

SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA AMOROSA (S.I.D.A.)

El Hospital para el tratamiento del *Síndrome de Inmuno Deficiencia Amorosa* (S.I.D.A.) estaba situado a las afueras de la ciudad. Su edificación, blanca, estilo colonial americano, le daba la apariencia de una afable casa de reposo. Tenía en la entrada un pórtico oval rodeado de columnas dóricas. El suelo era de mármol, sol tostado, con vetas rojas irregulares. La fachada disponía de amplias ventanas para que la luz inundara sus dependencias. Y su techo de tejas, color vino tinto, tactilizaba un aura agradable al local y a todo su entorno circundante.

La sobriedad neoclásica del edificio evidenciaba la rentabilidad económica obtenida mediante la actividad de dicha institución sanitaria. De hecho, eran muy numerosas las peticiones de ingreso, ya que el **S.I.D.A.** había incrementado epidérmicamente la lista de espera para entrar en la clínica. Su virus era muy contagioso desde hacía décadas sin haberse encontrado antídotos eficaces hasta ese momento. Pero el desamor no podía considerarse como una contingencia cubierta por el sistema contributivo de seguridad social.

El centro Hospitalario tenía un estanque presidido por las estatuas de Zeus, Afrodita y Harmonía. Su bor-

de izquierdo estaba flanqueado por las esculturas de Dióscuros y Dionisos, y el derecho por las figuras de Deméter y Pigmalión. El jardín, mezcla de grama y césped, se cuidaba con delicadeza extrema. Se decidió que no tuviera flores aromáticas para evitar primaveras nostálgicas; que los setos no pasaran de medio metro para evitar sensaciones de aislamiento; y que el pequeño lago de nenúfares no tuviese apenas profundidad para evitar algún caso extremo de suicidio.

Había que utilizar un medio de locomoción para trasladarse hasta la clínica. En la puerta, un miembro del equipo directivo daba la bienvenida a los clientes. Su experiencia en aquel puesto le había despertado la intuición de acertar, con muy escaso margen de error, la etiología que afectaba a cada visitante. Aun así, la inmensa mayoría subían los escalones con unos síntomas parecidos: aspecto hilachado, mirada huida, espalda corvada, autismo acúfeno, tristeza adelantada a la melancolía, y, en bastantes casos depresión exoendógena como diagnóstico inicial de los internables en el centro.

Llegados a recepción, los clientes debían confeccionar una hoja de ingreso estructurada en varios epígrafes. La primera parte contenía datos de identificación personal. En la segunda (*Anamnesis*), el paciente indicaría los antecedentes familiares y personales así como una aproximación caracteriológica de la etiología padecida. En sus diferentes apartados, debíase concretar qué sujeto decidió finalizar la relación afectiva junto a una aproximación cronológica al tiempo total vivido en pareja. También había que apostillar la situación sentimental de la que se provenía y la causa desencadenante del desamor desamado. Por último, la tercera parte del cuestionario se reservaba a las pruebas complementarias, el juicio clínico y las observaciones finales oportunas.

Para abordar esos extremos, e inferir así el nivel de **S.I.D.A.** padecido por cada enfermo, se contaba con un impreso formalizado cuyo contenido estructuraba los ítems siguientes:

**HOSPITAL DEL DESAMOR
HOJA DE INGRESO**

DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos.....
Lugar y Fecha de Nacimiento...../...../...../.....
Domicilio y Lugar de Residencia: C/..... CP.....
Profesión

DNI-Pasaporte.....

ANAMNÉSIS

A. MOTIVO DE LA CONSULTA (DETÁLLESE LA CAUSA DE LA RUPTURA, EL(LOS) SUJETOS QUE TOMÓ(ARON) LA DECISIÓN, Y EL TIEMPO TOTAL VIVIDO EN PAREJA¹.

.....
.....
.....
.....
.....

B. ANTECEDENTES FAMILIARES

.....
.....
.....
.....

¹ Consígnese en años, meses y días aproximados.

C. ANTECEDENTES PERSONALES: SITUACIÓN SENTIMENTAL PROVENIENTE²

- (1) Desengaño adolescente
- (2) In-amado
- (3) Separación: (3.1. de hecho.....) (3.1. de derecho.....)
(3.3. de deshecho.....)
- (4) Reincidencia
- (5) Malquerencia.
- (6) Anhedonia afectiva.
- (7) Muerte sobrevenida de la pareja
- (8) Otros.....

D. DETERMINANTES DEL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA AMOROSA (S.I.D.A.)

- (1) Desamor
- (2) Descariño
- (3) Desafecto
- (4) Hastío
- (5) Engaño
- (6) Autoengaño
- (7) Celotipia
- (8) Anorgasmia
- (9) Otros.....

JUICIO CLÍNICO

*** EXPLORACIÓN PSICO-FÍSICA** (Intralipoteraia, Proctoscopia, Teleonomía, etc).

.....
.....
.....

² Táchese lo que proceda.

* **EXPLORACIÓN ANÍMICA** (Amorímetro, Osciloscopio, Nocicepción, etc.)

.....
.....
.....

* **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS** (T.A.C., T.E.P., Analítica, Radiografías, Electrochoque, etc.).

.....
.....
.....

* **DIAGNÓSTICO** (Egodistonía).

.....
.....
.....

* **TRATAMIENTO S.I.D.A. PRESCRITO** (Singamia/ Dimorfismo sexual).

.....
.....
.....

* **OBSERVACIONES**

.....
.....
.....

FECHA INGRESO...../...../.....

ALTA HOSPITALARIA...../...../.....



* **FORMA DE REALIZAR EL PAGO** (consígnese lo que proceda):

- () Efectivo.....
- () Tarjeta de Crédito
- () Domiciliación Bancaria
-
-
-

La primera parte del cuestionario era fácil de rellenar, sin embargo los problemas se encasquillaban al abordar el ítem relativo a la *causa desencadenante*. Aquí, los subrayados de cada paciente no presentaban la misma firmeza grafológica, hasta el punto de bloquearse con frecuencia entre las alternativas propuestas. Mientras unos clientes marcaban la cruz con rapidez y certeza vengativa, otros lo hacían con el pulso tembloroso. Algunos ponían dos o tres cruces, o pedían un nuevo impreso tras haber escogido una elección que no acababa de convencerles tras haberla meditado con pausa. Tampoco era extraño que el enfermo, paralizado sentimentalmente, no marcara ningún epígrafe, asumiendo así una primera derrota con el **Síndrome de Inmuno Deficiencia** frente a los bordes humedecidos de una hoja de ingreso.

