales.

2.4. LA DEPENDENCIA INTERPERSONAL Y EMOCIONAL ES INCLUSO MAYOR EN NUESTRA ÉPOCA.

Como decíamos, la dependencia se ha expresado siempre en la pareja pero, en tiempos recientes, puede que la DIP incluso haya aumentado. En su célebre libro “El miedo a la libertad” Erich Fromm planteaba: “It is the thesis of this book that modern man, freed from the bonds of preindividualistic society, which simultaneously gave him security and limited him, has not gained freedom in the positive sense of the realization of his individual self; that is, the expression of his intellectual, emotional and sensuous potentialities. *Freedom, though it has brought him independence and rationality, has made him isolated and, thereby, anxious and powerless. This isolation is unbearable and the alternatives he is confronted with are either to escape from the burden of this freedom into new dependencies and submission, or to advance to the full realization of positive freedom which is based on upon the uniqueness and individuality of man*”¹⁰ (la cursiva es del autor). Lo que Fromm planteaba hace más de medio siglo es algo que vemos claramente hoy en día: muchas de las estructuras sociales (familiares, religiosas, etc.) que sustentaban a los individuos hasta hace relativamente poco en términos históricos, han desaparecido o se han debilitado considerablemente. Una de las consecuencias de ello es que el peso que recae sobre la pareja sea aún mayor que en otras épocas históricas, al tener que asumir éstas funciones que antes eran absorbidas por esas otras instituciones sociales.

A lo anterior hay que unir el hecho de que, en las sociedades desarrolladas, la mayoría de las parejas se forman basándose en el amor romántico, cosa prácticamente inédita hasta el siglo pasado en la historia de la humanidad. Sin entrar en profundidad en este tema, señalar que este es otro elemento que hace aumentar las expectativas en la pareja y seguramente eleva aún más la probabilidad de tener una relación patológica.

Por todo lo anterior, se espera que un compañero/a emocional cubra nuestras:

- Necesidades sexuales (incluyendo las reproductivas). La mayoría de las parejas de nuestro entorno son, al menos explícitamente, monógamas. Esto significa que esperamos que nuestras parejas cubran todas o la mayor parte de nuestras necesidades sexuales.
- Necesidades emocionales. Esperamos que nuestras parejas cubran nuestras necesidades de comunicación (nos escuchen), nos den apoyo moral y emocional, estén ahí cuando tenemos un mal día en el trabajo, nos arropen en los momentos difíciles, etc.
- Necesidades sociales: Una vez que las personas tienen una relación de pareja, con frecuencia re-direccionan sus actividades sociales, hobbies, visitas familiares, etc., para incluir a sus parejas. Esto es un peso más que cae sobre la pareja. Por ejemplo, cuando trabajamos en terapia de parejas vemos que un número considerable de los problemas en la pareja surgen debido a conflictos con la familia política. Esto es porque seguramente son muchas las familias que tienen un funcionamiento leve o moderadamente patológico. Las personas que pertenecen desde siempre a esas familias están acostumbradas a funcionar con ese nivel de patología y tienen además vínculos con los distintos miembros pero, claro, el nuevo miembro ni tiene esos vínculos ni está acostumbrado a funcionar según las leyes de esa familia en particular.

El problema no es ya solo el enorme peso que obviamente recae sobre la pareja sino que además algunas de estas necesidades son inherentemente contradictorias. Esto ocurre sobre todo con nuestras necesidades emocionales y sexuales, que necesitan criterios distintos para su satisfacción. Por ejemplo para cubrir las necesidades emocionales los humanos necesitamos que nuestras relaciones sean predecibles, estables, duraderas...; mientras que para las necesidades sexuales necesitamos estímulos que sean novedosos, cambiantes (el

conocido efecto Coolidge). En definitiva, esperamos que sea la pareja la que cubra ambos grupos de necesidades.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se observará con facilidad la tremenda presión a la que se ve sometida la pareja en nuestro tiempo y que la empuja a niveles más altos de conflicto y dependencia. Hasta cierto punto se puede afirmar que la estructura de pareja es inherentemente conflictiva.

