

*I Simposium
Nacional
sobre
Adicción
en la Mujer*

*Madrid,
6 y 7 de octubre
de 2000*

33

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE: PONENCIAS

1. SOCIOEPIDEMIOLOGÍA

1.1. Perspectivas de género en los problemas de drogas y su impacto.

Elena Rodríguez, jefa del Dpto. de Estudios e Investigación de la Fundación de ayuda contra la Drogadicción.

1.2. Sexualidad en la mujer adicta.

Carmen Orte, profesora de pedagogía de la Universidad de las Islas Baleares.

1.3. Consumo de sustancias en mujeres jóvenes en Valencia.

Miguel Angel Torres, psiquiatra del Centro de Salud Mental de Torrent. Valencia.

1.4. Mujeres Toxicodependientes en la Unión Europea

Petra Paula Merino, representante del Observatorio Europeo de Toxicomanías.

1.5. Aspectos diferenciales en el perfil de las personas por las que se solicita información por consumo de drogas en el servicio 900 FAD, según género.

Celia Prat, psicóloga de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Pilar Blanco¹. Leandro Palacios². Carlos Sirvent³

Sobre el libro que ahora da comienzo

El presente volumen no es un mero libro de actas sobre un simposium, ya que los autores han realizado un intenso esfuerzo de puesta al día y de depuración de los textos que lo integran de manera que la fecha de conclusión del mismo (noviembre de 2001) se puede considerar como el momento en que se actualizaron todos los datos que incluye, pareciéndose por este motivo más a un manual (casi tratado por su extensión) sobre adicción en la mujer que a una relación de ponencias y comunicaciones.

Por otro lado, la importancia y necesidad de este libro se justifican por sí solas ya que existe poca bibliografía sobre adicción y género (el famoso *Gender and addictions* de Straussner y Zelvin y poco más). Para verificarlo, invitamos al lector a emprender una búsqueda en bases de datos especializadas (medline, psichlit, sociological abstracts, etc.) cruzando los términos "adicción y género" o "adicción y mujer" en la que podrá comprobar las escasas referencias que se obtienen, si bien haya que apuntar al respecto que en los últimos tres años el número de artículos publicados sobre estas cuestiones ha aumentado considerablemente. Si nuestro lector acudiera en cambio a los buscadores generales de internet (google, yahoo, altavista), recibiría un aluvión de referencias acaparadas por entidades de autoayuda, páginas y portales con soluciones mágicas, clínicas americanas, grupos de 12 pasos y unas pocas que prometen más de lo que ofrecen, ya que al final con mucha seguridad la decepción será la misma que al principio pero con un componente mayor de frustración. En definitiva, encontraría de nuevo muy pocas referencias verdaderamente científicas a los temas que nos interesan.

¹ Médica psicoterapeuta, codirectora técnica de Fundación Instituto Spiral

² Psicólogo clínico y psicoterapeuta, responsable docente de F Instituto Spiral

³ Psiquiatra supervisor clínico y codirector técnico de Fundación Instituto Spiral

Sobre las Adicciones en la Mujer y su tratamiento

Hace unos años resultaba tan obvio que la asistencia en el campo de las adicciones era "cosa de hombres" que nadie se percataba ni tenía reparo alguno, más allá de cuestiones lingüísticas y de formas literarias, en usar el masculino para referirse a la generalidad de la población atendida. Se hablaba de *los adictos* sin darse cuenta de que el modelo tanto epistemológico como terapéutico que subyacía tras dichas afirmaciones sufría graves sesgos creados por la propia realidad asistencial, es decir, por el abrumador predominio de pacientes varones en recursos asistenciales tanto ambulatorios como residenciales. No es de extrañar entonces que las mujeres adictas fueran tratadas como casos atípicos no sólo por su escasa presencia sino porque ellas mismas evitaban acudir a servicios de atención profesional salvo en contadas ocasiones. Una vez en éstos, con aplicárseles los mismos considerandos que a los hombres era suficiente.

O eso es lo que se creía, pues la incorporación de la mujer en todos los órdenes que la sociedad ha experimentado en los últimos años ha supuesto que en el campo de las adicciones – y en concreto de las demandas terapéuticas – las adicciones femeninas hayan dejado de ser circunstancias excepcionales y se hayan convertido primero en curiosidad y luego en foco de atención y preocupación para los profesionales que intervienen en este campo. De hecho, el número de mujeres alcohólicas ha crecido espectacularmente pasando de una proporción de casi 5 varones por cada mujer en los años 70 a solo 3 varones por cada mujer en la actualidad. Y la cosa no queda ahí. La demanda de tratamiento de la mujer alcohólica es muy superior a la del hombre, de manera que por cada dos varones hay una mujer en tratamiento. En nuestro caso, incluso llegamos a igualar la cifra de varones y mujeres en tratamiento, lo que implica, por un lado, que la mujer alcohólica tiene menos reparos que el hombre a la hora de demandar ayuda terapéutica y, por otro, que la cualidad de la misma está cambiando. Las anteriormente escasas mujeres de los grupos de alcoholismo forman un núcleo fuerte que confiere un carácter especial al grupo pues se habla más fluidamente de afectos y emociones, se tiende menos a la temida inercia hacia la "charla de café", se afina más en la profundización de un sentimiento, etc.

Las circunstancias cambian, no obstante, si nos referimos a otros ámbitos como, por ejemplo, el submundo marginal donde se consumen drogas ilegales en condiciones higiénicas y de calidad de vida precarias. En él la situación de la mujer se vuelve pésima ya que tiene que adaptarse a un entorno duro y hostil en que impera la ley del más fuerte. Para sobrevivir, la mujer suele asociarse a un varón que le proporciona droga o acaba vendiendo drogas ella misma de forma arriesgada, pudiendo llegar a prostituirse o ambas cosas a la vez. Si antes decíamos que la mujer alcohólica demanda tratamiento con mayor facilidad que el hombre, en este caso ocurre al revés. Aunque parezca mentira, la mujer heroinómana que hace una vida "tirada", que sufre carencias, maltrato, extorsión, etc. tarda más tiempo que el hombre en iniciar tratamiento. Efectivamente, si por cada heroinómana hay aproximadamente 4 ó 5 varones consumidores, la proporción de mujeres que

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

solicitan tratamiento desciende a 1 por cada 7 heroinómanas. Mientras que una de las razones que arguyen las mujeres para esta tardanza es la desconfianza en los centros de asistencia, en nuestra opinión concurren factores como los siguientes: las mujeres tienen mayor disponibilidad de droga y más prejuicios hacia el tratamiento y las heroinómanas se endurecen tanto debido a la vida que llevan que cuesta – siempre en términos generales - más trabajo tratarlas porque antes tiene que desmontarse todo ese bagaje actitudinal negativo que arrastran.

La mujer y su mundo suponen un universo próximo y a la vez desconocido que demanda una atención similar pero sutilmente diferente. Y en estas diferencias es donde pueden producirse las confusiones y la desorientación pues la mujer se siente aún extraña en muchos dispositivos donde sus características femeninas y la singular manera de vivir, experimentar y manejar sus problemas se topa con la mirada sorprendida del profesional y, en los peores casos, con una discriminación obviamente inconsciente fruto de la incertidumbre del terapeuta. Algunas mujeres incluso se han llegado a sentir proscritas, no intencionadamente, porque el espacio terapéutico al que llegaban estaba totalmente dirigido a hombres. Aunque lo anterior nada tiene que ver con un feminismo primitivo sino más bien con el cotidiano pragmatismo, creemos no obstante que resulta tan erróneo aplicar modelos fenomenológicos y curativos creados a partir de referentes masculinos sin traducción alguna como confeccionar paradigmas femeninos que desdoble la asistencia y sean lo mismo pero cambiados de signo. Resulta imperativo que quienes busquen respuestas en este libro no olviden que los fenómenos adictivos no tienen género y que, debido a ello, mucho de lo que se conoce sobre los mismos sigue tan vigente al hablar de adicciones femeninas que ya se cuenta con parte del camino andado. Esperamos así tranquilizar a quienes hayan podido sufrir una crisis de planteamientos y de validación profesional por este motivo.

Sobre el Symposium

Durante los años de nuestra experiencia docente nunca nos había sorprendido de tal manera la respuesta del colectivo de profesionales ante una propuesta como la del *I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Previamente recibimos un anticipo al distribuir un folleto titulado “La adicción según género... y el tratamiento específico” pues la demanda del mismo no sólo agotó las existencias de que disponíamos sino que le convirtió en material de formación cuando nuestra intención inicial era meramente divulgativa. Fue igualmente grato que autores y profesionales de gran reputación se inscribieran como asistentes en el evento cuando alguno de ellos podría por méritos propios ofrecer su sabiduría tanto teórica como terapéutica como ponente, lo que refrenda el dicho de que todo gran profesional es formalmente humilde. Nos impresionó positivamente asimismo la respuesta de las instituciones y el apoyo que ofrecieron desde el primer momento. Y eso que, tenemos que reconocer, las gestiones finales se hicieron a marchas forzadas puesto que el verano y el periodo vacacional obligaron a tramitar muchas cuestiones a última hora.

Cabe preguntarse las razones de esta respuesta en un campo tan saturado de ofertas formativas (cursos, jornadas, congresos, etc.) y – por qué no decirlo – tan proclive a la endogamia y al funcionamiento estanco. Al barajar posibles respuestas se nos ocurre que no sólo la demanda de atención por parte de las mujeres – como antes se describió – ha experimentado un crecimiento en las adicciones, sino que existe un impulso cada vez mayor en este campo hacia la reflexión en torno a la influencia de factores que antes se sobreentendían o, simplemente, no se tenían en cuenta.

Sobre las "diferencias de / según género"

El género influye y creemos que ello se puede notar incluso en este libro, pues la importancia que se concede a ciertos temas relacionados con la feminidad supera no sólo las pretensiones iniciales con que fue concebido sino que se extiende a otras cuestiones más amplias de los roles y del papel que juegan las mujeres en nuestra sociedad actual.

El término "diferencias de/ según género" ha sido justamente criticado por miembros de la Real Academia. Lázaro Carreter, en uno de sus famosos "dardos", alude al exceso e inadecuación de la expresión "según género". Nosotros mismos reconocemos caer voluntariamente en este error en pro del sentido práctico y de ser un término sancionado por el uso. Hay una tendencia natural a asociar "diferencias de género" con "diferencias femeninas", aspecto presente no sólo en esta introducción sino a lo largo de todo el libro. Realmente si nos referimos a diferencias de género también tenemos que hablar de los varones y sus peculiaridades. Pero no hace falta, porque de dichas peculiaridades se ha encargado la literatura científica extensamente a lo largo de los años. Prácticamente todos los textos han estado dedicados a "ellos".