En verdad, el enigmático apartado **(D)** era una prueba de fuego para los recién ingresados en la clínica. Dentro de la cruda sinceridad que requería su confección, proliferaban las graduaciones y matices al confirmar grafológicamente la respuesta. La opción **(5)** y **(6)**, por ejemplo, centraba la atención de la mayoría de los enfermos, haciendo de su reconocimiento una reflexividad vital. Ambos ítems son desfiladeros donde la pareja puede llegar a asomarse, con más o menos

tiempo, en toda incursión amorosa. Sin embargo, el número (5) causaba mucha más capciosidad. La palabra ENGAÑO no solía aparecer como tal en los diccionarios conscientes de axiomas vitales. Sonaba demasiado mayestática, demasiado sincera, demasiada herida. De ahí que al verla escrita fuera rechazada casi de inmediato reemplazándola por otro término parecido: —*querrá decir infidelidad*— (pensaban unos, en tono rechazable), —*querrá decir deslealtad*— (pensaban otros, en tono des-obligacionalizante).

Aunque en verdad se trataba de una noción peyorativa, el equipo de psicólogos y psiquiatras que elaboró el cuestionario había aseverado en múltiples reuniones que el apartado (D)(5) era un significativo adecuado a su significado. Cuando la monotonía externa se apodera de la pareja, y la monotonía interna de uno mismo, basta un parpadeo para trocar encantos por pasiones postergadas. A veces, lo que podría ser un contacto físico sin trascendencia emocional alguna, se perpetúa en el tiempo sin querer hacerlo o sin poder saberlo. Pero para el amador/ amante que ama al ser amante, amén del ser amado, calificar esa situación con palabras como “infidelidad”, “deslealtad” o “engaño” es una exageración conceptual, desproporcionada por desestabilizadora. El amor, con mayúsculas, minúsculas o cursivas, no elige el momento donde amar, el lugar donde crecerse, ni el instante en que morir cuando se agota y muere. Y, ya se sabe —o se intenta hacer saber hacer— que el corazón puede dilatarse de sí o para sí en vez de centrarlo exclusivamente sobre una sola persona.

También había sutiles matices con respecto al AUTOENGAÑO. Muchos pacientes llegaban al hospital medio aclarada su proveniencia, de ahí que elegir dicho término suponía una admisión escrita de dudas

semiconfirmadas. Bien es cierto que otro gran número de pacientes dejaba en blanco el apartado (6). Pensaban que si aquel dilema era una de las tantas incógnitas que les conducían hacia el Hospital, una simple cruz, esbozada además en la propia recepción de la clínica, tenía demasiada importancia como para finiquitarla en una mera hoja de ingreso. Así con todo, eran muy numerosos los infectados por esa causa: quienes empezaron a convivir para superar los complejos de Edipo o de Electra; quienes lo hicieron para romper hilos umbilicales o trepar a estatus acomodados; quienes prefirieron el orden hogareño, la sopa y la comida caliente; quienes inerciaron acontecimientos acomodaticios; quienes, tan solos, se esconden y se espantan de las sombras...

Quizás las dudas aumentaban aún más al diferenciar los apartados (1) (2) (3) y (4), muy especialmente los tres primeros ordinales de dichos epígrafes. Cierto es que trazar la frontera donde termina el AMOR y empieza el CARIÑO o el AFECTO puede ser (suele ser) una entelequia liminarizante. A veces es el amor, el enamoramiento y sus ritos repetidos/presentidos quien precede al cariño, mientras que otras es el cariño quien acerca a unos seres que, más tarde, y sin apenas darse cuenta, descubren que están enamorándose. Así, algunos pacientes escogían el n.º (1) con el argumento de haber visto desaparecer toda chispa en la relación de pareja, desvanecer la pasión, o diluir la atracción física. Otros tachaban el n.º (2) al constatar que ya no brotaba ninguna manifestación de ternura en su relación afectiva. Otros seleccionaban el n.º (3) tras comprobar los primeros síntomas de pérdida del interés, transformados al poco tiempo en anhedonia amorosa. Mientras que otros enfermos redondeaban directamente el n.º (4) —HASTÍO— tras años de evitación y distanciamiento.

Efectivamente, el equipo de psicólogos y psiquiatras que elaboraron el formulario sabían que la tetralogía (1) (2) (3) (4) del apartado (D) era uno de esos dilemas en los que la sintaxis, separada de la gramática, queda corta para esclarecer el significado preciso de los sentimientos y su posible diferenciación.

El diseño de la clínica partía de un semicírculo desde el que se irradiaban cuatro Anexos. El módulo central era un habitáculo rectangular, común para todos los pacientes, mientras los Anexos se estructuraban sobre cuatro divisiones arquitectónicas funcionales: pabellón de la *soledad*, pabellón del *desgarro*, pabellón *exculpatorio*, y los *quirófanos*.

Las comidas se hacían en el módulo central mediante autoservicio y en un amplio *comedor*. Disponía de varias mesas alargadas, y sobre cada una de ellas una sola caja de sacarina, un solo recipiente de servilletas de papel, y un único utensilio para el aceite y el vinagre. De esa manera, se forzaba el contacto dialéctico con otros seres desamados empujándoles a romper el estado de soledad en el que estaban inmersos.

Tras las citas nutricionales, los enfermos concurrían a la *Sala de Instanteidad*, sita en el mismo módulo. Allí encontraban todo tipo de entretenimientos, organizándose campeonatos de ajedrez, parchís, mus, o dardos, siempre de forma emparejada. También se había colocado un microchip a la televisión que codificaba automáticamente las escenas románticas de las películas y de los anuncios para que los pacientes no llegaran a verse reflejados en la pantalla.

Para ubicar a cada enfermo en los Anexos debían confeccionar otro impreso, denominado “*Entrevista para la Evaluación de Síntomas*”. El Hospital tenía que indagar el alcance de la enfermedad y el verdadero

estado de salud de sus clientes, máxime considerando la elevada toxicidad retroviral del **Síndrome de Inmuno Deficiencia Amorosa** en su contagio. Debíase extraer una estimación clínica de la enfermedad identificando sus comportamientos perjudiciales, ora aórtico-vasculares o emocionales. La Entrevista, al trasluz del análisis cualitativo de las contestaciones, ponía entonces de manifiesto las posibles respuestas motoras, cognitivas y psicofisiológicas de cada enfermo, infiriéndose a raíz de ella los programas médicos de recuperación funcional.

HOSPITAL DEL DESAMOR

SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA AMOROSA

—ESTIMACIÓN CLÍNICA—

ENTREVISTA PARA LA EVALUACIÓN DE SÍNTOMAS¹
--

I. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA Y DE LA CONDUCTA-PROBLEMA:

1. Cómo supo y a través de qué medios de información tuvo conocimiento sobre la existencia del Hospital del Desamor.
2. Explique los motivos que le han llevado a ingresar en el Centro Hospitalario. Gradúe su relevancia y a qué nivel afecta a su vida (familia, trabajo, salud...).

¹ El paciente deberá responder con sinceridad a los items formulados indicando en folio aparte cada uno de los ordinales propuestos. Cada interrogante del cuestionario se contestará con sinceridad extrema y mediante una descripción lo más exacta posible de los comportamientos; también se indicará, de ser el caso, su frecuencia e intensidad a tenor de las distintas situaciones en que puedan ocurrir.