3. DIAGNÓSTICO

3.1. CUÁNDO SE CONVIERTE LA DEPENDENCIA EN UN PROBLEMA CLÍNICO

Una persona tiene una dependencia interpersonal patológica cuando muestra un patrón persistente o tendencia a:

- Tener una serie de relaciones interpersonales conflictivas, adoptando posturas de sumisión, dominancia o evitación (real o emocional) en sus diversas formas.
- Sentir que sus necesidades no están siendo satisfechas en las relaciones significativas con otros. Sentir de manera frecuente que dichas relaciones no le gratifican sino que más bien son fuente de frustración, responsabilidad o decepción (en ocasiones traición).
- Renunciar a tener relaciones interpersonales significativas a través del distanciamiento-aislamiento real o emocional.

Una de las variables que utilizamos a la hora de analizar las relaciones es si estas son horizontales (se dan de igual a igual) o verticales (se dan cuando la relación es de arriba-abajo –como puede ser el caso de los padres hacia los hijos-, o de abajo-arriba). Pues bien, la sensación con este tipo de personas es que no toleran las relaciones horizontales, intentando convertirlas todas en verticales. Es decir, como si no fuesen capaces de aceptar las relaciones vinculatorias entre adultos (ya sea con las parejas, amigos, etc.), que deberían ser relaciones entre iguales, falibles e imperfectas, con un grado de incertidumbre, condicionales en mayor o menor medida. En su lugar, necesitarían una relación absolutamente incondicional y segura, casi perfecta, vertical, donde ellos dependan altísimamente de esa persona (esa persona satisfaga casi todas sus necesidades, cosa obviamente imposible), ellos controlen a la persona (directamente mediante la agresividad o indirectamente mediante el chantaje) o bien mantengan una distancia (real o emocionalmente). Si la relación no es casi perfecta, para ellos supone una decepción confirmada o un riesgo. Además, son prácticamente ciegos a como contribuyen ellos, con sus miedos, angustias o prevenciones, a hacer que estas relaciones fracasen, culpando enteramente al otro/a de los problemas. En muchos casos, dan la sensación de simplemente confirmar, en la primera ocasión que tienen, sus preconcepciones. En otros casos aún más graves, parecería que no fuesen capaces de vincularse más que haciendo daño o hiriendo a la pareja o las personas significativas de su vida.

3.2. CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DE LA DIP:

Se puede agrupar la patología mostrada por las personas con vinculación patológica en tres áreas:

- Desregulación emocional:
 - Presentan con frecuencia híper (ansiedad, miedo, rabietas, ira, enfado, etc.) o hipoactivación (tristeza, apatía, desgana, etc.). Les cuesta mucho mantenerse dentro de lo que se conoce como la ventana de la tolerancia afectiva^{11, 12}.
 - Tienen deficientes mecanismos de auto-regulación emocional interna, teniendo que recurrir a la regulación externa (p. ej., si se sienten mal por

algo que han dicho, no podrán calmarse internamente sino que necesitarán llamar y hablar con la persona a la que se lo han dicho de forma inmediata, casi compulsiva). Esta desregulación conduce al siguiente punto.

- Desregulación del comportamiento inter-personal:
 - Muestran formas de relación/vinculación patológica: necesitan un nivel de contacto altísimo o, por el contrario, niveles altos de evitación. Requieren relaciones verticales.
 - Necesidad de controlar el comportamiento de la pareja, ya sea de forma directa o indirecta. Esta necesidad se basa en su miedo al abandono-rechazo, su desconfianza hacia los demás y a su desregulación del yo (ver más abajo).
 - En ocasiones más graves, casi parece que necesitan herir, dañar o traicionar a la persona con la que mantienen una relación emocionalmente cercana. No parecen poder vincularse sin este tipo de comportamiento desorganizado.
- Desregulación de la autopercepción y la autoestima:
 - Desregulación del sentido del yo. En ocasiones el sentido del yo es totalmente dependiente de los demás. Pueden presentar una personalidad camaleónica, que imita los gustos y las opiniones de las personas a las que se sienten vinculadas (no solo parejas, pueden ser amigos a los que imitan incluso en la vestimenta o el peinado). También hay casos en los que, a medida que progresa la terapia, emerge un sentimiento de “no existir” que les genera un profundo malestar.
 - Problemas de autoestima: puede aparentar ser muy baja o en ocasiones fluctuar de un extremo a otro. También pueden exhibir en ocasiones una buena autopercepción (ser capaces de reconocer objetivamente sus virtudes), combinado con un sentimiento de profundo auto-desprecio o con verbalizaciones auto-denigrantes.