Parece sorprendente que hasta hace pocos años no hayan empezado a cobrar importancia las particularidades de género que tienen los problemas de adicciones. En los años 80 y 90 eran más bien escasos los trabajos publicados en torno a la situación de la mujer adicta pero lo curioso es que todos coinciden en las notables diferencias en el modo de vivir y sentir el problema y en la necesidad que – sobre todo las mujeres, determinadas mujeres – tenían de espacios asistenciales propios. Quizá por inconsciencia o por no percatarse bien más que por falta de sensibilidad, la Administración se mantenía al margen de estas cuestiones. Incluso en casos concretos no se abordaron para evitar crear espacios específicos que se convirtieran en ghettos asistenciales aún más discriminatorios, confundiendo *necesidad especial* con *marginación*, lo que – a la postre – es una manera de justificar la inamovilidad de las instituciones públicas a la hora de tomar cartas en el asunto. En los albores del siglo XXI parece que todas las instancias e instituciones van comprendiendo mejor las adicciones femeninas, si bien todavía no se tienen suficientemente en cuenta a la hora de elaborar programas de prevención y/o de asistencia. Tenemos incluso que se pase de la anterior pasividad a un

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

hiperproteccionismo igualmente desacertado (como en algunos casos – léase Autonomías - ha ocurrido con los programas de reducción de daños que se *han comido* los presupuestos en detrimento de los programas libres de drogas). Resulta sospechoso el repentino interés que muestran algunos cargos técnicos que empiezan a hablar de adicción y género convocando mesas de trabajo, reuniones de expertos, al objeto de iniciar *planes, campañas o políticas asistenciales* que “den respuesta a realidades candentes” (itemible!). Y, como además el tema se asemeja y guarda relación con el maltrato, asunto delicado y en candelero, ¿surgirán de pronto, salidos de la nada, pisos protegidos, centros específicos, programas de reinserción para la mujer, etc.?. Tan importante como actuar es hacerlo con prudencia y realismo. Puesto que en estos momentos todos estamos “sensibilizados”, hora es de hacer las cosas racionalmente, sin escatimar ni dilapidar recursos, tomando la referencia de experiencias y programas consolidados y recabando la opinión de técnicos con trayectoria demostrada en la materia.

Queremos acabar esta introducción agradeciendo al Instituto de la Mujer su exquisita sensibilidad hacia el tema de las Adicciones y la enorme ayuda brindada en todos los ámbitos: tanto en la organización del curso como en su materialización. La edición del presente libro ha sido posible gracias al interés mostrado por las diferentes instancias técnicas del Instituto de la Mujer, que siempre nos atendieron con la mejor disposición y que además han aportado un excelente estudio al libro.

Así da gusto trabajar

Madrid, a 5 de noviembre de 2001

1. SOCIOEPIDEMIOLOGÍA

SOCIOEPIDEMIOLOGÍA

1.1. Perspectivas de género en los problemas de drogas y su impacto.

Elena Rodríguez, jefa del Dpto. de Estudios e Investigación de la Fundación de ayuda contra la Drogadicción.

En primer lugar quiero dejar constancia de que mi intervención, que lo es en nombre propio, refleja planteamientos y resultados de una investigación realizada por la FAD bajo la dirección de Eusebio Megías, en la que han participado muchas personas y especialmente, en el tema que nos ocupa, Domingo Comas, Josune Aguinaga y yo misma. Este estudio que se inició en 1999 trataba, más allá de lo que aporta la información epidemiológica, de adentrarse en la perspectiva de lo que son y lo que significan las percepciones y las representaciones sociales en relación con los consumos de drogas.

Para todos los que estamos trabajando en este contexto no es ni nuevo ni sorprendente pensar que, dentro de los muchos condicionantes que los consumos objetivamente conocidos, observados y validados entre determinados grupos, a partir de determinados factores de riesgo y desde todas las perspectivas que se han estudiado, no dejan de tener un poso basado en el punto de vista de eso que, desde la teoría, se han venido llamando *representaciones sociales*. Y esto es así en la medida que las representaciones sociales, las percepciones sociales, aúnan todo el conjunto de los valores subyacentes en el marco de la sociedad y los ponen en relación con las actitudes y, de alguna manera, con los consumos objetivos. Por ello se trataba de avanzar un poco y conocer, en el momento actual y para el conjunto de la sociedad española, cuáles son esos elementos y qué evolución han experimentado para la definición de la realidad en la que nos encontramos en este momento, y cómo las distintas opiniones y actitudes se van articulando alrededor de, precisamente, ese conjunto de representaciones.

La investigación está publicada bajo el título de "*La percepción social de los problemas de drogas en España*" (FAD, 2000) y dentro de su desarrollo, y conjuntamente con el Instituto de la Mujer, pensamos que era necesario abordar todas estas cuestiones incorporando una perspectiva de análisis de género. Los resultados de este abordaje específico es lo que voy a presentar, con el objetivo de que sea tomado como tal, como una primera aproximación, para ser trabajada y en su caso debatida en estas jornadas.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

El origen de esta aproximación fue tratar de entender por qué cuando nuestros resultados, obtenidos a través de la combinación de técnicas cuantitativas (encuesta muestral) y cualitativas (grupos de discusión), reflejaban que desde las percepciones sociales el conjunto de estereotipos, opiniones y valoraciones, no nos ofrecían ningún tipo de resultados diferentes entre el colectivo de varones y el colectivo de mujeres, en la descripción epidemiológica de los consumos sistemática y tradicionalmente sabemos que los consumos de las mujeres y los consumos de los varones no son los mismos. No se nos escapa a ninguno que, evidentemente, hay una serie de condiciones objetivas pero también queríamos saber qué es lo que desde las percepciones (como formas de estructurar la manera en que se valora y se afronta el mundo de los consumos) podía estar operando para que estas diferencias objetivas en los comportamiento se produzcan mientras que en las opiniones explícitas (y me estoy refiriendo a las valoraciones de las propias sustancias, de los consumidores, de los problemas asociados, en fin, a todo el conjunto de estereotipos) no existen diferencias entre las de los varones y las de las mujeres. Esto resultaba todavía más chocante cuando una de las conclusiones que íbamos obteniendo a partir de los datos era que efectivamente se están produciendo cambios y en estos momentos hay una configuración de las percepciones sociales que sí tiene una íntima relación, por ejemplo, con otras variables estructurales como la edad, que nos permitió elaborar una tipología desde una perspectiva evolutiva de las percepciones, como la propia ideología o el sistema de valores. Sin embargo, desde el punto de vista formal y estadístico de la categoría de género, no obteníamos resultados diferenciales más allá de lo que aportan la propia edad y la ideología.

En este marco general decidimos dar un paso más y abundar desde el punto de vista cualitativo, puesto que pensamos que era la estrategia que nos podría permitir avanzar y aproximar alguna reflexión más a lo que puede estar pasando, o los elementos que constituyen esa perspectiva diferencial desde el género. Decidimos, conjuntamente con el Instituto de la Mujer, organizar una serie de grupos de discusión más, constituidos exclusivamente por mujeres, para contrastar desde el punto de vista del discurso específico de estos grupos los discursos desarrollados en grupos mixtos y de varones. Quiero insistir en el hecho de que los resultados de esta aproximación, a pesar de que consideremos que tienen una relevancia importante, no son más que un primer paso para seguir reflexionado sobre ellos puesto que, como voy a exponer en adelante, no permiten concluir definitivamente el debate.

Una primera reflexión que es necesario plantear es que en ningún momento surgió de forma espontánea y fue necesario provocar en los grupos la aproximación sobre las diferencias, o lo que se consideraba que podían ser diferencias de las mujeres respecto a los consumos propios y ajenos. Esta cuestión es importante porque dice mucho también de por qué realmente en los resultados explícitos de los cuestionarios no obteníamos información sobre este particular.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Desde el análisis de los grupos hay dos perspectivas que están íntimamente relacionadas (que son también evidentes): una que es la meramente estructural, las percepciones de las mujeres desde las posiciones sociales (roles) que las mujeres ocupan en la sociedad y que evidentemente condicionan y originan una serie de comportamientos y valoraciones diferenciales; la otra, que desde mi punto de vista, es quizá más importante que es una perspectiva dinámica de cambio. Esto quiere decir que todas estas posiciones estructurales en que estamos asentadas las mujeres están ahora mismo en un proceso al que se han incorporado objetivos específicos desde los colectivos de mujeres. Lógicamente este proceso esta generando una readaptación y una redefinición de los roles y de las expectativas de futuro de las opiniones que se derivarían de las posiciones estructurales.

Encuadrados en esas dos perspectivas nos surgieron tres grandes elementos que realmente son tan interdependientes que resulta prácticamente imposible asignarles un orden de importancia.

El primer gran eje discursivo está compuesto por todo lo que tiene que ver, desde la perspectiva de las mujeres y desde su percepción de las drogas y los consumos, con lo que hemos llamado el *doble vinculo* en relación con las drogas. Creo que para todos los que estáis relacionados con la practica cotidiana en la clínica y en la relación con mujeres adictas, e incluso en programas de prevención, no os resultará extraño porque es evidente, y se hace evidente en los grupos, que no tiene nada que ver la percepción social de una transgresión desde el punto de vista masculino y femenino. Cuando una mujer se somete, o somete a consideración, la valoración de un comportamiento transgresor, como es en nuestro caso el consumo de drogas, sobre sí misma esta haciendo recaer una doble penalización: la primera es la que se asigna a la propia transgresión (y hasta ahí sería igual a la que se impone a los varones) pero la segunda, y es la más importante, es la penalización que conlleva la transgresión del rol, es decir la transgresión que consiste en realizar un comportamiento que, siendo considerado indeseable para los varones, lo es mucho más si se trata de las mujeres porque se sale de las expectativas que se les suponen (de *no transgresoras*).

Este hecho tiene, evidentemente, unas repercusiones importantes y no sólo en la medida en que hay grupos de mujeres que lo explicitan y elaboran su discurso sobre la drogas a partir de ello, sino en la medida en que pueda estarse exponiendo como una crítica, como una reflexión o como una interiorización de esa doble penalización, hecho que agudiza desde el punto de vista de la vivencia femenina lo que tiene que ver con la valoración negativa de los consumos cuando se producen.