3. Describa brevemente su empatía afectiva y los problemas que desde su perspectiva influyen negativamente en sus relaciones de pareja.
4. ¿Con qué frecuencia aparece el malestar? ¿Cuánto tiempo dura la conducta-problema y en qué momento aparece con más intensidad?
5. ¿Cuál cree que es la causa del problema? ¿A qué lo atribuye?

II. DETERMINANTES DEL PROBLEMA:

a) Factores Personales:

6. ¿Se siente atractivo(a) para su pareja? ¿Cree que su pareja es atractivo(a)?
7. ¿Le atrae sexualmente su pareja? ¿Se siente deseado(a)?
8. ¿Disfruta de las relaciones sexuales con su pareja?
9. ¿Hace o dice algo su pareja practicando sexo que disminuya o aumente su deseo? ¿Se lo comunica?
10. ¿Agrega imágenes o fantasías particulares durante el coito?².
11. ¿Qué es lo que más valora de su pareja? ¿Confía en ella?
12. ¿Le resulta satisfactorio cómo pasan y comparten el tiempo de ocio? ¿Se aburre?³.

b) Factores de Interacción:

13. ¿Tienen comunicación? ¿En qué idioma hablan?
14. ¿Cuáles son los temas habituales de conversación?
15. Dado el caso, ¿se considera libre para expresar su opinión o discrepar?

² Descríbalas con detalle y recreadamente.

³ Evóquelo y cuantifíquelo.

16. ¿Discuten? ¿Con qué frecuencia? ¿Quién asevera la última palabra?
17. ¿Cómo son los procesos de toma de decisiones?
18. ¿Se siente controlado de algún modo?⁴.

c) Factores Externos:

19. ¿Cómo afecta la relación con su anterior familia a su vida en pareja?⁵.
20. ¿Comparten su tiempo con amigos, amistades, conocidos o saludados?
21. ¿Trabaja fuera de casa? ¿Y su pareja? ¿Cómo concilia y desconcilia la vida personal, laboral y familiar? ¿Cree verdaderamente en ello?

III. HISTORIA DE LA PAREJA. EXPECTATIVAS Y OBJETIVOS

22. ¿Cuánto tiempo llevan conviviendo? ¿Por qué se casaron o comenzaron a vivir juntos?
23. ¿Se han visto defraudadas sus ideas sobre la futura vida en común?⁶.
24. ¿Tienen hijos? ¿Cuántos y con qué edades? ¿Fueron verdaderamente deseados?
25. ¿Qué ha hecho para cambiar las cosas que no le agradan de su relación afectiva?
26. ¿Cómo/de quién partió la idea de acudir al Hospital?
27. ¿Cómo desearía que fuesen sus relaciones afectivas tras su recuperación?

⁴ Descríbalo taxonómicamente.

⁵ Apunte el grado de entrometimiento y/o erizamiento de suegros, cuñados, parientes políticos etc.

⁶ Razone con detalle la respuesta.

28. ¿Qué espera conseguir tras finalizar el presente tratamiento?⁷.

— — — — —

El tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Amorosa se realizaba mediante terapia de grupo o psicoterapia cognitiva, y se dividía en *tres partes*: prospección psicológica, intervención quirúrgica, y observación post-operatoria.

I. La *prospección psicológica* debía realizarse de forma reservada entre el especialista clínico y la persona desamada. Había que lograr su desnudo emocional para que soltase todo el aire comprimido dentro del estómago. Sin embargo, predominaban cuatro grandes temas de conversación: los porqués, el reproche, el autoreproche, y el cómo a partir de ahora... Los esfuerzos psicoterapéuticos debían romper entonces el circunloquio recurrente, contando para ello con tres posibles *líneas de trabajo*:

En la primera, el psicólogo haría asumir al paciente la *mortandad real* de su relación afectiva. Tras el período inicial de separación, caracterizado por un sentimiento de liberación y respiro, suele aparecer una etapa condensadora de recuerdos evocados. Los nuevos conflictos adaptativos, asociados a momentos de angustia, tristeza o depresión, inducen al regodeo de imágenes en situaciones pretéritas positivas o instantes fugaces agradables. Se agolpan flasheadamente, casi eclipsando las situaciones negativas, además de desdeñar los motivos de fondo que en realidad llevaron a la ruptura de la pareja. Así, el psicoterapeuta debía procurar que la

⁷ Razone la respuesta con detalle y sinceridad extrema.

mente del enfermo disociara la persona desamada (junto a los sentimientos asociados a ella) con respecto de la situación evocativo-añorante, deslindando aspectos que suelen mezclarse con suma facilidad en momentos de ofuscación, dolor y desamparo.

La segunda labor debía centrarse en las *culpas propias y/o ajenas* producidas tras la ruptura. Cuando el desamor aparece va tomando cuerpo un sentimiento de fracaso compartido que puede revertir en el propio sujeto o en la pareja abandonada. La culpa, o la lástima como antesala de ésta última, no hacen más que enturbiar la conducta y sus actos venideros; distorsiona un sentimiento de nostalgia, convertida desde ese momento en una peligrosa ventana hacia dentro donde, al fin y al cabo, solo persiste lo que ya no queda.

Sólo expiado con catarsis ese sentimiento fútil podía acometerse la tercera línea de trabajo, circunvalar sobre una idea obsesiva y recurrente: *soledad*. Devaluada tanto la autoestima, muchos pacientes llegan a pensar que nadie volverá a mostrar interés hacia ellos. En cierto modo, es una reacción lógica por la desconfianza provocada desde ese momento, y de desde ese momento en adelante, respecto del sentimiento amoroso. Piensan, con convicción distorsionada, que no tienen derecho a amar a nadie, y que en consecuencia merecen estar solos, en soledad o en desolación. Por ello, el psicoterapeuta debía explicar que el género humano, como especie craneada más, tiende a la necesidad de rozarse, acariciar-se, re-amar y ser amado (en cualquiera de sus formas); que para amar hay que amar-se antes uno mismo (incluso sin querer-se); y que los problemas de reclusión en la coraza personal de cada uno al final acaban revirtiendo tanto en la incapacidad para ofrecer

dicho sentimiento como en la ineptitud propia para recibirlo.

Todos los casos de **S.I.D.A.** debían tratarse con exquisitez y delicadeza extrema. En principio, unos podían parecer más dolorosos que otros, pues para cada paciente su caso era único, su situación la más dura, la más inexplicable, la más insuperable. No es fácil explicar al in-amado los síntomas del enamoramiento y del desenamoramiento. Tampoco lo es convencer al adolescente que el deseo de amar en libertad se tornará años más tarde en deseo de dejar de ser adulto para amar con inocencia. Ni hurgar en los reincidentes si sus decepciones cataclismáticas se deben a que aun no han encontrado el libro adecuado, o si son realmente ellos los que todavía no han aprendido a leer despacio y de forma más correcta. Ni diluir la impotencia estertórea de dolores sedados mediante tubos hospitalarios e inyecciones de morfina. ¿Con qué palabras se puede explicar que el amor es eterno, pero mientras dura...y que el desgarró es un paso preciso para superar tales trances con la limpieza necesaria...?