3.3. TIPOS DE DEPENDENCIA INTERPERSONAL PATOLÓGICA.

Atendiendo a como se despliegan sintomáticamente las tres áreas anteriores, tenemos toda una serie de tipos y subtipos de DIP. Obviamente no son tipos ni rasgos inamovibles sino el resultado de intentar sistematizar los diferentes aspectos que va viendo a lo largo de los años cualquier profesional que trabaja con este tipo de pacientes. Los tipos descritos son además, abstracciones, casi caricaturas si se me permite. Los distintos rasgos referidos se dan de formas mezcladas en las personas y con distintos niveles de gravedad.

Tradicionalmente, se ha considerado que las personas dependientes eran aquellas que se mostraban sumisas, necesitadas y siempre se encontraban en actitud de demanda hacia la persona de la que dependían. Hoy en día, entendemos sin embargo, que el concepto de dependencia es más complejo. Partimos del hecho de que los vínculos patológicos se expresan en diadas en la que ambos miembros se están comportando de forma dependiente. Para entender mejor esta idea, veamos someramente los diferentes tipos de DIP y cómo se vinculan:

- **DIP tipo Sumiso (subtipos complaciente e indefenso):** Es el caso más claro de ver, el que tradicionalmente se ha considerado como dependencia emocional. La emoción más frecuente en este subtipo es la ansiedad. En consulta es más frecuente que sean mujeres las que exhiben este tipo, si bien también muchos hombres lo hacen. Es aquella persona que ante el temor de ser abandonada o rechazada adopta un rol sumiso en las relaciones interpersonales con el fin de evitar el rechazo y/o abandono (real o emocional). Son personas que están en riesgo de estar en relaciones abusivas, ante su dificultad para terminar una

relación de este tipo cuando se inicia y su disposición a tolerar determinados comportamientos. Solemos dividirlos en dos subgrupos: complaciente (intenta siempre tener contenta a su pareja, se desvive por su bienestar olvidando el suyo propio) e indefenso (se muestra sumisa pero indefensa y hace que la persona que se relaciona sea la que se ocupe de sus necesidades). En este último caso se acerca mucho al pasivo agresivo, que se incluye en el siguiente apartado, pero en el caso de la persona sumisa-indefensa, no muestra pautas agresivas, ni siquiera pasivas, si bien se puede considerar que domina la relación a través de su indefensión.

- **DIP tipo Dominante (subtipos agresivo, pasivo-agresivo y cuidador):** Es aquella persona que se muestra dominante en sus formas y comportamiento externo. La emoción predominante es el miedo, que se manifiesta en comportamientos de control e ira. Tradicionalmente, no se ha considerado a estas personas dependientes sino todo lo contrario. De hecho, muchas veces se muestran, más que dependientes, como muy independientes y dispuestos siempre a terminar una relación con la que se sienten a disgusto o incómodos. Con frecuencia parecen completamente hartos de la relación y amenazan constantemente con dejarla o lo llegan a hacer en numerosas ocasiones, tras las cuales siempre vuelven ante la insistencia de su pareja. Pero todo esto no es más que una fachada, inconsciente para el propio sujeto. Observamos esto cuando estas personas son dejadas y sienten la sensación de pérdida, momento en el cual cae su fachada y se vuelven personas que quieren volver a toda costa con la persona a la que dejaron, a la que ahora consideran llena de virtudes mientras que antes sólo le veían defectos. Suelen mostrar entonces un alto nivel de compulsividad y dependencia. Dividimos este tipo en tres subtipos: agresivas (aquellas que muestran de forma directa su dominio y necesidad de control), pasivo-agresivo (son aquellas personas que ejercen su dominio desde el chantaje emocional) o cuidadoras (en este último caso se acercan mucho al codependiente que se verá más adelante). Suelen con frecuencia presentar rasgos de personalidad narcisista, paranoide o tener personalidades agresivas. También suelen presentar rasgos celotípicos. Un rasgo común a todos ellos es el gran miedo a ser dominados o abandonados, razón por la que se muestran ellos tan dominantes en la relación, buscando tener sensación de control y seguridad. Varían mucho en niveles de desorganización emocional y, por tanto, en el peligro que suponen.
- **DIP tipo Evitativo (subtipos manifiesto, emocional y suspicaz):** Son aquellas personas que presentan un alejamiento emocional de los demás o una pauta de vinculación que podríamos llamar de “sí pero no”. La emoción primordial en este subtipo es la tristeza, que emana de una profunda sensación de soledad, y que aparece con frecuencia como apatía, desgana o desinterés. Son dependientes porque, a pesar de su fachada evitativa, necesitan a los demás. De hecho, si fuesen evitativos “perfectos” no mantendrían relaciones con los demás y seguramente no causarían problemas. Pero en la mayoría de los casos, mantienen relaciones pero muestran un muy bajo grado de implicación. Este bajo grado de implicación puede ser palpable y explícito (no reconocer públicamente a su pareja o negarse a realizar actividades sociales con la misma por ejemplo). Es el subtipo que llamamos evitativo manifiesto. En otros casos, este bajo grado de implicación es tácito y el alejamiento es fundamentalmente emocional, mucho más sutil y difícil de percibir (no se implican emocionalmente en sus relaciones y generan una sensación de vacío a las personas que los tratan); es el subtipo evitativo emocional. Al inicio de una relación, mientras dura la fase de enamoramiento (que suele ser más corta en ellos) se pueden mostrar implicados, con frecuencia excesivamente, para después cambiar, en ocasiones gradual y otras súbitamente, y mostrarse evitativos y emocionalmente distantes. En general estos dos tipos de DIP-evitativo