Lógicamente, la atribución de los comportamientos que son o no esperables para un colectivo determinado radican en las formas de socialización, en este caso de género. Desde la socialización surge otro de los elementos importantes y, como ya he mencionado, íntimamente relacionado con el anterior (sobre todo por lo que todos ellos tienen que ver con la configuración de los roles femeninos): la posición de las mujeres frente a los consumos de drogas, también frente a otras muchas

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

cuestiones, se explica y se argumenta alrededor de una supuesta carga mayor de exigencia, de un nivel muy superior en la asunción de responsabilidades y en la demostración de *fortaleza*. Esta fortaleza se refiere tanto al espacio privado (control y cuidado del entorno) como a los espacios y comportamientos públicos que se ocupan. De esta manera el argumento del *control*, tan recurrente en los discursos sobre los usos de drogas, en el caso de las mujeres no sólo se refiere a la capacidad para manejar los límites de los consumos propios, sino que también tienen que ver con la exigencia de demostrar y ejercer esa capacidad, mucho más de lo que lo hacen los varones.

El tercer gran eje que está presente de forma sistemática en los discursos, es el fenómeno de la maternidad, como posición social real o como expectativa. Desde este argumento lo que se nos viene a decir es que el hecho o la posibilidad de ser madre condiciona una determinada manera de entender el autocuidado y la necesidad de ejercitar el control y la fortaleza antes mencionados.

Sobre estos tres grandes elementos transversales se iría asentando el discurso diferencial de las mujeres, tanto para la valoración de los comportamientos como para el modelaje de las actitudes hacia ellos. Así, desde estos parámetros el modelo de socialización se valora positivamente en la medida que consigue preservar a las mujeres frente a determinados riesgos (no sólo los consumos de drogas).

Sin embargo, estos elementos estructurales del discurso, como he apuntado al comienzo, están sometidos a la consideración desde los parámetros de la dinámica social de cambio en los roles y en su manera de ponerlos en práctica. Y en esa dinámica de cambio se puede reflexionar sobre el papel que esos tres grandes ejes ocupan en las modificación de las expectativas de género respecto a los consumos de drogas, ya que la compatibilización de viejos y nuevos roles (o maneras de ejercitarlos) somete a las mujeres a una toma de postura específica en la que uno de los referentes claros es la asunción de modelos masculinos de actuación.

Desde la perspectiva de los grupos este proceso puede tener varias lecturas:

- Si se avanza en la equiparación de géneros en lo que respecta a la participación y acceso en el conjunto de escenarios sociales (laborales, festivos,...) se avanza también en la equiparación en la exposición a los riesgos asociados a esos nuevos espacios.
- Si se acepta participar del riesgo, se reclama un tratamiento equitativo también en las sanciones derivadas.
- En los mismos espacios y oportunidades que los varones, se asocian los estereotipos que se supone que inducen al consumo a los varones a los que corresponderán también a las mujeres (rendir más y ser más competitivo, aparentar y tener que demostrar, divertirse...).

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Desde estos puntos de vista, parecería que el planteamiento de los grupos de mujeres respecto a los consumos de drogas, cuando se contempla desde la perspectiva del cambio en la asunción de esos viejos y nuevos roles, trasladaría el espacio de la transgresión excluyente al de la transgresión para la integración equitativa en otros espacios: los consumos de tranquilizantes, los relacionados con el autocuidado y el aspecto físico, incluso los relacionados con los espacios de diversión adolescente, tendrían que ver, en el caso de las mujeres, con la necesidad de formar parte e integrarse en distintas situaciones en las mismas condiciones en que lo hacen sus compañeros varones

Todas estas cuestiones quedan esbozadas a partir de los grupos, y dejan muchas puertas abiertas para profundizar y avanzar en análisis posteriores:

- Se apunta, desde la perspectiva del cambio social, un cierto mantenimiento de los elementos de control a partir del género, que deberán ser sometidos a seguimiento para valorar en el futuro hasta qué punto siguen existiendo riesgos y protecciones específicas para el colectivo de mujeres.
- También es necesario profundizar en los elementos que sirvan para orientar una adecuada gestión de esos riesgos, incorporando los rasgos específicos de este colectivo.
- Finalmente, queda por contrastar las posturas que adoptarán las cohortes más jóvenes en la asunción de determinados roles (maternidad, fortaleza, ...).

1.2. Sexualidad en la mujer adicta.

Carmen Orte, profesora de pedagogía de la Universidad de las Islas Baleares.

MUJER Y DROGAS: ALGUNAS CUESTIONES RELACIONADAS CON LA ESPECIFICIDAD DEL GÉNERO

La asociación entre sexualidad femenina y consumo de drogas no es nuevo, algunos temas aparecen ligados a la misma de forma recurrente en diferentes épocas, así por ejemplo, a la prostitución, al maltrato físico y sexual, e incluso, al erotismo de las drogas asociadas al sexo. En la actualidad, si bien estos temas están todavía presentes, algunos de ellos han alcanzado mayor virulencia, concentrándose en la mujer consumidora de drogas, la prostitución, las enfermedades de transmisión sexual - específicamente el virus de la inmunodeficiencia humana -, y la transmisión de enfermedades y problemas de diverso tipo - incluida la adicción -, a sus propios hijos, a través del embarazo.

La importancia de todos estos temas en sí mismos merece un tratamiento profundo e individualizado que, sin embargo, no ha recibido un interés especial y exhaustivo por parte de los investigadores. Ello puede explicarse, en parte, si se tiene en cuenta que, en relación al consumo de drogas en general y al consumo de drogas de la mujer en particular, no parece que sean temas de primer orden en lo que se refiere a las diversas problemáticas que suelen presentar las personas drogadictas y que requieren una mayor inmediatez de respuesta que no suele incluir el abordaje de la sexualidad o de otros problemas específicos que la afectan y que requieren un tratamiento concreto.

Sin embargo, también puede explicarse desde otras perspectivas, principalmente relacionadas con el desconocimiento histórico de la drogadicción femenina, que no puede atribuirse únicamente a razones de escasa representación numérica, sino más bien a cuestiones culturales y de percepción social respecto al género femenino.

De todas maneras, y teniendo en cuenta que buena parte de las cuestiones comentadas forman parte del discurso personal, social, profesional e incluso investigador en mayor o menor medida, y de las líneas de intervención que se están llevando a cabo en la actualidad, desde el punto de vista de la drogadicción femenina, adquiere importancia profundizar sobre la importancia de la sexualidad, tanto en los procesos como en las consecuencias como en los resultados de determinados consumos y situaciones de adicción femenina que aparecen relacionadas entre sí, y, a menudo, confluyen en una misma realidad personal.

En esta comunicación nos centraremos en la relación entre determinados problemas, entre otros, los que se relacionan con algunos aspectos de la sexualidad de la mujer

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

- desde la misma configuración de la sexualidad, hasta problemas específicos como el abuso sexual o la violación, e incluso determinados problemas aparecidos en las relaciones sexuales- y el consumo de drogas, así como en la importancia de tener en cuenta estos aspectos en lo que se refiere a considerarlos factores de riesgo en lo que se refiere al inicio, mantenimiento y cesación de las conductas de adicción a drogas.

De todas maneras, estos temas no agotan la necesidad de investigar más a fondo sobre otras cuestiones relacionadas con la sexualidad desde otros puntos de vista. Así por ejemplo, otros temas que merecen atención se refieren, por ejemplo, a la relación entre las respuestas sexuales y el consumo de tóxicos en el sentido de analizar la importancia del tóxico o tóxicos en las relaciones sexuales, tanto desde el punto de vista fisiológico como desde el punto de vista psicológico; la relación entre el consumo de drogas de la mujer y sus elecciones y relaciones de pareja, desde el punto de vista de la desventaja que supone el etiquetamiento social que asocia el consumo de drogas femenino con enfermedades de diverso tipo, conductas desviadas en general y conductas particulares como la prostitución; la red social de las mujeres adictas a drogas y el lugar y rol que ocupan en las mismas, profundizando en la influencia de las relaciones afectivas sobre las prácticas y hábitos de consumo; la especificidad del consumo de diferentes tipos de sustancias en relación a las tipologías de problemas asociados específicamente al género; o la especificidad del consumo de drogas femenino y las consecuencias sobre terceros en el sentido no sólo de las consecuencias del consumo de tóxicos en el embarazo, sino también en las situaciones de riesgo posterior una vez que se ha producido el nacimiento. Todas ellas son cuestiones de mucha importancia en los procesos de prevención y tratamiento de la drogadicción femenina, y que merecen un tratamiento más profundo que incida en la mejora de los mismos.

SEXUALIDAD, ABUSO SEXUAL Y CONSUMO DE DROGAS

Aunque el abuso sexual en sus diversas formas, incesto, vejación, violación y otras formas de abuso ocurre tanto en hombres como en mujeres, la incidencia y prevalencia de los abusos sexuales es mayor en las mujeres. En lo que se refiere por ejemplo a la incidencia del abuso sexual infantil, los datos varían desde un 1,1% en la investigación epidemiológica realizada por de Paúl en 1995 (en Cantón y Cortés, 1997) en Guipúzcoa utilizando los expedientes abiertos por el Departamento de Bienestar Social entre marzo y mayo de 1989 y un 1,8% del total de casos detectados por profesionales como pediatras, profesores trabajadores sociales. Por su parte, Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995 (en Cantón y Cortes, 1997), realizaron un estudio a nivel nacional utilizando los expedientes abiertos por los servicios de protección infantil entre 1991-1992. Los investigadores señalaron un 4,2% de todos los casos de niños maltratados más frecuente entre las niñas, incrementándose la frecuencia de los abusos con la edad de los niños. En lo que respecta a la prevalencia del abuso sexual, un balance de las diecinueve investigaciones mejor planteadas en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra considera que aproximadamente un 20% de las mujeres (con una variabilidad entre el 6 y el 62% según la fuente de

investigación citada) y un 10% de los hombres entre el 3 y el 31%) dicen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia antes de los 16 o 17 años. En España, en un estudio realizado con una muestra representativa de 2.000 sujetos entrevistados de edades comprendidas entre 18 y 60 años estratificados por sexo, grupos de edad y autonomías se cita una prevalencia del 19% (15% varones y 23% mujeres) López, F. (1997).