II. La *intervención quirúrgica* se realizaba en cualquiera de los tres quirófanos del Hospital, uno de los cuales siempre estaba de guardia. Sin embargo, la mayoría de los pacientes pedían que la operación se efectuara con la mayor rapidez posible. No presentaba apenas riesgo para la salud, pero sí era algo desagradable. Debía realizarse con anestesia local para que el enfermo, ayudado de un espejo, siguiese su desarrollo quirúrgico y fuese consciente de lo que tenía antes, durante y después de la intervención. Con esa salvedad, la técnica era aparentemente sencilla pues consistía en extraer la espina del desamor de la manera más lenta po-

sible. Nada más que eso: abrir y extraer... Así con todo, su mayor o menor éxito dependía de la paciencia y del pulso docto del cirujano. Sacar la espina demasiado deprisa provocaría hemorragias dolorosas en el enfermo. Hacerlo de forma no muy limpia tendría el riesgo de extender innecesariamente el perfil de la cicatriz desamada. Por ello, la extracción debía efectuarse despacio, con temple, sin girar la espina con la pinza cuando se encasquillara en el miocardio (bastante usual en estos casos). Inclinarla ligeramente; empujarla, leve, hacia un lado y hacia otro, con decisión, con entereza quirúrgica y extrema dactilidad.

Los cirujanos ponían sumo interés en la extirpación del melanoma desamado debido a los riesgos abiertos de enquistamiento, desencanto y repetición de conductas futuras. Aunque la espina fuese extraída con éxito, las precauciones debían extremarse para no dejar demasiadas virutas en el pericardio. Por ello usaban un microscopio óptico de alta resolución. Acto seguido, se cosían los puntos y se limpiaba la herida en el propio quirófano mediante una fórmula magistral de árnica mezclada con aceite argán marroquí. Luego, había que abrazar el enfermo cuando finalizaran los efectos de la anestesia. El llanto haría su aparición de forma irremisible, debiéndose atajar las lágrimas —secas o entrecortadas— mediante caricias suaves y soplos de ternura, so pena de que se soltaran los puntos quirúrgicos cuando brotase el primer —y verdadero— brote de compungimiento.

III. Superada la intervención, el *postoperatorio* del S.I.D.A. consistía en poner unos electrodos en la cabeza durante la noche que traducía en imágenes el contenido de los sueños. La duración del experimento oscilaba a tenor de la combinación de dos variables: período total

vivido en pareja (*variable 1*, de orden cuantitativo), dividido a su vez entre el grado de intensidad amorosamente experimentado (*variable 2*, de orden cualitativo). Al cociente obtenido, se aplicaban unas leyes de causalidad hospitalaria operacionalizadas como criterio corrector estadístico en los términos siguientes: “*cuanto más haya sido el sentimiento amoroso, en términos de extensión o, sobre todo, intensidad, más debe ser, en principio, la permanencia en el centro, y, en consecuencia, más personalizados los tratamientos aplicables al sujeto convaleciente*”.

Los datos del artilugio extraídos al menos durante una semana de aplicación, junto a su ponderación matemática, ofrecían una muestra muy aceptable, poco sesgada y con escasos márgenes de error, sobre las imágenes asociativas del enfermo, especialmente sobre los residuos de afecto no superados que hubieran quedado en el inconsciente. A raíz de ahí, el facultativo diagnosticaba el ALTA del visitante o la permanencia en la institución si el regodeo de recuerdos visualizados en la pantalla indujera a inferir que el *tumor nostálgico* no fue extirpado del todo en la sala de operaciones.

Tras un mes promedial de tratamiento, los clientes podían solicitar la salida del centro, ya con el ALTA correspondiente o, en los casos difíciles, mediante el compromiso de seguir un riguroso tratamiento ambulatorio del Síndrome. Sin embargo, casi todos salían con un aspecto distinto, sensiblemente mejor a la que tenían cuando ingresaron en la clínica.

Muchos egresados se detenían frente a un rótulo de letras góticas pintado en una de las paredes de la entrada del Hospital:

*“Dad el corazón, pero no para que el compañero lo tenga,
sólo la mano de la vida puede contener los corazones.
Estad juntos, pero no demasiado juntos
porque los pilares del templo están aparte.
Y ni el roble crece bajo la sombra del ciprés
ni el ciprés bajo la del roble”* (Khail Gibran).

Reflexionando aquella cita, los egresados se paraban un instante en el pórtico semicircular de la residencia antes de bajar las escalinatas. Pensaban hasta qué punto podrían cumplir los dictados de dicho aserto, si algún día llegaran a hacerlo, o incluso si estarían dispuestos a llevarlo a cabo. Retornaban a sus mundos a mano de sus sombras, y aquella parada simbolizaba una toma de conciencia sobre su *presente situación sentimental futura*.

El Director del centro se despedía de los antiguos pacientes cuando abandonaban las instalaciones. Sus años de profesión le hacía intuir la actitud que tomaría cada sujeto en sus respectivos tratamientos personalizados.

Según él, quienes bajaban con premura la escalera harían vacíos de sus necesidades, y llenarían muy pronto con otra persona el hueco cóndilo del otrora amado.

Los que cerraban la puerta del coche con un golpe seco, optarían por reforzar sus corazas sentimentales desterrando la palabra amor de sus diccionarios sintácticos.

El muy angosto grupo de res-quemados, re-sabiados y mal-separados entablaría una batalla contra el género opuesto, ya en forma de misoginia o de feminismo adulterado, con tintes posibles de violencia o conversión probable de sus inclinaciones sexuales.

Sólo quienes bajaban lentamente la escalera, escalón por escalón, seguirían, a juicio del Director, el tratamiento prescrito y el período de convalecencia.

Siempre oteaba pensativo la estela de quienes abandonaban el centro hospitalario. El mero hecho de haber estado allí sumía a cada paciente en un dilema paradójico: los idealistas se habían vuelto menos idealistas por la dureza de una realidad doliente y difícil; mientras que los realistas se proponían ser más idealistas para evitar el reproche de obrar mediante un planteamiento inadecuado con la esencia amorosa.

A.D.O.F.R.A.N.

(20 MG)

(*)

Lea todo el prospecto detenidamente antes de empezar a tomar el presente medicamento

1. QUÉ ES ADOFRAN 20 mg Y PARA QUÉ SE UTILIZA

- *Adofran 20 mg.* se presenta en comprimidos blancos, con forma elíptica y ranurados, mediante blísters de 14 ó 28 unidades.
- Cada comprimido contiene como principio activo 20 mg. de *Amorxetina*. Pertenecen al grupo de medicamento denominados *anticorrosivos*, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, ora sentimentaloides o nostalgiformes.
- Está *indicado* para el tratamiento idiopático de la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, la anhedonia pre-alexitémica, y la bulimia narco-amorosa. Y ello, tanto en períodos de crisis de pareja como en fases terminales de ruptura definitiva.