suelen vivir las relaciones como una responsabilidad y una carga y no disfrutan excesivamente del contacto interpersonal. Hay aún un tercer subtipo al que denominamos evitativo suspicaz. Estas personas suelen aparecer socialmente muy implicadas y vinculadas pero, cuando hacemos un análisis cuidadoso de sus relaciones, suelen tener muchos conocidos y pocos o ningún amigo. Mantiene una fachada acomodaticia, en ocasiones durante años. Poseen un enorme encanto superficial (p ej., llevarse muy bien con la familia o los amigos de su pareja) y en algún momento se descubre algo (con frecuencia una o varias infidelidades) momento en el que reaccionan con extremada dureza y crueldad y rompen las relaciones con todas las personas que los han descubierto. Suelen generar la sensación, en ese momento, a las personas de su entorno de que no los conocían en absoluto. Muestran tácitos rasgos paranoides pero, a diferencia de los DIP-dominante, grupo en el que los rasgos paranoides tomaban la forma de “los demás te pueden hacer daño, hay que dominarlos”, en los evitativos-suspicientes suele tomar la forma de “no te puedes fiar de nadie, mejor no implicarse porque al final todo el mundo te decepcionará”; es como si tuviesen la certeza de que los demás no son de fiar y a la primera ocasión confirman su hipótesis. Son híper sensibles a lo que ellos consideran agravios. Suelen tener una historia de abandono (real o emocional) temprano. De hecho, cuando empiezan a abrirse en terapia, suelen tener una larga lista de agravios (traiciones, abandonos) de todas las personas de su alrededor, mientras permanecen ciegos a cómo ellos mismos con su comportamiento han podido contribuir a esas situaciones. En consulta al menos es más frecuente ver patrones evitativos en hombres que en mujeres.

- **DIP tipo Codependiente.** También conocida como dependencia inversa, la codependencia es aquella situación en la que, para sentirme seguro en una relación, tengo que sentir que la otra persona es muy dependiente de mí. La sensación predominante en el codependiente es la preocupación por el otro; hacen girar sus vida en torno a las necesidades ineludibles e inaplazables de la persona que tienen al lado, entienden el vínculo exclusivamente como cuidado. Pero a diferencia de la persona con dependencia sumisa, a la que le resulta casi imposible reconocer (y por tanto satisfacer) sus propias necesidades y deseos, el codependiente sí que tiene en cuenta sus propios deseos y en el fondo es lo que está persiguiendo. Por esto la considero más cercana a las formas de dependencia dominante que a las sumisas. Casi pueden llegar a referir una sensación de no existencia fuera las relaciones con los demás. El codependiente extrae su sensación de valía de lo mucho que la otra persona le necesita. Frecuentemente contribuyen inconscientemente a que el otro se mantenga en un estado de necesidad y dependencia. En esos casos extremos, se puede considerar casi una versión emocional del Síndrome de Munchausen por poderes (en el que las personas hacen que otras que están a su cargo enfermen). Es muy frecuente ver este patrón en familiares o parejas de toxicómanos por ejemplo, aunque también se encuentra en otro tipo de relaciones. Como en otros tipos de dependencia, este patrón va haciendo que la persona con la que se vincula el codependiente esté cada vez más necesitada y débil emocionalmente.
- **DIP tipo Oscilante.** El patrón oscilante de DIP se da en aquellas personas que pasan con frecuencia de rasgos dominantes (o demandantes más bien) a rasgos sumisos. El aspecto emocional esencial en este grupo son los altibajos emocionales (ira, ansiedad, tristeza, culpa), así como una gran inconsistencia en su auto imagen. Con frecuencia reciben distintos diagnósticos como personalidad límite, cicladores rápidos e incluso maníaco-depresivos; grupos diagnósticos con los que comparten rasgos pero de los que también se distinguen. Suelen tener un largo historial de relaciones conflictiva previas, iniciándose por lo general con relaciones traumáticas