Aunque los efectos del abuso sexual infantil pueden darse durante todo el período infantil y tener unas características propias dependiendo de la etapa específica de desarrollo, y aunque la gravedad de las consecuencias también está relacionada con otros factores como la duración y frecuencia del acto abusivo, el tipo de relación con el agresor, el tipo de abuso sexual padecido, la edad de la víctima cuando ocurrió el acto abusivo y otros parámetros como la reacción de la familia ante la revelación del acto abusivo y el apoyo con el que cuente la víctima, en general, los estudios sobre las consecuencias de la violencia sexual a corto y largo plazo en la mujer, incluyen conductas de aislamiento, baja autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza, miedo a los hombres, ataques de ansiedad, trastornos del sueño, tendencia al consumo de alcohol y drogas, tendencia al suicidio y a la automutilación, promiscuidad sexual y riesgo de prostitución, embarazo⁴, problemas de identidad sexual, desórdenes múltiples de personalidad y desórdenes en la alimentación (anorexia - bulimia); conductas antisociales y riesgo de nuevos abusos sexuales, sentimientos de aislamiento y estigmatización (Bendixen, Muus y Schei 1994; Vázquez, B. 1995; López, 1995; Cantón y Cortes 1997). El abuso sexual a la mujer, presenta unas características especiales que nos pueden explicar la dimensión del daño producido.

Así pues, las niñas mayoritariamente son víctimas de abusos intrafamiliares (los niños lo son de abusos extrafamiliares) Finkelhor (1990). Las experiencias de abuso sexual en la mujer, son consideradas muy traumáticas porque el perpetrador suele ser el padre o el padrastro (Herman, Russell y Trocki, 1986), y ello tiene como consecuencia un mayor sentimiento de traición y de pérdida de confianza, mayores trastornos familiares, menor apoyo emocional (miedo a la desintegración familiar, miedo a no ser creídas) y una mayor probabilidad de que se produzca con mayor frecuencia y durante más tiempo, que el abuso ejercido por cualquier otro familiar o extraños.

De acuerdo con lo anterior, los investigadores señalan dos factores que es probable que se produzcan durante la niñez de las víctimas de incesto: a) la ausencia de disponibilidad de la madre debido a incapacitación de diverso tipo, muerte o desertión y b) el rol inadecuado de la víctima como esposa - madre (Gordon, 1986). Un tercer factor, el más importante, se refiere a la experiencia de incesto en sí

⁴Véase al respecto Casas, J. (1997). Embarazo en la adolescencia. En, J. Casado J.A. Díaz y C. Martínez, (Dirs.). *Niños maltratados*. (págs. 249-255). Madrid: Díaz de Santos. El autor, citando literatura anglosajona sobre esta cuestión, indica un porcentaje elevado de abuso sexual en la infancia entre las adolescentes embarazadas (70% en la raza blanca, 42% en la raza negra, 37% de origen hispano).

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

misma, ya que la víctima de incesto esta sujeta a una relación continua de abuso con su padre biológico o adoptivo, o bien de otro adulto familiar masculino, que ejerce las funciones de padre o tutor, cuando ésta tiene entre 8-12 años (Finkelhor, 1984). El impacto de estos tres factores puede explicar los sentimientos y consecuencias de la indefensión que la víctima manifiesta en la niñez y los que experimentará en la adolescencia.

Centrándonos en algunas de las consecuencias comentadas, algunos estudios (Wallen, 1992, en Kandall, 1996), han confirmado el impacto negativo de la violencia sexual en la drogadicción de las mujeres. Los resultados de un estudio realizado en 1989 con 229 usuarios de un programa de tratamiento residencial en Maryland, 20% de los cuales eran mujeres, señalaron mayor probabilidad de historias de abuso sexual en la niñez y en la adultez, intentos de suicidio y distrés emocional agudo.

Por su parte, el National Victim Center (1992) (en Kandall, 1996), señaló una fuerte asociación entre la violencia sexual y el abuso de drogas, indicando asimismo que entre las mujeres que habían sido víctimas de violación, era cinco veces más probable que hubieran abusado de drogas con prescripción terapéutica y entre tres y diez veces más probable que hubieran abusado de otras drogas como marihuana, cocaína y otras de similar potencia. Para los autores del informe, tales resultados estarían relacionados, tanto con el trauma de la agresión sexual recibida, como con el tipo de ambientes de las víctimas en los que las conductas de violación son más probables.

Las conclusiones de otros estudios también confirman la existencia de una relación entre el abuso sexual infantil y el consumo de drogas y/o alcohol durante la etapa adulta. Así, la investigación realizada por Briere y Runtz (1988) con una muestra clínica, demostraron que las víctimas de abuso sexual infantil informaban con más frecuencia que el grupo de control de problemas de adicción a las drogas (20,9% versus 2,3%) y de alcoholismo (26,9% versus 10,5%). Otros autores que han analizado esta cuestión en usuarias de programas de mantenimiento con metadona (que ejercían o habían ejercido la prostitución) señalan unos porcentajes del 58,3%, sobre la totalidad de mujeres encuestadas, que habían experimentado violencia física en la niñez y/o adolescencia, y un 37,5% de éstas abuso sexual (Zenker, 1995). Los datos del trabajo de Gilbert y otros (1997), sobre 151 mujeres en tratamiento con metadona indican un 39% de abusos sexuales o físicos antes de los 16 años y un 27% antes de los 13,7 años. Otros autores apuntan en la misma dirección, por ejemplo, Taboada y Duckert (1987)⁵. Los estudios con muestras no clínicas han llegado a resultados similares (Peters, 1988; Stein et al 1988).

⁵Como puede extraerse de las conclusiones del: Women and Drugs. Working Group Meeting Strasbourg, 18-20 March 1987 Draft Report. Co-operation group to combat drug abuse and illicit trafficking in drugs (Pompidou Group). Documento multicopiado.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

No sólo el consumo de drogas, también las disfunciones sexuales se citan como antecedentes y consecuentes de haber padecido abusos sexuales de diverso tipo en la niñez y en la adolescencia. Así, por ejemplo, la incidencia del incesto en la niñez entre mujeres alcohólicas es significativamente más elevada que en la población general (Covignon, 1982 y Kovach, 1986 (en Hurley, 1991); además, y comparando diferentes dimensiones del abuso sexual padecido tanto por mujeres alcohólicas como no alcohólicas suele citarse que, en las primeras, éstos aparecen mas pronto (a los cinco años de edad o menos), tienen mayor duración (más de diez años) y no informan a nadie de lo sucedido (Schaefer et al. 1985, en Hurley, 1991).

Así, el alcoholismo, y las disfunciones sexuales también pueden ser consecuencia de haber padecido alguna forma de abuso sexual como incesto o violación (Wilsnack, 1984). De todas maneras, y aunque el haber sufrido incesto está relacionado con el consumo de drogas, no todas las víctimas del mismo las consumen. Así por ejemplo, Hurley (1991), realizó una revisión sobre varios estudios que se ocupan de esta cuestión indicando que, las principales diferencias entre las mujeres víctimas de incesto alcohólicas y no alcohólicas, son para las primeras, las malas relaciones entre los padres, mayores dificultades sexuales, sentimientos de culpabilidad e inicio del alcohol a edad muy temprana. De acuerdo con este autor, las altas proporciones de disfunciones sexuales, el consumo de alcohol precoz y el estrés postraumático serían tres áreas relacionadas que influirían tanto sobre los efectos percibidos del alcohol como sobre los motivos para beber de manera que las mujeres que habían padecido incesto y habían desarrollado alcoholismo lo harían como forma de automedicación.

En el trabajo realizado por Hurley (1991) ya comentado, se señala que la mujer alcohólica que además ha sufrido incesto el poder del estigma puede estar magnificado, incrementando la probabilidad de que su alcoholismo no sea diagnosticado y tratado.

De todas maneras, y debido al secretismo que rodea al incesto, su magnitud también podría estar infraestimada y formar parte de un conglomerado de disfunciones familiares: alcoholismo en uno o ambos padres, trastornos psicopatológicos, desorganización familiar, dificultades en el establecimiento de los roles, etc., y ello muy probablemente tendría que ver con la detección del mismo, así como con la detección de los problemas posteriores como el alcoholismo.

En cualquier caso, el consumo de drogas y alcohol podría ejercer su función como antecedente y como consecuente de victimización. Como antecedente, estaría relacionado con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo, mayor vulnerabilidad por falta de apoyo y supervisión parental, menor capacitación para discriminar las señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso, teniendo en cuenta la situación de debilidad personal y relacional creada a partir de la situación de abuso inicial (Finkelhor, 1993). Como consecuente, los abusos sexuales podrían llevar al alcoholismo y/o drogadicción como mecanismo de afrontamiento de ese suceso estresante o como consecuencia del estigma que llevaría a la víctima a relacionarse con grupos marginales.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

De acuerdo con lo comentado, aunque se dispone de evidencia de que la victimización en la infancia es un factor de riesgo muy importante en lo que se refiere a la drogadicción posterior; sin embargo, todavía se sabe muy poco sobre cómo y de qué manera se produce esta relación. Dada la importancia de esta cuestión, desde 1996 el National Institute on Drug Abuse ha empezado a realizar investigaciones sobre este problema. Entre las primeras conclusiones de estas investigaciones se destaca que, no son sólo los problemas relacionados con la sexualidad sino también otros problemas de la vida diaria están relacionados con el abuso recibido. Así, se señala que entre las personas drogadictas que sufrieron algún tipo de abuso en la infancia, es más probable que coexistan otros problemas psicológicos, como por ejemplo, el trastorno de estrés post - traumático⁶; baja autoestima, incapacidad para mostrar confianza y desarrollar relaciones íntimas e incluso de amistad; conductas de alto riesgo que aumentan las posibilidades de infección por VIH, y conducta autodestructiva como por ejemplo el suicidio.

Los factores que tienden a aumentar la severidad del síndrome de estrés post - traumático, como por ejemplo la drogadicción, son los siguientes: 1) la severidad y naturaleza del acto abusivo y la severidad del daño; 2) la edad de la víctima; 3) la falta de habilidades apropiadas de afrontamiento o la tendencia a "evitar" el estrés a través de conductas tales como el consumo de alcohol y/o el consumo de drogas; 4) los trastornos psicológicos anteriores; 5) la disfunción familiar, y 6) la falta de apoyo social posterior al abuso.

Las implicaciones de estos trabajos tienen una doble dimensión: 1) Por una parte, la importancia del abuso en la infancia como factor de riesgo de abuso de drogas posterior, requiere el desarrollo de estrategias de prevención que se dirijan de forma específica a las personas que han sufrido abusos de algún tipo. 2) Por otra parte, y desde el punto de vista del tratamiento de la drogadicción, la mejora de las estrategias de intervención en lo que respecta a la coexistencia en estas personas, de factores mentales y emocionales.