2. ANTES DE TOMAR ADOFRAN 20 mg

- No tome *Adofran 20 mg* si alguna vez ha tenido (o cree que puede haber sufrido, o pueda llegar a sufrir) una erupción cutánea o reacción alérgica a la *Amorxetina* o alguno de sus componentes. La hipersensibilidad

huidiza podrá ir acompañada de picores, sonroja-
miento facial, hinchazón de cara, protuberancia de
labios, sofoco, llanto o falta de respiración. También
se elevan las posibilidades de cronificar los niveles de
mononeuronalidad ignota.

- Tenga especial cuidado con *Adofran 20 mg*:
 - Si sufre o ha sufrido convulsiones de angustia
 - Si sufre o ha sufrido algún tipo de amorarteriopatía o amorcefalopatía.
 - Si ha recibido tratamiento con terapia electrocom-
pulsiva o ingesta de cabronol.
 - Si se encuentra en períodos de amoscamiento o
competición espermática.
 - Si utiliza el autoerotismo catódico en períodos de
sequía o astenia amorosa.
 - Si sufre protuberancia internas o externas mediante
arboladuras (cornamenta de amplio espectro).
 - Si padece de síndrome serotoninérgico asociado a ri-
gidez, febrícula, sacudidas musculares, anaforismo,
celotipia, mareos al levantarse, sudoración, cambios
en la frecuencia cardiaca (arritmias, bradicardia,
taquicardia), confusión, irritabilidad, agitación ex-
trema, o en general manías de amplio espectro
(trastornos éstos usuales en ambientes tóxicos me-
diocráticos llenos de hiperactividad, capciosidad,
falsedad y navajismo).
- *Adofran 20 mg* puede hacerle sentir somnoliento e
insolisfecho, disminuirle los reflejos y alterar, en
general, su capacidad de reacción. En estos casos,
absténgase de tareas que requieran una atención espe-
cializada (p.ej. conducir, contorsionismos posturales
varios, sado-fornicar, etc...) hasta que se detecten las
primeras reacciones cutáneas al medicamento.

- Durante el tratamiento se puede experimentar una disminución aguda o un aumento severo del peso corporal, con transformaciones concomitantes en el *biotipo* morfológico que, sin duda, afectará su autoestima narcisista.
- Adofran 20 mg también puede provocar una sensación inquietud e incapacidad para permanecer sentado (también llamado “*culillodemal-asiento*”). Si esto sucede, debe comunicarlo a su médico y a su pareja cuando note los primeros síntomas escapistas.
- Cuando se padecen **T.A.D.S.** (*Trastornos Amo-Depresivos Severos*), existe la posibilidad de suicidio en sus múltiples variedades (romántico, pasional, frustrativo, parricida, traumacontenido...), tendencias tanáticas que podrán persistir hasta una mejora significativa del estado de ánimo.

3. CÓMO TOMAR ADOFRAN 20 mg

- Su médico le indicará la duración del tratamiento, que tendrá una relación acorde al tiempo que haya durado la relación afectiva o al grado de intensidad como haya sido vivida ésta última. Los comprimidos pueden tomarse disueltos en un poco de agua o digerirse enteros. El paciente no deberá nunca suspender el tratamiento antes de su finalización ni variar autónomamente la prescripción propuesta.
- No deberá tomarse *Adofran* 20 mg con alcohol ni bajo inductores anímico depresivos instantáneo-fulminantes del tipo “Aquí hay tomate”, “Tómbola”, “Crónicas Marcianas”, “Supervivientes”, “Vuélveme Loca”, “Gran Hermano” (I...X...C...M), “Cambio Radical”, “Las mañanas de Ana Rosa”, “Sálvame Diario”, “Sálvame DeLuxe”, “Sálvame de Jorge”, “Dónde estás Corazón”, Preselecciones Eurovisivas,

Telenovelas siécticas y comentarios afeminidiotizantes de la vida rosa.

– La dosis del medicamento variará según el tipo de trastorno y el grado de enfermedad padecida. A modo de ejemplo, se recomiendan las dosis siguientes:

A) *Depresión pre/post-ruptura* (D.E.P.): la dosis inicial recomendada es de 20 mg

B) *Bulimia Amorosa* (B.AM): la dosis inicial recomendada es de 20 a 40 mg día.

C) *Astenia Coital* (AS.CO): la dosis recomendada es de 40 mg al día.

D) *Trastorno Erótico-Compulsivo* (T.ER.CO): de 20 mg a 60 mg al día.

E) *Obsesión Sexual Permanente* (O.S.P): de 40 mg a 60 mg diarios.

F) *Abstemia Sexual* (A.B.S), forzada o inducida: 60 mg al día.

– Como *recomendaciones*, se proponen los siguientes indicadores:

a) De tres a seis meses de afecto y/o relación de pareja: *un mes* de tratamiento.

b) De seis meses a un año afectivo: *dos meses* de tratamiento.

c) De uno a dos años: *tres meses* de tratamiento.

d) De dos a tres años: *cuatro meses* de tratamiento.

e) Sucesivamente, y a juicio clínico, el tratamiento se elevará *un mes más* por cada año adicional de relación afectiva.

f) En cualquier caso, la dosis máxima nunca excederá los *80 mg/día* ni se extenderá más de *dos años* de prescripción médica.

4. POSIBLES EFECTOS ADVERSOS

- *Reacciones Generalizadas*: aprosexia, bradipsiquia, dolor de cabeza, omniorrea, inflamación de gónadas, desorientación espacial, erupción cutánea, urticaria ventricular, latidos rápidos o irregulares del corazón, palpitaciones (síndrome serotoninérgico), hinchazón de tejidos, sensación de frío y calor, enrojecimiento facial, sensibilidad a la luz, descamación de la piel (necrólisis epidérmica tóxica), incontinencia babal y/o secreción salivatoria aguda, sudoración en los pies con olores putrefactos, y estado de confusión personal sobremanera generalizado.
- *Aparato Digestivo*: indigestión, dificultad para tragar, alteración del sentido del gusto, eructos, mal aliento, diverticulitis, sequedad bucal, náuseas al sexo opuesto, vómitos; casos raros de hepatitorpe fulminante.
- *Sistema Nervioso*: rechinar de dientes, tiritonas, sueños anormales, insomnio, mareos, anorexia, anhedonia, alexitimia, fatiga, somnolencia, euforia o disforia. Cabe la posibilidad de sufrir cualquier espectro de alucinaciones, reacciones maníacas, agitación, ansiedad, agorafobia, y esquizofobia. También es frecuente la fobia generalizada hacia el otro género (asociada, o no, a ataques de pánico), en principio de forma transitoria pero con tendencia a su cronicidad permanente.
- *Sistema Motor*: agitación psicomotriz, espasmos musculares, temblor, convulsiones, torpeza biomecánica, rigidez tendinosa, inestabilidad articular, despropiocepción generalizada.
- *Aparato Urogenital*: dificultad para miccionar, en su amplia tipología: oliguria (orinar poco), poliguria (orinar mucho), hedionguria (orina olorosa), naringuria (orina concentrada), e incluso lujuria (mezcla