con sus figuras de apego. Muestran elevados niveles de ira en unos momentos y, en otros, de tristeza y/o culpa. Suelen tener relaciones muy conflictivas y, a diferencia de los tipos anteriores que rara vez forman parejas con personas con el mismo tipo de dependencia, éstas pueden ser con personas que también exhiben rasgos oscilantes en sus relaciones.

Aunque algunos de estos tipos no muestren rasgos dependientes inicialmente (en especial los dominantes y los evitativos) si perciben sensación de pérdida pueden cambiar radicalmente este aspecto. Esto conduce a otro elemento esencial en las relaciones de dependencia patológica: una persona puede cambiar de un tipo a otro con tal de que cambien las circunstancias externas. Por eso considero justificado agruparlos bajo el paraguas de la DIP. Ya se ha visto como algunas veces la dependencia cambiará de un estilo dominante a un estilo sumiso. Recuerdo el caso de una paciente, mujer, inserta en una relación machista con su pareja en la que se mostraba totalmente sumisa, hasta que su pareja sufrió una grave ciática que lo hizo dependiente de ella, momento en el cual ella se convirtió en una dominante agresiva y él en un dependiente sumiso, intercambiando así durante meses los roles que habían llevado a lo largo de toda su vida de pareja. El cambio de evitativo a sumiso, también de forma temporal y ante el miedo a la pérdida, se observa igualmente con frecuencia.

A veces incluso es la terapia la que provoca los cambios, por ejemplo es frecuente que en un estadio intermedio de la terapia, una persona que era totalmente sumisa con su pareja sea capaz de expresar más su ira o se vuelva más evitativa ante el miedo a la pérdida. Es importante tener esto en cuenta y ayudar a los pacientes a que completen el proceso y no a que cambien un estilo de vínculo patológico por otro.

Aunque el análisis de cómo una persona que ha mostrado unos rasgos y repentinamente muestra otros es muy interesante, es imposible efectuarlo en profundidad en el espacio de un artículo. Sí que queremos señalar que para entender (y trabajar este fenómeno) hay que recurrir a teorías de personalidad no unitaria, como se verá en el apartado dedicado a terapia.

Todo lo anterior destaca el hecho de que los tipos no son inamovibles ni rasgos esenciales de la personalidad, sino que más bien son un patrón de comportamiento (aunque a veces muestren una gran persistencia transituacional y temporal) que se da en el seno de una determinada relación y en un momento determinado. Señalar que en el seno de una relación dependiente, cada uno de los miembros irá mostrando comportamientos cada vez más extremos; también que las propias relaciones de dependencia pueden generar rasgos de personalidad dependientes, invirtiendo el orden de los factores, si bien este es un tema que por su extensión deberá ser abordado en otro momento.

Por último, como se ha apuntado, las personas con rasgos patológicos de dependencia suelen ser más probable formar pareja con personas con determinados rasgos. Al menos esta ha sido una regularidad que llevamos encontrando durante años en consulta. Por ejemplo una persona sumisa (complaciente o indefensa) es muy poco probable que forme pareja con otra persona con rasgos sumisos. Formará pareja con más facilidad con una persona con rasgos dominantes (en mayor o menor medida) o rasgos evitativos. Recuerdo por ejemplo a una paciente que me decía, de una persona con la que había tenido una relación altamente conflictiva con la que había logrado terminar, “él me miraba como nadie, me tocaba como nadie, decía que me quería cuidar, estar todo el día conmigo... con los demás me aburro”. Vemos una y otra vez que estas elecciones suelen estar relacionadas con la historia afectiva de la persona, retrocediendo hasta sus primeras relaciones de apego. A continuación, se presentan los subtipos agrupados en una doble columna, en la cual los tipos de una columna es más fácil que formen pareja con los de la otra y no con los de la propia columna:

Dominante (agresivo y cuidador) Evitativo Codependiente Oscilante	Dominante (pasivo-agresivo) Sumiso Complaciente Sumiso Indefenso Oscilante
--	---

Cada una de las posibles combinaciones genera un patrón específico de interacción, extremo que no puedo abordar, por la brevedad requerida, en este artículo.