⁶Las víctimas del síndrome de estrés post - traumático reexperimentan el trauma sufrido muchos años más tarde, algunas veces a través de "flashbacks" o pesadillas. Los síntomas incluyen las conductas de evitación cuyos marcadores pueden ser la pérdida de interés por las actividades favoritas, evitación o supresión de pensamientos o emociones, sentimientos de separación, o dificultades en pensar acerca del futuro. Las víctimas de este síndrome pueden sufrir un aumento de la vigilancia o ansiedad en lo que se refiere a la percepción de daño, problemas de concentración, respuestas exageradas de alarma y explosiones de angustia. (Swan, N., 1998).

SEXUALIDAD, CONSUMO DE DROGAS Y PROSTITUCIÓN

Aunque la prostitución es un tema clásico ligado a la adicción a las drogas de la mujer, no es por ello un tema que tenga mucha historia en el sentido que nunca ha sido de gran interés a nivel político y tampoco a nivel de investigación, si bien por diferentes motivos. En cualquier caso, y a pesar que el tema empieza a ser de interés desde el punto de vista de la salud pública a partir de la epidemia del SIDA, no lo es menos la cuestión de que aún queda un largo trecho para recorrer, incluso en los aspectos básicos que suscitaron el interés inicial (evitar la diseminación de las infecciones, mediante la prevención de las conductas de riesgo tanto en el consumo de drogas como en las conductas sexuales).

Las mujeres adictas que ejercen la prostitución en la calle concentran la mayoría de problemas y dificultades ligadas a la adicción femenina en general, como podemos observar a través de los datos de la Unidad Móvil de Médicos del Mundo Baleares (1998), que nos aportan el perfil de las mujeres, trabajadoras sexuales toxicómanas que ejercen en la calle (80% del total) y que es el siguiente: la edad de las personas que ejercen la prostitución se concentra mayoritariamente en el tramo que abarca entre los 17 y los 30 años (72,8%), siendo más numerosas que las trabajadoras sexuales profesionales en todos los tramos de edad entre los 17 y los 40 años. El 47,3% se inició en la prostitución antes de los 18 años. En lo que se refiere al ejercicio de la prostitución, señalar que la mayoría (52,7%) la ejercen todos los días en situación de alta precariedad en términos de higiene y seguridad (el 71,6% en el coche y en la calle) y con un número elevado de servicios (65,5% entre 1 y 5 y 29,1% entre 6 y 10 servicios por día), preferentemente felación 96,4%; penetración vaginal 80%; masturbación 52,5% y sexo anal 32,7%. Tienen estudios primarios o de enseñanzas medias el 81,8%. Viven en situación precaria -en la calle, en un albergue o en una pensión- el 29%, y su estado civil es el de soltera en el 65,5% del total. Han estado embarazadas en alguna ocasión el 56,4%, han tenido hijos el 45,5% y han realizado interrupciones del embarazo una o más veces el 29,1%. Consumen drogas por vía parenteral el 42% del total de trabajadoras sexuales de calle, siendo la heroína la droga preferente en el 52,7% y el speedball en el 41,8% de los casos. Se iniciaron en su consumo antes de los 18 años en un 78,2% de los casos. Tienen dificultades para conseguir que los clientes utilicen preservativos (sólo un 3,6% de las mujeres admite que la totalidad de sus clientes acepta el uso de preservativo), y también tienen dificultades para utilizarlo con sus compañeros sentimentales (sólo lo utilizan siempre el 16,4% del total), incluso siendo seropositivas (lo utilizan siempre el 32,4% del total). Se declaran portadoras de VIH el 38,8%, el 89,1% mediante prueba de detección de anticuerpos -. Un 63,6% declara tener resultados positivos al test de la hepatitis (40% hepatitis C); El 34,5% autorefiere ser portadora de alguna ETS.

Tal como puede observarse a través de estos datos, la situación de la mujer adicta que ejerce la prostitución es de suma precariedad y degradación desde cualquier punto de vista. Un problema añadido ligado a su situación de necesidad, a su vida

en la calle y a su condición de mujer lo constituye el nivel de victimización que padece.

Desde una perspectiva de género las diferentes tipologías de violencia y victimización están presentes en la vida de un número importante de mujeres habiéndose iniciado muy pronto en la vida de aquellas que presentan severos trastornos ligados al consumo de tóxicos. La relación entre la victimización y el consumo de tóxicos en la mujer es una constante desde diferentes puntos de vista. Al respecto de esta cuestión indicar la relación entre el consumo de tóxicos y la violencia doméstica. El estudio de Miller patrocinado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) (en, Wetherington y Roman 1998), en una muestra de 472 mujeres procedentes de diferentes programas de atención y de la población general, señala que las mujeres que habitualmente consumen drogas y están en programas de tratamiento (por problemas de alcoholismo salud mental o violencia) informan en un 90% de haber experimentado violencia severa de su pareja a lo largo de su vida, respecto a las mujeres del mismo grupo de tratamiento que no consumían drogas.

Como señala Whynot: "violence, and the fear of violence - are significant factors in the lives of most women and are even more prominent in the lives of women who are making their way on the street, coping with an addiction, or both" (1998, pág. 1). La violencia y el miedo a la violencia son factores significativos en la vida de la mayoría de las mujeres, si bien son incluso más prominentes en la vida de las mujeres que ejercen la prostitución en la calle sean o no adictas⁷.

ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD: REHABILITACIÓN Y REDUCCIÓN DEL DAÑO.

Aunque tal como hemos comentado al principio de este documento la sexualidad no es un tema prioritario en los programas de rehabilitación de drogodependientes, tanto si son hombres como si son mujeres, teniendo en cuenta lo comentado hasta aquí en relación a la especial situación de la mujer drogodependiente, es importante tener en cuenta algunas cuestiones desde el punto de vista de la rehabilitación.

La mujer drogodependiente, debido no sólo a su drogodependencia sino a los problemas asociados a la misma antes comentados como el abuso o la violencia en alguna o varias de sus formas, y otros como por ejemplo la prostitución y las conductas relacionadas con la misma, pueden presentar tanto sentimientos de desprecio de su propio cuerpo y de su sexualidad como sentimientos de rechazo a sus sentimientos sexuales. Normalmente les falta confianza y esperanza en el futuro y tienen muchas dificultades en las relaciones, especialmente las heterosexuales. La experiencia de fracaso y el temor a nuevas relaciones de pareja no satisfactorias

⁷En el estudio de Silbert y Pines (1982) sobre la violencia en la prostitución de calle se señala un 70% de violación por parte de los clientes, 65% de golpes por parte de los clientes 66% de abuso físico por parte de los chulos y 73% de violaciones no relacionadas con el trabajo como prostitutas.

hace que algunas mujeres tengan experiencias sexuales con otras mujeres sin que ello signifique que se definan como lesbianas (Duckert, 1987).

Hay que tener en cuenta que, cuando empieza a prescindir de las drogas, un conjunto de problemas, incluidos los de tipo relacional y sexual, empiezan a emerger. Las personas que han aprendido a consumir drogas para tratar sus problemas y dificultades sexuales o bien han tenido un determinado tipo de relaciones sexuales mediados por el consumo de sustancias deben aprender estrategias de afrontamiento a los mismos desde la sobriedad.

El abordaje de la sexualidad - desde una perspectiva no vinculada a la obtención de dinero y/o droga - requiere de nuevas formas de relación sexual con la pareja incluyendo una relación independiente, autónoma e igualitaria. Los problemas emocionales y familiares, la angustia y la victimización así como la dedicación durante un cierto tiempo a la prostitución implican un trabajo concreto que trate estas cuestiones - incluyendo la posibilidad del trabajo en grupos exclusivamente femeninos tanto en lo que se refiere al terapeuta como al grupo de participantes - desde una perspectiva que, entre otros, incluya la evaluación de necesidades, la derivación a servicios especializados, la coordinación de servicios, la supervisión y el asesoramiento individual.

Por otra parte, y en lo que se refiere a la coexistencia de drogodependencia y de estrés post - traumático en las víctimas de abuso en la infancia, es evidente que es necesario desarrollar nuevas estrategias de tratamiento que incluyan estrategias de afrontamiento desarrolladas específicamente para afrontar ambos trastornos. Dichas estrategias incluirían tanto la abstinencia en el consumo de drogas y/o alcohol como la reducción de conductas autodestructivas, la creación de una red de apoyo social, y la prevención de conductas relacionadas con ambos trastornos como el HIV y la violencia doméstica. Al respecto, algunos trabajos que se están llevando a cabo en el momento actual⁸ muestran resultados prometedores.

Sí el abordaje de la sexualidad desde una perspectiva amplia es un tema que no puede dejarse de lado en los programas de tratamiento dirigidos a la mujer adicta con el objetivo de lograr su rehabilitación, en el caso de los programas de reducción del daño que se están llevando a cabo actualmente, especialmente en Europa, con el objetivo de minimizar los daños asociados a la adicción, se requiere que los mismos se adapten mejor a las diferentes conductas de riesgo que las mujeres adictas a drogas llevan a cabo para mantener su adicción y/o la de su compañero.

Hay que tener en cuenta que tanto las conductas de riesgo en relación al consumo de la/s droga/s como aquellas en relación al sexo son muy resistentes al cambio. Ello significa que, distribuir jeringas, preservativos y consejos de salud aunque básico

⁸Por ejemplo Najavits, L.M. y otros (1996, 1997, en prensa).

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

para ayudarlas a modificar su conducta de riesgo, resulta muchas veces de difícil implementación para ellas, especialmente en la calle.

Tal como hemos observado, las mujeres adictas que ejercen la prostitución tienen muchas dificultades para negociar sexo seguro con los clientes. Dichas dificultades son de diversa naturaleza: por un lado tienen que ver con los lugares y las condiciones en las que ejercen (preferentemente en la calle y/o en el coche), con el elevado número de servicios que prestan, y la tipología de los mismos (de mayor riesgo que los que se solicitan a las trabajadoras sexuales profesionales), con el precio que cobran por los servicios (en muchos casos para comprar una dosis o la dosis en sí). También tiene que ver en unos casos con la desinhibición fruto de los efectos de haber consumido drogas o con la necesidad, que, en ambos casos, lleva a no tomar medidas de seguridad. Otras dificultades tienen que ver con la no-utilización de preservativos con los compañeros sentimentales, a pesar de que se trata la mayoría de las veces de una sucesión de varias parejas también consumidoras. En otros casos tiene que ver con la utilización del preservativo de forma inadecuada⁹ Quirk y otros (1998).