- placentera de semen y/o líquido vaginal y orina) en casos verdaderamente aislados.
- *Aparato Reproductor*: disfunción sexual, retraso o ausencia de eyaculación, anorgasmia, fingimiento, priapismo, gonadismo, galactorrea, prurito genital y vulvar.
 - *Otros Varios*: alopecia, logorrea, “egocasting neuronal”, efecto exposición, bostezos asonantes, visión distorsionada de la realidad, sudoración incontinida, septicemia caracteriológica, vasodilatación coronaria, dolores articulares, soliloquios, edema de cejas, hinchazón de párpados protuberante, o vigorexia culturista.
 - Al *finalizar* el tratamiento con *Adofran 20 mg* podrá experimentar los siguientes síntomas: mareos, hormigueos, dolor de cabeza, diarrea mental, ansiedad, náuseas, irritabilidad, síntomas menopáusicos o pitopáusicos, escapismo afectivo, hipocondriedad al compromiso y demás signos desactivadores del casamiento, excitación sexual incontrolada, incluso conatos de devoración sádico-canibálica; sin embargo, la mayor parte de los casos son moderados y perpetuos en el tiempo.

*** ADVERTENCIAS FINALES**

- Conserve el prospecto: volverá a leerlo varias veces.
- Este medicamento ha sido recetado a Vd sobre la base de sus circunstancias Yoico-contextuales, por ello debe eludir su dación o recomendación a otras personas amorosamente desahuciadas con síntomas análogos.
- Si tiene alguna duda, consulte a su farmacéutico.
- Si tiene muchas, no abandone la psicoterapia.
- Si al final muere, no haga nada...

LA AGENCIA DE SENTIMIENTOS TEMPORALES E INDEFINIDOS (A.S.E.T.I.)

I. La agencia del sentimientos temporales e indefinidos (**A.S.E.T.I.**) era un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Trabajo, con personalidad jurídica y capacidad de obrar. Operaba sin fines lucrativos en la intermediación del mercado de los sentimientos. Y su objeto consistía en poner en contacto mutuo a oferentes y demandantes de amor, cariño, sexo o afecto.

La **A.S.E.T.I.** formaba parte de un programa público para dinamizar un mercado que adolecía de abundantes estrangulamientos y rigideces operativas. Los cambios del sistema productivo requerían mecanismos institucionales que propiciaran el mayor grado posible de movilidad sentimental. La incorporación de la mujer al mundo profesional, las dificultades para conciliar la vida laboral y familiar, la postergación de la paternidad, renuncia o delegación en instancias para-abuelístico-Estatales, junto al incumplimiento por las empresas de la ordenación del tiempo de trabajo, entre otros tantos factores, afectaban ostensiblemente el desenvolvimiento sano y deseable de las relaciones afectivas.

La conjunción de estos elementos propiciaba crasos desfases del estatuto matrimonial y envolvían el amor entre códigos de barras expeditivos de prescripción y

caducidad. Los poderes públicos incoaban reformas que actualizaban los contenidos de dicho régimen normativo, las cuales, como es lógico, se imbuían de un sentido economicista y flexibilizador. Además, la desregulación de las reformas sentimentales generaba efectos muy perversos en la dinámica interna del mercado afectivo. Las tasas de precariedad y temporalidad, junto a la externalización de los compromisos matrimoniales, acorralaban la institución familiar e incluso la estabilidad emocional del ser humano. Los divorcios aumentaban exponencialmente, tanto como los casos desfogados de violencia de género; las parejas mostraban niveles cada vez más bajos en sus respectivos umbrales de tolerancia. El amor se teñía de sexo, y la práctica de éste era cada vez menor por mecanismos inhibidores como el estrés, la ansiedad, la telofrustración, o la depresión de amplio espectro. La pirámide poblacional se invertía nutriendo las familias de hijos únicos, los cuales, a su vez, eran narcotizados a través de videojuegos, actividades poliextraescolares y espectadorismo catódico.

II. Ante este panorama, el Ministerio de Trabajo encargó a un grupo de expertos la elaboración de un informe para modificar el sistema de contratación sentimental hasta entonces existente, y con ello la labor de la propia Agencia. Entre las posibles líneas de actuación, se planteaba la recuperación del principio de causalidad en la contratación sentimental, la evitación de prácticas amatorias encubridoras y fraudulentas, o el apoyo a los grupos con mayor riesgo de vulnerabilidad en la estabilización de sus vínculos conyugales. Debía-se reconfigurar el papel intermediador de la **A.S.E.T.I.** para que las parejas declinaran el uso de los contratos temporales a favor de las relaciones indefinidas. Todo

ello, con la “flexi-seguridad” como nuevo paradigma emergente.

La tarea no era fácil en absoluto. Primero había que identificar el peso de cada contrato en el mercado matrimonial para luego perfilar los defectos detectados en el funcionamiento de los compromisos sentimentales. Con esa base analítica, se concertarían campañas institucionales para cambiar la concepción anímica de cada tipo jurídico por la población amatorioasalariada. Las resistencias al emparejamiento se habían irradiado en todos los segmentos de la sociedad y amenazaba por extenderse sin tregua. De no actuar eficazmente, quebrarían los niveles de protección ofrecidos por el Estado del bienestar, la población se envejecería paulatinamente sin tasas de reemplazo, pero, sobre todo, se corría el riesgo, ya hecho evidencia, de crear seres-corazas sin escrúpulos en el funcionamiento interno del mercado amatorio.

Para acometer esa difícil tarea, la A.S.E.T.I. había confeccionado unos prospectos informativos a los que se acompañaban unos formularios-tipo de contratos sentimentales. La Agencia esperaba que la distribución de estos documentos facilitaría una toma de conciencia sobre la magnitud estructural de la precariedad afectiva en nuestro tejido humano.



CONTRATO DE TRABAJO SENTIMENTAL

Tipología de Relaciones Afectivas¹:

1) CONTRATO SENTIMENTAL TEMPORAL

- 1) Sentimental por Obra o Servicio
- 2) Interinidad
- 3) Sentimental Eventual

2) CONTRATOS SENTIMENTALES FORMATIVOS

- 1) Sentimental en Prácticas
- 2) Sentimental en Formación

3) CONTRATO SENTIMENTAL A TIEMPO PARCIAL

- 1) Sentimental Parcial Común
- 2) Sentimental Fijo-Discontinuo
- 3) Relevo

4) CONTRATO TRIANGULAR DE PUESTA A DISPOSICIÓN

5) CONTRATO SENTIMENTAL POR TIEMPO INDEFINIDO

6) CONTRATO PARA EL FOMENTO DE LA ESTABILIDAD AFECTIVA

¹ Táchese la que proceda, según el principio de causalidad en la contratación.