4. TRATAMIENTO

4.1. CONSIDERACIONES GENERALES.

- Los pacientes con DIP tienen un alto riesgo de descompensación y de sufrir abreacciones disociativas o retraumatización. Exigen pues extremar las precauciones con ellos.
- Los patrones de interacción rígidos crean y reflejan estados emocionales (de activación neuroendocrina) absorbentes. Los estados emocionales constituyen el epicentro del cambio. Cualquier intervención deberá disponer de herramientas de trabajo emocional.
- El cambio implica una nueva comprensión y una experiencia del yo mismo, del otro y de la interacción.
- El núcleo de las dificultades de estos pacientes son las relaciones de apego, siendo el terapeuta una figura de apego. Hay que entender en ese contexto las dificultades que se presentan en terapia y usarlas para analizar las dificultades del paciente con otras figuras relevantes.
- El terapeuta debe ser consciente de su estilo de apego y de sus propios problemas vinculatorios para no confundirlos con los del paciente. El terapeuta debe saber con qué tipo de dependencias le resulta más fácil trabajar y con cuáles no.
- Hay que saber aceptar los “monstruos internos” de los pacientes cuando se expresan en terapia, porque de lo contrario no será más que una nueva confirmación para ellos de que las relaciones humanas son peligrosas y decepcionantes.
- La intervención debe basarse en una relación terapéutica sólida, segura y que respeta los límites, puesto que en muchas ocasiones será la primera relación de vinculación sana que experimente el paciente.

4.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Si bien el núcleo de la intervención con estos pacientes ha de ser la intervención psicológica, el tratamiento farmacológico resulta de gran ayuda en la mayoría de los casos, siendo imprescindible en algunos, en especial con aquellas personas que muestran los niveles más altos de vinculación patológica. Sin pretender hacer un listado exhaustivo de los fármacos empleados, señalar que se suelen usar:

- Antidepresivos: la primera línea de intervención la constituyen los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina, tanto a dosis antidepresivas como antiobsesivas. También se utilizan AD tricíclicos como la Clomipramina o los tetracíclicos.
- Estabilizantes del ánimo: como el Topiramato o la Lamotrigina, imprescindibles en el DIP de tipo oscilante
- Betabloqueantes: Se suelen asociar los anteriores, en especial cuando hay elevados niveles de ansiedad y cuando se presentan comportamientos agresivos.

- Antipsicóticos: También se usan tanto para los subtipos sumisos y, sobre todo, para los subtipos agresivos. Son útiles los antipsicóticos atípicos como Quetiapina y Aripipazol y, en caso de no encontrar respuesta, se pasaría a Olanzapina o Risperdal.

El tratamiento farmacológico debe ser supervisado por médicos sensibilizados y formados en dependencia emocional y familiarizados con el tratamiento psicológico que se está llevando a cabo. Debido a la complejidad de estos casos, la intervención ha de ser necesariamente interdisciplinar, permitiendo que el tratamiento psicológico y farmacológico se complementen, razón por la cual debe haber un alto nivel de comunicación, entendimiento y confianza entre el psicólogo y el psiquiatra.

4.3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: MARCO TEÓRICO Y CLÍNICO.

El marco teórico del tratamiento psicológico de la DIP, tal y como la venimos desarrollando nosotros, se basa en la Teoría del Apego^{13, 14}, en especial el trabajo de apego en adultos^{15, 16, 17}. En cuanto al marco clínico, es esencial que el tratamiento se base en alguna terapia que permita trabajar con el trauma. Si bien disponemos actualmente muchos enfoques para trabajar el trauma como son Focussing¹⁸, Somatic Experiencing¹⁹ o Sensoriomotor Psychotherapy¹², nosotros usamos EMDR²⁰, desarrollado por Francine Shapiro, por ser la primera de todas estas aproximaciones, la más contrastada científicamente y la que seguramente mejores resultados obtiene. También es crucial trabajar con algún modelo de trabajo con personalidad no unitaria. Este tipo de aproximaciones han tenido un gran desarrollo en la última década y son numerosos los autores que están trabajando en esta línea. Por no hacer la lista interminable, citaremos a los dos en los que más se basa nuestra aproximación: Colin Ross²¹ y, en nuestro entorno, el interesantísimo trabajo de Mosquera y González²² combinando terapia EMDR con la propuestas sobre disociación y traumatización crónica efectuadas por Van der Hart et al²³.