De todas maneras y teniendo en cuenta el contexto social de riesgo de la mujer, más dependiente de sus relaciones personales y del lugar y rol social que ocupa¹⁰ y la urgencia de los problemas a los que se enfrenta, se requiere un abordaje en el que el intercambio - de jeringuillas y/o preservativos - no constituya un fin en sí mismo, sino una forma de acceder a estas mujeres - dentro de una metodología del trabajo de calle o "outreach", es decir del acompañamiento y la derivación. Otras formas de acceso - cuando la mujer no demanda atención a un servicio de tratamiento de drogas deben favorecerse a partir de las demandas de atención que se llevan a cabo por otros problemas, por ejemplo, trastornos psiquiátricos, problemas de salud en general y ginecológicos en particular, problemas y/o demandas de ayuda a los servicios sociales en general y a los servicios de protección infantil en particular, etc.

Bibliografía:

⁹ Los autores se refieren a la utilización del preservativo de forma no segura en tres supuestos: 1) uso del preservativo sólo en el momento de la eyaculación; 2) uso del preservativo después de una breve penetración; 3) fallo del preservativo por rotura o salida.

¹⁰ Brook y otros, 1997 (en Whynt, 1998) en un estudio sobre factores de riesgo psicosocial para la transmisión del VIH en usuarios de drogas por vía inyectada señaló que la conducta de compartir jeringas estaba muy relacionada con las relaciones de la mujer con personas de su familia y otras personas significativas.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Bendixen, M., Muus, K.M. y Schei B. (1994). The impact of child sexual abuse. A study of a random sample of norwegian students. *Child Abuse and Neglect*, 18, 837-847.

Briere, J. y Runtz, M. (1988). Post sexual abuse trauma. En, G.E. Wyatt y G.J. Powell (Comps.) *Lasting effects of child sexual abuse* (págs. 85-99) Newberry Park (Ca): Sage.

Cantón, J., Cortés, M.R. (1997). *Malos tratos y abuso sexual infantil*. Madrid: Siglo XXI.

Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.

Finkelhor, D. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse and neglect*, 14, 19-28.

Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse, *Child Abuse and Neglect*, 17, 67-70.

Gordon, L. (1986). Incest and resistance: Patterns of father daughter incest, 1880-1930. *Social Problems*, 33, 253-267.

Herman, J., Russell, D., y Trocki, K. (1986). Long-term effects of incestuous abuse in childhood, *American Journal of Psychiatry*, 143, 1293-1296.

Hurley, D.L. (1991). Women, alcohol and incest: An analytical review. *Journal of Studies on Alcohol*, Vol 52, Nº 3, 253-268.

Kandall, S.R. (1996). *Substance abuse and shadow. Women and addiction in the United States*. Cambridge: Harvard University Press.

López, F. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú.

López, F. (1997). Abuso sexual. Un problema desconocido. En, J. Casado, J.A. Díaz y C. Martínez (Dir.). *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos.

Médicos del Mundo Baleares (1999). *Informe sobre la prostitución de calle en Palma de Mallorca*. Palma de Mallorca. Documento multicopiado.

Miller, B.A. (1998). Partner violence. In, C.L. Wetherington, and A.D. Roman (Eds.). *Drug addiction research and the health of women*. Us Department of Health and Human Services. (págs. 99-102). National Institute of Health. Rockville, Maryland: NIDA.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Najavits, L.M., Weiss, R.D., Liese, B. S. (1996). Group cognitive-behavior therapy for women with PTSD and substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 13-22.

Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R. (1997). The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: A research review. *American Journal on Addictions* 6(4), 273-283.

Najavits, L.M., Weiss, R.D., Shaw, S.R., Muenz, L.R. (en prensa). Seeking safety: Outcome of a new cognitive psychoterapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress*.

Peters, S.D. (1988). Child sexual abuse and later psychological problems. En, G.E. Wyatt y G.J. Powell (Comps.) *Lasting effects of child sexual abuse* (págs. 101-117) Newberry Park (Ca): Sage.

Quirk, A. et al. (1998). Unsafe protected sex. Qualitative insights on measures of sexual risk. *AIDS Care*, vol. 10, 1, 105-110.

Stein et al (1988). Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Study. En, G.E. Wyatt y G.J. Powell (Comps.) *Lasting effects of child sexual abuse* (págs. 135-154) Newbury Park (Ca): Sage.

Silbert, M.H., Pines, A.M. (1982). Victimization of street prostitutes. *Victimology: An International Journal*, 7 122-123.

Swan, N. (1998). Innovative treatment helps traumatized drug-abusing women. En, *NIDA Notes*, Vol. 13, Nº 2, pág. 7.

Vázquez, B. (1995). *Agresión sexual. Evaluación y tratamiento en menores*. Madrid: Siglo XXI.

Whynot. E.M. (1998). Women who use injections drugs: The social context of risk. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, vol. 159, 4, 355-358.

Wilsnack, S.C. (1984). Drinking, sexuality and sexual dysfunction in women. En, S.C. Wilsnack, y L.J. Beckman (Eds.). *Alcohol problems in women. Antecedents, consequences and intervention*. (págs. 189-227). New York: Guildford Press.

Zenker, C. (1995). First results of a methadone programme for drug-addicted women prostituting themselves. *European Addiction Research*, 1, 139-145.

1.3. Consumo de drogas por mujeres jóvenes de la Comunidad Valenciana.

Miguel Angel Torres. Vicepresidente de Socidroalcohol. Unidad de Alcoholismo y Toxicomanías de Torrent (Valencia).

Este trabajo ha contado con el soporte del Instituto Investigación en Drogodependencias (INID) de la Universidad Miguel Hernández y forma parte del Proyecto SONAR.

Desde hace mucho tiempo, se ha experimentado un cambio en el consumo de sustancias tanto por parte de chicos como de chicas. Es un fenómeno muy cambiante motivado por modas, facilidades para el acceso a las mismas, la vida nocturna cada vez más frecuente, etc.

No es fácil conocer el fenómeno aislado ya que la diferencia entre sexos en muchos de los órdenes de nuestra vida, afortunadamente se están difuminando y desapareciendo en muchísimos más.

Partiendo de la Investigación Europea llamada SONAR y siguiendo con el Proyecto SONAR que en España estuvo financiado por el Plan Nacional sobre Drogas. Decidimos seguir profundizando en el conocimiento de los jóvenes valencianos, siguiendo los mismos criterios empleados en dicho programa observatorio sobre las conductas juveniles, patrocinado por el INID.

De dicho trabajo se dispone ya de los datos realizados en encuestas nocturnas entre jóvenes de las tres provincias de la Comunidad Valenciana, en sus lugares de reunión preferidos y según sus tendencias.

OBJETIVOS

GENERAL:

Conocer el consumo de sustancias entre mujeres jóvenes, que llevan a cabo una vida de recreo nocturna, algunas de sus características de esos consumos, la edad de iniciación al mismo, cuales son las drogas preferidas, las que suponen mayor dificultad para su abandono y la necesidad de consumirlas a pesar de conocer algunos de sus riesgos, las asociaciones de drogas en las noches de ocio, las drogas más de moda en sus ambientes y las conductas que se suelen asociar en las noches en que salen de diversión y las conductas de riesgo relacionadas con dichos consumos y las búsquedas de sensaciones y algunas preguntas referentes al consumo de éxtasis, droga más de moda en determinados ambientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las personas encuestadas, entrevistadas e investigadas resultantes fueron 298, distribuidas de este modo: 97 de Valencia, 106 de Alicante y 95 de Castellón. Distribuidas en cuatro grupos: muy jóvenes, 76 representadas; jóvenes normalizadas, 124; after hours, 46 y alternativas, 52. Todas fueron las resultantes de su participación voluntaria a las preguntas del encuestador.

Se realizó con una encuesta ad hoc, elaborada por IREFREA, traducida al español por IREFREA España.

Los participantes en la encuesta lo fueron voluntariamente y las encuestas se realizaron in situ, en los lugares de diversión de las tres provincias distribuidos específicamente por determinadas zonas de las tres ciudades valencianas.

El tratamiento de los datos se realizó por el procedimiento descriptivo, a través del análisis de frecuencias. Con el trabajo lo que queremos es dar a conocer como las mujeres jóvenes de una determinada comunidad autónoma, utilizan el tiempo de su vida recreativa nocturna y, como se accede al consumo de drogas como parte del uso de su tiempo libre.

RESULTADOS

GRUPOS	VALENCIA	ALICANTE	CASTELLÓN	TOTAL
MUY JÓVENES	19-19,6%	33-31,4%	24-25,3%	76-25,55
JÓVENES NORMALIZADAS	57-58,8%	39-36,8%	28-29,5%	124-41,6%
AFTER HOURS	12-12,4%	17-16%	17-11,9%	46-15,4%
ALTERNATIVAS	9-9,3%	17-16%	26-27,4%	52-17,4%

Las normalizadas, es decir, estudiantes, trabajadoras, como era de esperar son las más representadas en esta investigación, seguidas de las muy jóvenes, las alternativas y las que acuden a lugares de reunión o de diversión tipo after hours, es decir, discotecas y otros lugares que cierran o bien muy tarde o abren muy temprano determinados días de la semana, especialmente los fines de semana.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

	ALCOHOL	CANNABIS	TRANQUILIZANTES		HIPNÓTICOS	HONGOS
Nunca he tomado	11-3,7%	103-34,6%	257-86,2%		255-85,6%	292-98%
He tomado pero ya no tomo	12-4%	58-19,55	29-9,7%		28-9,4%	2-0,7%
Menos de 12 veces al año	16-5,4%	32-10,7%	4-1,3%		7-2,3%	4-1,3%
Una vez al mes	13-4,4%	11-3,7%	4-1,3%		2-0,7%	-
Varias veces al mes pero menos de una vez por semana	39-13,1%	8-2,7%	2-0,7%		4-1,3%	-
Una vez por semana	89-29,9%	8-2,7%	-		1-0,3%	-
Varias veces por semana	112-37,6%	41-13,8%	-		-	-
Cada día	6-2%	27-9,1%	2-0,7%		1-0,3%	-
	EXTASIS	LSD	COCAÍNA	OPIÁCEOS	TABACO	ANFETAMINAS
Nunca he tomado	219-73,5%	224-75,2%	186-62,4%	287-96,3%	63-21,1%	228-76,5%
He tomado pero ya no tomo	36-12,1%	37-12,4%	35-11,7%	8-2,7%	52-17,4%	48-16,1%
Menos de 12 veces al año	21-7%	25-8,4%	35-11,7%	2-0,7%	6-2%	13-4,4%
Una vez al mes	2-0,7%	5-1,7%	15-5%	-	6-2%	1-0,3%
Varias veces al mes pero menos de una vez por semana	14-4,7%	4-1,3%	19-6,4%	1-0,3%	6-2%	4-1,3%
Una vez por semana	5-1,7%	3-1%	5-1,7%	-	1-0,3%	3-1%
Varias	1-0,3%	-	2-0,7%	-	10-3,4%	-

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

veces por semana						
Cada día	-	-	1-0,3%	-	160-53,7%	1-0,3%

Las edades medias de iniciación empiezan por el alcohol y el tabaco, seguidos del cannabis, los opiáceos, el éxtasis, el LSD, seguidas de la cocaína y otras drogas.