- 1) Estabilidad para Jóvenes
- 2) Estabilidad Trastornada
- 3) Estabilidad Mochilera
- 4) Parado Afectivo de Larga Duración
- 5) Minusválido Afectivo

7) CLÁUSULAS O PACTOS TÍPICOS ADICIONALES

- 1) Período de Prueba
- 2) Compromiso de Actividad

PARTES CONTRATANTES

*** TRABAJADOR AMATORIOAFECTIVO (A)**

NOMBRE..... APELLIDOS.....
 DNI-NIFNúmero de Afiliación a la Seguridad Social.....
 Lugar y Año de Nacimiento
 Domicilio: C/ Nacionalidad
 Nivel Sentimental Formativo Categoría Sentimental
 Estado Civil:

*** TRABAJADOR AMATORIOAFECTIVO (B)**

NOMBRE..... APELLIDOS.....
 DNI-NIFNúmero de Afiliación a la Seguridad Social.....
 Lugar y Año de Nacimiento
 Domicilio: C/ Nacionalidad
 Nivel Sentimental Formativo Categoría Sentimental
 Estado Civil:

DECLARAN

Que reúnen los requisitos exigidos por la normativa vigente para la celebración del presente contrato sentimental, y en consecuencia acuerdan formalizarlo con arreglo a las siguientes

CLÁUSULAS

PRIMERA: El trabajador afectivo prestará sus servicios con la Categoría incluido en el Grupo sentimental, de acuerdo con el sistema clasificatorio consignado en el Convenio Colectivo de

SEGUNDA: La jornada sentimental será:

- a) *A tiempo completo*: a la razón de horas amorosas a la semana, prestadas de a con los descansos que establece el Estatuto Jurídico Amatorio.
- b) *A tiempo parcial*: a la razón de horas amorosas al: día/semana/ mes/año² siendo esta jornada inferior a
- c) En todo caso, la distribución general promedio del tiempo afectivo será de hs.

TERCERA: La relación de pareja se inicia el//..... Las partes acuerdan una duración estimada inicialmente en días, estipulando asimismo el siguiente grado de intensidad amorosa

² Marque con una X lo que corresponda.

En su caso, las partes establecen como término final , admitiéndose la posibilidad de prórrogas sentimentales a razón promedial de

CUARTA: Las partes acuerdan los siguientes contenidos prestacionales:

Relaciones sexuales () Relaciones amistosas () Relaciones afectivas ()³.

QUINTA: Las prestaciones afectivas arriba indicadas se desenvolverán locacionalmente en el/los domicilios (1), (2), (3) (otros), con la razón social siguiente

.....
.....

SEXTA: La duración de las Vacaciones afectivas será de días, tomando como referencia el año/ semestre/ trimestre/ o mes/ de relación de pareja⁴.

En su caso, las partes pactan los siguientes períodos de Oxigenación individual complementaria

.....

SÉPTIMA: Las partes estipulan un período de Prueba de sentimental de días

OCTAVA: El presente contrato amoroso se elevará al Servicio Público de Empleo (Estatual/ Autonómico) sito en registrándose a los 10 días siguientes a su concertación en firme.

³ Táchese lo que proceda, de forma acumulativa o no.
⁴ Salvo acuerdo en contrario, el mínimo legal es de treinta días de oxigenación al mes, rebajándose proporcionalmente según los tiempos afectivos indicados.

CLÁUSULAS ADICIONALES

Las partes interesadas dan fe del presente acuerdo, y para que así conste extienden el presente contrato por triplicado ejemplar, en el lugar y fecha a continuación indicados.

En a de de 20.....

El Trabajador
AmatorioAfectivo (A)

El Trabajador
AmatorioAfectivo (B)

Fdo Fdo

COMENTARIOS EXPLICATIVOS

(1) Como pacto complementario, los trabajadores sentimentales tendrían la posibilidad de estipular un período de prueba al comienzo de su relación afectiva. Tal acuerdo debe ser previsto expresamente en el contrato, consolidándose los efectos del vínculo una vez que las partes desarrollen las experiencias que constituyen el objeto de la prueba. Esta última dependería entonces de las estipulaciones formalizadas al respecto, fluctuando su duración según la edad de los contratantes, la experiencia acumulada, el grado de satisfacción sexual/emocional preterido, o el alcance conferible al compromiso afectivo. Ahora bien, en defecto de pacto expreso, la ley prevé dos duraciones máximas de la prueba amorosa: no pudiendo exceder de seis meses para los técnicos de perfilada cualificación sentimental y/o personalidad compleja, ni de dos meses para el conjunto de la población afectivotrabajadora.

(2) La modalidad más usada de los contratos sentimentales giraba en torno al contrato para obra o servicio

determinado. Dicho tipo se concierta para desarrollar una actividad sexual/sentimental con autonomía y sustantividad propia dentro de la relación afectiva ordinaria. Por tanto es un contrato limitado en el tiempo, aunque su duración definitiva sea sentimentalmente incierta.

(3) En un plano análogo de utilización, se encuentra el contrato sentimental eventual. Esta modalidad se concierta para atender exigencias circunstanciales del mercado matrimonial, acumulación de estrógenos, subidas de testosterona o exceso lato de pedidos pulsionales. La duración máxima del contrato sería de seis meses, computables dentro de un período de doce, aunque el legislador permite concertarlo por un plazo inferior al máximo legal, pudiendo entonces ser objeto de prórrogas consecutivas mediante acuerdo de las partes aunque sin llegar a sobrepasar el umbral máximo de compromiso.

(4) A distancia de los dos contratos anteriores se encuentra el contrato de interinidad. Su objeto consiste en sustituir temporalmente a la pareja con derecho a reserva del puesto amatorio, operando en muchos casos dentro de las relaciones triangulares, tal como veremos más adelante. También cabe su concertación para cubrir temporalmente un puesto amoroso mientras se lleve a cabo un proceso de selección afectiva o de promoción interna, extendiéndose en ese caso su duración hasta la cobertura definitiva del puesto.

(5) Dentro de los temporales podían integrarse los contratos sexosentimentales formativos, en su doble modalidad: contrato en prácticas y contrato para la formación. En principio, son categorías pensadas para su estipulación por trabajadores jóvenes y sin experiencia en el mercado de los sentimientos, aunque la versatili-

dad de ambas modalidades permite utilizarlos para otras cohortes de edad que adolezcan de análogas deficiencias cualificacionales.

Además de la edad, la diferencia entre uno y otro contrato estribaría en el bagaje formativo y la experiencia amorosa preexistente. El primero se estipula con quienes poseen un título universitario o de formación profesional de grado medio o superior, o bien títulos oficialmente reconocidos como equivalentes; y se concluye mientras transcurra dicha etapa formativa dentro de los cuatro años siguientes a la terminación de los estudios.

Por su parte, el segundo contrato persigue la adquisición de la formación teórico-práctica necesaria para el desempeño adecuado de un nivel emocional elemental, soliendo celebrarse con trabajadores con edades comprendidas entre los dieciséis años y los veintiuno.