4.4. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO: FASES.

La intervención consta de 6 grandes fases. Hay que entender obviamente que las fases no son estáticas e inamovibles sino que más bien son una guía que el clínico deberá ir aplicando de forma fluida en función de las necesidades de los pacientes concretos. Tal y como están formuladas aquí, son la guía general que utilizamos al trabajar con parejas. Obviamente, esto no siempre es posible, teniendo muchas veces que pasar a trabajo individual con dos terapeutas distintos o con uno solo (en el caso de ruptura de la pareja y/o abandono de uno de los miembros de la terapia), en cuyo caso la guía que proporcionamos aquí deber ser modificada para trabajo individual.

1. **Des-escalada y estabilización:** Constituye la primera fase, esencial para que se den las demás siempre. Es en esta fase en la que puede resultar muy útil un adecuado tratamiento farmacológico. Se intentará que ambos miembros logren comprender y aprendan a frenar el ciclo de interacción negativa. Para ello, tenemos una serie de objetivos y tareas:
 - (a) Restablecer seguridad en la relación. De hecho esta es la prioridad. Si sospechamos que uno de los miembros no se encuentra seguro nuestra prioridad ha de ser la protección de ese miembro utilizando todos los medios a nuestro alcance.
 - (b) Reducción de conflictos iniciales:
 1. Análisis de costes para ambos.
 2. Objetivo mínimo: ausencia de conflictos como único objetivo inicial. Todos los demás (no sentirse apoyados, queridos, etc., se postergan).

3. Prohibición de hablar de cualquier tema que lleve a conflicto.
Prohibición de hablar del pasado, en negativo y en general.
 - (c) Primeras técnicas de auto-regulación emocional (a corto plazo).
 - (d) Basándonos en lo anterior, aprender a frenar/cortar las discusiones. Entender ciclos de discusiones, con sus diferentes fases y ayudarles a entender como contribuyen/caen en el mismo, con un análisis antes-durante-después. Pactar forma de corte.
 - (e) Prescripción del síntoma y manejo del mismo.
2. **Solución de conflictos actuales:** Una vez se ha logrado el punto 1, se pasa a:
 - (a) Analizar y rehabilitar las habilidades de comunicación, basándonos en lo que han aprendido sobre ellos mismos en la fase 1. Para ello, huimos de cualquier intervención basado en el modelo de Shannon (emisor-receptor, etc.) y por tanto de los modelos atomistas de comunicación. Nos basamos en una visión de la comunicación emocional, cercano al modelo desarrollado por autores como Bateson o Watzlawick²⁴.
 - (b) Análisis de las interacciones y las formas de cambio del alo-comportamiento (verbal, emocional, por consecuencias y modelado) que utilizan. Aprendizaje de formas sanas de interacción.
 - (c) Aprendizaje de expresión de quejas y desacuerdos. Aprender a usar la comunicación para resolver problemas y no para crearlos.
 - (d) Puesta en práctica de esta habilidades en consulta partiendo de problemas reales actuales. En parejas con un nivel de conflictividad muy alto se les prohíbe incluso en consulta interactuar directamente, teniendo que hacerlo a través del terapeuta con la técnica de la mampara.
3. **Dotación y fortalecimiento de recursos. Solución de problemas individuales actuales:** En esta fase se pretende fortalecer los recursos propios así como instaurar habilidades básicas, como puedan ser las de autocuidado y que suelen estar dañadas en estas personas. También profundizamos en las habilidades de regulación emocional. Para ello:
 - (a) Aprender a detectar las necesidades propias. Aprender a respetar y cubrir las necesidades básicas, empezando por las homeostásicas. Creación de estructura y rutinas. Habilidades de autocuidado.
 - (b) Entender, distinguir y respetar las necesidades propias y ajenas. Aprender a establecer límites. Aprender qué hacer cuando el otro/a no los respeta.
 - (c) Profundizar en los recursos de auto-regulación emocional (a medio plazo). Entender los diferentes tipos de experiencia emocional interna y entender como los humanos usamos nuestras emociones para manipular a los demás. Aprendizaje de tolerancia a los afectos.
 - (d) Detectar otros posibles problemas y dotar de nuevos recursos. Modelo DAIP.
4. **Detectar, exponer y tratar problemas subyacentes:** Esta es una de las fases más importantes, aquella en la que se empieza la parte de la terapia que verdaderamente va a enfocar los problemas de fondo que han llevado a la persona a vivir las situaciones de conflicto. Someramente, para ello:
 - (a) Desde el análisis del conflicto presente, ayudar a ver los patrones vinculatorios repetitivos que usa la persona y entender cómo fueron los vínculos infantiles en los que se sentaron las bases para las relaciones posteriores.