¿CONSUMES DROGAS NORMALMENTE?

SI: 182-61,5%

NO: 114-38,5%

Es mayoritaria la respuesta de que hay consumos de drogas.

¿CUÁLES SON LAS DROGAS QUE TE GUSTAN MÁS?				
	GENERAL	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN	TERCERA OPCIÓN
ALCOHOL	26-45,6%	127-48,7%	55-35%	24-28,9%
CANNABIS	7-12,3%	37-14,2%	35-22,3%	19-22,9%
EXTASIS	1-1,8%	41-13,8%	14-8,9%	11-13,3%
COCAINA	8-14%		16-5,4%	11-13,3%
TABACO	11-19,3%		20-12,7%	7-8,4%
HIPNÓTICOS			1-0,6%	
TRANQUILIZANTES			1-0,6%	1-1,2%
ANFETAMINAS			4-2,5%	2-2,4%
LSD			7-4,5%	5-6%
OPIACEOS		3-0,8%		1-1,2%
SPEED			2-1,3%	1-1,2%

En el cómputo global de drogas, las drogas que más les gustan a las chicas de la Comunidad Valenciana obtuvo por el siguiente orden: el alcohol, el tabaco, la cocaína y el cannabis y finalmente el éxtasis.

- En una primera opción fueron: alcohol, cannabis, éxtasis y cocaína.
- En segunda opción: alcohol, cannabis, tabaco, éxtasis y cocaína.
- En tercera opción: alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis, tabaco, etc.

DROGAS MÁS DIFÍCILES PARA DEJAR DE CONSUMIRLAS			
DROGA	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN	TERCERA OPCIÓN
ALCOHOL	59-28,9%	54-41,2%	17-25%
CANNABIS	29-14,2%	25-19,1%	7-10,3%
TRANQUILIZANTES	3-1,5%	-	1-1,5%
EXTASIS	-	6-4,6%	11-16,2%
HIPNÓTICOS	1-0,5%	-	1-1,5%
ANFETAMINAS	1-0,5%	3-2,3%	3-4,4%
LSD	4-2%	2-1,5%	1-1,5%
CRACK	5-2,5%	3-2,3%	2-2,9%

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

COCAÍNA	1-0,3%	7-5,3%	10-14,7%
OPIACEOS	-	1-0,8%	-
TABACO	57-27,9%	11-8,4%	-
SPEED	-	1-0,3%	-
ALUCINÓGENOS	-	-	2-2,9%

Cuando se les preguntaba por las drogas que les resultaría más difícil de abandonar nos encontramos con los siguientes aspectos:

- Primera opción: alcohol, tabaco, cannabis, etc.
- Segunda opción: alcohol, cannabis, tabaco, etc.
- Tercera opción: alcohol, éxtasis, cocaína, cannabis, etc.

¿HAS CONTINUADO TOMANDO ALGUNA DROGA A PESAR DE HABER TENIDO ALGÚN PROBLEMA POR CONSUMIRLA?			
	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN	TERCERA OPCIÓN
ALCOHOL	77-11,7%		
CANNABIS	5-3,4%	12-4%	1-0,3%
HIPNÓTICOS	1-0,3%	1-0,3%	
ANFETAMINAS	3-1%	1-0,3%	
EXTASIS	3-0,3%	3-1%	1-0,3%
LSD	5-1,7%	5-1,7%	
COCAÍNA	2-0,7%	7-2,3%	8-2,7%
OPIÁCEOS	2-0,7%		3-1%
TABACO	6-2%	7-2,3%	1-0,3%
SPEED	1-0,3%		

A la hora de averiguar, si a pesar de tener problemas con algunas drogas, se les preguntó en sus diversas opciones, nos respondieron lo siguiente:

- Primera opción: alcohol, cannabis, LSD y anfetaminas.
- Segunda opción encontramos: cannabis, cocaína, LSD. y éxtasis.
- Tercera opción vemos: cocaína, opiáceos y otras varias como cannabis y éxtasis.

¿ALGÚN FAMILIAR, AMIGO, ETC. TE HA ADVERTIDO DE TU PROPIO ABUSO DE ALGUNA DROGA?

SI: 76-25,9%. NO: 218-74,1%

ADVERTENCIA DE ABUSO DE DROGAS POR FAMILIARES O AMIGOS			
	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN	TERCERA OPCIÓN
ALCOHOL	35-46,7%	6-21,4%	2-18,2%
CANNABIS	10-13,3%	4-14,3%	1-9,1%
ANFETAMINAS	1-1,3%	2-7,1%	1-9,1%

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

EXTASIS	3-1%	5-17,9%	
CRACK (BASE)	1-1,3%		
COCAÍNA	8-10,7%	5-17,9%	5-45,5%
HEROÍNA-OPIÁCEOS	2-2,7%	1-3,6%	
TABACO	13-17,3%	3-10,7%	1-7,1%
SPEED	1-1,3%	1-3,6%	
LSD		1-3,6%	1-9,1%
TODAS ELLAS	1-1,3%		

Cuando los consumos son manifiestos o crean algunos conflictos, las personas de alrededor suelen dar alguna indicación de que hay algún riesgo. En el caso de las personas que investigamos, encontramos lo siguiente:

- Primera opción: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína y todas ellas.
- Segunda opción: alcohol, éxtasis, cannabis, tabaco, anfetaminas.
- Tercera opción: alcohol, cocaína y el resto de las demás.

NORMALMENTE ¿TOMAS MÁS DE UNA DROGA EN UNA MISMA NOCHE?

SI: 110-37,3% NO: 185-62,7%

DROGAS ASOCIADAS EN UNA MISMA NOCHE (PRIMERA COMBINACIÓN)			
	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN	TERCERA OPCIÓN
ALCOHOL	102-90,3%	3-2,7%	2-6,3%
CANNABIS	2-1,8%	77-68,8%	6-18,8%
ANFETAMINAS	1-0,9%	1-0,9%	2-6,3%
EXTASIS	1-0,3%	4-3,6%	3-9,4%
COCAÍNA	3-2,7%	14-12,5%	14-43,8%
HEROÍNA-OPIÁCEOS	2-1,8%		
TABACO	2-1,8%	8-7,1%	3-9,4%
TRANQUILIZANTES		1-0,9%	
HIPNÓTICOS		1-0,9%	
LSD		1-0,9%	2-6,3%
SPEED		2-1,8%	

Como primera opción a la hora de plantearnos que drogas consumen podemos establecer el siguiente orden:

- Primera opción: alcohol, cannabis, heroína, tabaco.
- Segunda opción: cannabis, cocaína, tabaco, éxtasis.
- Tercera opción: cocaína, cannabis, éxtasis, tabaco, alcohol, anfetaminas.

DROGAS ASOCIADAS EN UNA MISMA NOCHE (SEGUNDA COMBINACIÓN)			
	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN	TERCERA OPCIÓN
ALCOHOL	46-83,6%		1-2,8%
CANNABIS	1-1,8%	32-58,2%	4-11,1%
TRANQUILIZANTES	1-1,8%	1-1,8%	

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

HIPNÓTICOS		2-3,6%	
ANFETAMINAS	1-1,8%		5-13,9%
EXTASIS	2-3,6%	4-7,3%	7-19,4%
LSD	1-1,8%	7-12,7%	8-22,2%
COCAÍNA	3-5,5%	5-9,1%	10-27,8%
TABACO		2-3,6%	1-2,8%
SPEED		1-1,8%	

Como segunda combinación posible nos encontramos las siguientes opciones:

- Primera opción: alcohol, cocaína y éxtasis.
- Segunda opción: cannabis, LSD., éxtasis.
- Tercera opción: cocaína, LSD., éxtasis.

DROGAS ASOCIADAS EN UNA MISMA NOCHE (TERCERA COMBINACIÓN)			
	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN	TERCERA OPCIÓN
ALCOHOL	23-82,1%	1-3,6%	1-5%
CANNABIS	1-3,6%	16-57,1%	1-5%
EXTASIS	2-7,1%	2-7,1%	5-25%
COCAÍNA	2-7,1%	6-21,4%	7-35%
ANFETAMINAS		1-3,6%	2-10%
HEROÍNA OPIÁCEOS		1-3,6%	
LSD			4-20%
SPEED		1-3,6%	

En tercera combinación nos encontramos:

- En primera opción: alcohol, cocaína, éxtasis.
- En segunda opción: cannabis, cocaína, éxtasis.
- En tercera opción: cocaína, éxtasis, LSD. y anfetaminas.

DROGA MÁS DE MODA EN SU AMBIENTE		
	PRIMERA OPCIÓN	SEGUNDA OPCIÓN
ALCOHOL	116-43%	26-8,7%
CANNABIS	82-30,4%	49-31,2%
ANFETAMINAS	1-0,4%	
HIPNÓTICOS		1-0,6%
EXTASIS	17-6,3%	13-8,3%
LSD	4-1,5%	7-4,5%
CRACK (BASE)	1-0,3%	1-0,6%
COCAÍNA	41-13,8%	38-24,2%
TABACO	3-1,1%	15-9,6%
SPEED	2-0,7%	5-3,2%
HEROÍNA-OPIÁCEOS	3-1,1%	
TODAS ELLAS	1-0,7%	

Los ambientes en que se mueven estas chicas, tienen diversos tipos de consumo.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

- Primera opción: alcohol, cannabis, cocaína.
- Segunda opción: cocaína, cannabis, éxtasis.
- Tercera opción: cannabis, cocaína, opiáceos y alcohol

¿TE HAS EMBORRACHADO ALGUNA VEZ EN EL ÚLTIMO MES?	
TODOS LOS DÍAS	1-0,3%
ALGUNA VEZ A LA SEMANA	17-5,7%
UNA VEZ POR SEMANA	31-10,4%
ALGUNA VEZ AL MES	76-25,6%
UNA VEZ AL MES	48-16,2%
NINGUNA	124-41,8%

Lo más frecuente ha sido no emborracharse en el último mes, seguidas de los que lo hacen alguna vez al mes (25%), las que lo hacen una vez al mes (16%), las un vez a la semana (10%), varias veces a la semana y a diario (6%).