(6) El contrato a tiempo parcial adquiriría un gran peso en el mercado de los sentimientos. De hecho, su empleo era cada vez más usual por el conjunto de la población amatorio-asalariada, ya como modalidad independiente o como sub-tipo transversal añadido a alguno de los contratos anteriores. Esta categoría se prodiga en un extenso marco de actividades: en el mercado nocturno, en el trabajo a turnos y retornos, en las actividades de temporada, en las relaciones de pareja a distancia, en las segundas o terceras nupcias con resabio pretérito, o, incluso, en las “parejas vacías” que conviven en la más pura anhedonia afectiva y que pactan vidas independientes por comodidad, inercia o posición social.

A su vez, dentro de dicho tipo jurídico cabría la utilización de otras dos sub-modalidades: el contrato a tiempo parcial común y el contrato de fijos discontinuos. El primero suele usarse para contactos sentimentales so-

bremanera cortos y, dada su versatilidad, cabe concertarlo durante un número de horas al día, a la semana, al mes o al año inferior a la jornada de un trabajador-amatorio a tiempo completo comparable. El fijo-discontinuo se concierta para la unión de sentimientos cuya ejecución se sucede con frecuencia empero sin repetirse en fechas ciertas, debiéndose avisar en estos casos al trabajador-amatorio en régimen estricto de llamamiento, so pena de calificar la falta de llamada como acto de despido.

(7) Para facilitar la difusión de los contactos sentimentales, se podía recurrir a su concertación mediante relaciones triangulares (v.gr. ETTs). El tipo jurídico utilizado en estos casos recibe el nombre técnico de contrato de puesta a disposición. En su virtud, un sujeto (cedente) facilita y/o propicia la prestación de servicios sentimentales a otro sujeto (cesionario) manteniéndose ocultos los vínculos sentimentales previos. Por regla general, se trata de prestaciones para contactos muy esporádicos (nocturnos, o de fin de semana) y de muy breve duración (dos o tres horas de promedio). Asimismo, en caso de consolidación o descubrimiento sorpresivo de la relación triangular, el sujeto interpositorio podría llegar a adquirir la condición de fijo ante la expectativa de derecho generada, previa ruptura de la anterior relación de pareja.

(8) Sin embargo, la principal preocupación de los poderes públicos, y con ello la redefinición institucional de la propia Agencia, consistía en la generalización en nuestro país de la contratación indefinida. El desencanto generalizado entre la población, los ritmos de vida asincrónicos, las pautas de ocio intrahogareñas, con la televisión como fulcro descomunicativo, las decepciones en la amistad, la familia o el pequeño mundo de afectos,

las rupturas matrimoniales mal canalizadas, el coste Eurizante de la vida, las extorsiones fraudulentas de las empresas a los derechos de los trabajadores, o las desconexiones del corazón con el razonamiento, entre otras causas, conminaban a las parejas a eludir las relaciones estables indefinidas. De ser el caso, las preferencias se decantaban por alguna de las modalidades temporales antes analizadas, especialmente las categorías obra o servicio/ eventual/ tiempo parcial, las cuales se convertían en tipos preferenciales del sistema de contratación. Además, las hipotecas inmobiliarias compartidas por las parejas con sus respectivas entidades bancarias habían suplantado al matrimonio como gozne de unión sacramental del vínculo amoroso. Y aproximando nuestro país a las pautas de comportamiento Europeo, se generalizaban los hogares unipersonales en convivencia solitaria, con contratos fin de semana, sin emotividad sentimental alguna, y con derecho a roce.

III. A tenor del panorama expuesto, el comité de expertos proponía a la A.S.E.T.I. que impulsara una batería de medidas para cambiar tales tendencias desvinculadoras de las relaciones de pareja:

1. La primera de ellas consistía en generalizar un nuevo tipo jurídico, denominado contrato para el fomento de la estabilidad afectiva. En puridad, no se trataba de un tipo contractual específico, sino, más bien, conversiones de la contratación sentimental temporal en indefinida. Aunque era una modalidad utilizable por el conjunto de la población amatorio-trabajadora, disfrutaba de un régimen específico en caso de ser concertado por colectivos que ostentan un mayor riesgo de vulnerabilidad en la estabilización de sus sentimientos. Su ámbito de aplicación se focalizaría sobre los si-

güentes grupos: “jóvenes” (hasta 30 años, inclusive), “trastornados” (desde ansioso-depresivos, inmaduros y dependientes emocionales, hasta pedófilos en su amplio espectro), “mayores” (de 45 años en adelante), “mochileros” (padres separados con hijos sobrantes), así como los “parados afectivos de larga duración” (aquellos que llevan más de un año sin relación estable). En caso de estipularse dicha modalidad, las partes disfrutarían de beneficios económico-fiscales, rebajas en las cotizaciones empresariales, ayudas sociales y un tratamiento favorable en el impuesto sobre la renta.

2. La segunda propuesta consistía en reforzar las redes asistenciales en los supuestos de desempleo afectivo, especialmente en los ejemplos de paro friccional, es decir, el tiempo medial existente entre la ruptura del vínculo amoroso y la gestación/consolidación de otro nuevo. Entre las recomendaciones, se proponía incidir en el denominado compromiso de actividad, cuya construcción institucional se vertebraría sobre un triple orden de obligaciones. En primer lugar, dicho compromiso se conceptúa como una obligación contraída por el desempleado afectivo con la **A.S.E.T.I.** para buscar/encontrar sentimientos de la forma más activamente posible. La obligación se extendería a la aceptación por el parado afectivo de “vínculos funcionalmente adecuados”, entendiéndose por esto último los sentimientos demandados habitualmente, las actitudes afectuosas y la experiencia previa. Del mismo modo, y como tercera obligación, el parado tendría que participar en acciones de motivación, información, orientación, formación, reconversión o inserción amatoria, con itinerarios y prácticas tutorizadas en el seno de la propia Agencia.

3. Por último, el comité de expertos recomendaba a la A.S.E.T.I. el acometimiento de políticas destinadas a reforzar el principio de causalidad en las contrataciones sentimentales indefinidas. Dicho principio, cuyo ámbito de aplicación estriba en amar en los lugares comunes compatibilizándolo con los lugares propios, se basa en la libertad ostentada en todo momento por los miembros de la pareja para renovar volitivamente sus sentimientos, con independencia del modelo contractual escogido al formalizar sus relaciones.

La clave de nuestro sistema de contratación no es tribaría tanto en la ausencia ni en la presencia de compromisos formalizados por escrito, sino en la capacidad de la pareja para consolidar los vínculos que en su momento fueron concertados. Por ello el comité aconsejaba a la **A.S.E.T.I.** que incoase acciones divulgativas para la asunción de tal axioma entre la población amatorio-trabajadora, hipostasiando que en caso de integrarse adecuadamente dicho principio en nuestro mercado amoroso, los plazos perderían contenido propio en los formularios de cualquier contrato.