- (b) Análisis y tratamiento (EMDR²⁰) de las distintas situaciones traumáticas (tanto trauma agudo como crónico) vividas.
 - (c) Entender el propio estilo de apego, basado en el estilo de apego de las figuras relevantes de la vida de uno. Progresar hacia un estilo de Apego Seguro Adquirido.
5. **Trabajo con partes:** Resulta tremendamente útil trabajar desde los modelos de personalidad no unitaria en cualquier caso pero además, en los casos especialmente graves, esto resulta imprescindible. Aquí resulta imposible resumir lo que se hace en este tipo de trabajo, ya se ha citado al principio de este apartado algunos de los modelos más conocidos en este sentido. Simplemente añadir que el modelo que hemos ido (o más bien estamos) desarrollando en el Instituto Andaluz de Sexología y Psicología desde hace años se basa en el trabajo realizado por Ross²¹ y, sobre todo y en nuestro entorno, Mosquera y González²². Ambos libros exponen los respectivos modelos de trabajo de sus autores. El modelo de trabajo en partes lo hemos adaptado al trabajo en pareja ayudando a los pacientes a ver como la interacción con algunas partes emocionales de sus parejas activan diferentes partes emocionales en ellos. Además, estamos desarrollando un modelo que permite integrar los distintos estilos de apego con las necesidades expresadas por cada una de las partes, todo lo cual simplifica y facilita el trabajo con este tipo de pacientes.
6. **Aprender estilos vinculatorios sanos y Generalización:** Constituye la última fase de la intervención y permite consolidar los estilos vinculatorios en las distintas áreas de la persona: familia, trabajo, etc.

REFERENCIAS:

1. Sierra-Siegert M. Despersonalización: Experiencia, Estructura y Neuroimagen. Actas del XIII Symposium Internacional sobre actualizaciones y controversia en Psiquiatría. Barcelona; 2006.
2. De Waal F, Tyack PL, editores. Animal Social Complexity: Intelligence Culture and Individualized Societies. Proceedings of the Conference on Animal Social Complexity and Intelligence; 2000; Chicago, Illinois, USA; 2003.
3. Wilson EO. The Insect Societies. Cambridge: Belknap-Harvard University Press; 1971.
4. Bowlby J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. New York: Routledge; 2005.
5. Bowlby J. The making and Breaking of Affectional Bonds. New York: Routledge; 2005.
6. Dunbar R. El Lenguaje crea el vínculo social. Mundo Científico. 2001; 224. 24-29.
7. Covey S. Los siete hábitos de la gente altamente efectiva. Barcelona: Espasa. 1990.
8. Encyclopaedia Britannica. Macropedia (Vol. 7). 15ª ed. Chicago: William Benton; 1979. Family and Marriage; p 155.
9. Publicación del INE, 2009.
10. Fromm E. The Fear of Freedom. New York: Harper; 1956.
11. Siegel DJ. The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience. New York: Guilford Press; 1999.
12. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body: A sensoriomotor approach to psychotherapy. New York: Norton; 2006
13. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol 1-3. London: Random House; 1969.
14. Holmes J. John Bowlby & Attachment Theory. New York: Routledge, 1993.

15. Holmes J. Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2009
16. George C, Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview. Berkeley, CA: University of California Press; 1985.
17. Main M, Goldwyn R. Adult Attachment Rating and classification systems. Berkeley, CA: University of California Press; 1994.
18. Scaer RC. The Trauma Spectrum. Hidden Wounds and Human Resiliency. New York & London: W.W. Norton & Company, N.Y. & London; 2005
19. Levine PA, Frederick A. Waking the Tiger. Healing Trauma. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1997
20. Shapiro F. EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular. México DF: Pax; 2004.
21. Ross CA. The Trauma Model: A Solution to the Problem of Comorbidity in Psychiatry. Manitou Communications; 2000.
22. González A, Mosquera D. EMDR y Disociación. El abordaje progresivo. Madrid: Ed. Pléyades; 2012.
23. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York: Norton & Company; 2006.
24. Watzlawick P, Nardone G. Terapia Breve Estratégica. Buenos Aires: Paidós; 2000.