EN TU OPINIÓN ¿CUÁN PELIGROSAS SON LAS SIGUIENTES CONDUCTAS?				
	NO PELIGROSA	UN POCO PELIGROSA	PELIGRO MODERADO	MUY PELIGROSA
FUMAR 1 PAQUETE CIGARRILLOS AL DÍA	24-8,1%	72-24,2%	99-33,2%	103-34,6%
FUMAR MARIHUANA REGULARMENTE	45-15,2%	77-25,9%	79-26,6%	96-32,3%
CONSUMIR ÉXTASIS CADA FIN DE SEMANA	8-2,7%	23-7,7%	41-13,8%	226-75,8%
TOMAR LSD UNA VEZ AL MES	11-2,7%	20-6,7%	67-22,6%	199-67%
TOMAR 2 BEBIDAS ALCOHÓLICAS AL DÍA	49-16,5%	112-37,7%	67-22,6%	69-23,2%
TOMAR 4 BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN UNA SOLA OCASIÓN	62-20,8%	70-23,5%	104-34,9%	62-20,8%

Como situaciones muy peligrosas, podemos encontrar: consumir éxtasis cada fin de semana, tomar LSD. una vez al mes, fumar un paquete de cigarrillos al día, fumar marihuana regularmente.

Como moderadamente peligrosas han valorado las siguientes conductas: tomar 4 bebidas alcohólicas en una sola ocasión, fumar un paquete de cigarrillos al día, tomar 2 bebidas alcohólicas al día y tomar LSD. una vez al mes.

¿HAS CONDUCIDO ALGUNA VEZ BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

SI: 115-38,7%. NO: 182: 61,3%

¿HAS TENIDO ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS A CAUSA DE CONDUCIR BAJO LOS EFECTOS DEL ALCOHOL?		
	SÍ	NO
SER MULTADO	4-1,4%	289-98,6%
SER DETENIDO	2-0,7%	291-99,3%
ACCIDENTE DE TRÁFICO	6-2%	287-98%

Lo más frecuente entre las que han bebido conduciendo ha sido el tener accidentes de tráfico, ser multadas por esa razón y en último lugar, el ser detenidas por conducir bebidas.

DI CUÁNTAS VECES HAS HECHO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES COSAS						
	NUNCA	LO HE HECHO PERO UNO EN EL ÚLTIMO AÑO	MENOS DE UNA VEZ AL MES	APROXIMADAMENTE UNA VEZ AL MES	2 Ó 3 VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA O MÁS
LO QUE ME DA LA GANA, NO IMPORTA EL QUÉ	114-38,4%	63-21,2%	45-15,2%	20-6,7%	30-10,1%	25-8,4%
ALGO PELIGROSO PORQUE ALGUIEN ME DESAFIÓ A HACERLO	189-63,6%	75-25,35	18-6,1%	6-2%	2-0,7%	7-2,3%
COSAS LOCAS INCLUSO AUNQUE SEAN UN POCO PELIGROSAS	142-47,8%	92-31%	34-11,4%	3,7%	7-2,4%	11-3,7%

A la hora de valorar la actitud y el deseo de buscar sensaciones y conductas arriesgadas, nos hemos encontrado con los siguientes aspectos:

Muy frecuentemente: lo que les da la gana sin importarles el qué. Les sigue el hacer cosas un poco locas aunque sean un poco peligrosas y finalmente el hacer algo porque alguien les retó a hacerlo.

¿HAS CONDUCIDO ALGUNA VEZ BAJO LOS EFECTOS DE ALGUNA OTRA DROGA (MARIHUANA, ÉXTASIS, ETC.)?

SI: 63-21,4%. NO: 232: 78,6%

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

SEÑALA LAS SIGUIENTES COSAS QUE HAYAS HECHO, BIEN DESDE LOS 15 AÑOS, BIEN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES			
	LO HE HECHO DESDE LOS 15 AÑOS	LO HE HECHO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES	NUNCA
CONducir COCHE SIN PERMISO DE CONducIR	9-3%	18-6,1%	270-90,9%
DAÑAR DELIBERADAMENTE CABINAS TELEFÓNICAS, COCHES, CRISTALES O SEMÁFOROS SIN ROBAR NADA	16-5,4%	8-2,7%	271-91,6%
LLEVARSE COSAS DE TIENDAS O ALMACENES SIN PAGAR	57-19,3%	38-12,8%	201-67,9%
ESTAR ENVUELTO EN UNA PELEA FÍSICA CON ALGUIEN QUE NO SEA DE TU FAMILIA	26-8,8%	21-7,1%	249-84,1%

Con respecto a conductas antisociales o de actuaciones inapropiadas nos encontramos que lo más frecuente en los últimos meses ha habido por este orden: llevarse cosas de tiendas o almacenes sin pagar, implicarse en peleas con alguien que no sea de la familia, seguidos de conducir coches sin permiso de conducir y dañar deliberadamente cabinas u otros objetos de la vía pública.

Por lo que respecta a los que lo han hecho desde los 15 años, es decir, precocidad en las conductas antisociales, se realizaron llevarse cosas de tiendas sin pagar, implicarse en peleas con gente de fuera de casa, dañar deliberadamente bienes públicos y conducir coche sin permiso de conducción.

INDICA TU OPINIÓN POR LA QUE LA GENTE PODRÍA CONSUMIR ÉXTASIS		
	SÍ	NO
PARA RELAJARSE	63-21,3%	233-78,7%
PARA DISFRUTAR DE BAILAR	178-59,9%	119-40,1%
PARA ESTAR MEJOR CON OTRAS PERSONAS	135-45,5%	162-54,5%
PARA ESCAPAR DE LA REALIDAD, OLVIDAR LOS PROBLEMAS	189-63,6%	108-36,4%
PORQUE HACE SENTIRSE BIEN	162-54,5%	135-45,5%
PARA PRACTICAR MEJOR SEXO	63-21,3%	233-78,7%
PARA ESTIMULAR SENTIDOS	128-43,1%	169-56,9%
PARA DIVERTIRSE	233-78,7%	63-21,3%

El criterio más frecuente entre las chicas que consumían era el de divertirse, escapar de la realidad y olvidar los problemas, disfrutar bailando, sentirse bien, estar mejor con otras personas, para estimular los sentidos, practicar mejor sexo y relajarse.

¿QUÉ OPINAS SOBRE EL CONSUMO DE ÉXTASIS?

- ESTÁ CRECIENDO: 124-42,6%

- SE MANTIENE: 133-45,7%
- ESTÁ DISMINUYENDO: 34—11,7%

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Lo más representado en este grupo de mujeres que se investigó en la vida nocturna de la Comunidad Valenciana, estaba compuesto por mujeres normalizadas, en un 41,6%, las muy jóvenes en un 25,5%, seguidas de las que realizan actividades lúdicas a lo largo de la noche y que la prolongan con frecuencia (las que acuden a after hours y las que son del grupo de alternativas). Creemos, de todos modos que esos grupos representan con cierta veracidad los grupos de mujeres que realizan su vida recreativa nocturna.

Hemos observado que el alcohol es la droga más consumida en frecuencia, especialmente la más frecuente, seguida del tabaco, posteriormente el cannabis, seguidas de otros consumos de sustancias que tienen mucho que ver con las drogas psicoestimulantes, mucho más que las drogas psicodélicas, exceptuando el alcohol. Este aspecto lo hemos observado en los datos proporcionados por el Plan Nacional de Drogas (2000 y 2001) y por los estudios previos de Calafat y col. (2001) Esto nos hace plantear que el alcohol es la droga más consumida, seguida del tabaco y muy de cerca por cannabis, es decir sustancias de fácil acceso tanto legal como ilegal, así como el éxtasis, la cocaína y los psicoestimulantes.

La edad de inicio al consumo es muy similar a la de los estudios epidemiológicos del Observatorio español sobre drogas del PNSD, es decir, drogas legales, las más precoces (alcohol y tabaco) seguidos del cannabis y los opiáceos. Situándose las edades entre los 15 y 19 años, es decir, cifras precoces, que antaño no se pensaban para este grupo de población.

Es sorprendente, que nos encontremos que un 61,5% de las mujeres encuestadas nos informen que al menos consumen una droga, aunque entre ellas esté el alcohol y tabaco, sustancias a las que no se otorga, por desgracia su estatus de sustancias adictivas por muchos estratos de la población.

A la hora de percibir cuales eran las sustancias más apetecibles, por sentirse mejor con ellas, las chicas nos respondieron que el alcohol, era la primera elegida, seguida del cannabis, la cocaína, el éxtasis. Es decir, se le otorga al alcohol un papel preponderante en los gustos cuando salen de marcha, es más parece que no hay salida de fiesta, si no hay consumo de alcohol, además del de otras sustancias.

Las mismas mujeres entrevistadas nos manifiestan que hay sustancias que presentan una cierta dificultad para su abandono, es decir, que pueden “engancharse” o crear algún tipo de fijación o adicción. En este caso, también le otorgan al alcohol

el primer papel, al tabaco, al cannabis y finalmente al éxtasis y la cocaína. Hay que decir que aunque en los momentos actuales, el éxtasis está perdiendo una cierta preponderancia, cuando se hizo el estudio, era una de las drogas más de moda, para facilitar el uso recreativo de drogas en la vida nocturna valenciana (conocida anteriormente por "ruta del bakalao"). El que se considera a una droga difícil para abandonarla, ya supone que se le atribuye una capacidad adictiva o que conlleva una presión ambiental importante, vinculada a ese medio que es la vida recreativa nocturna.

Abundando en el apartado anterior, y ya preguntando directamente a las encuestadas si habían seguido con el consumo de alguna droga, a pesar de haber tenido problemas con ella, nos informan que lo han hecho, en primera opción con el alcohol, el tabaco, cannabis, cocaína, heroína y todas ellas, aunque los porcentajes elevados estaban en el alcohol, tabaco y cannabis. En segunda opción, nos repiten el alcohol, el éxtasis, cannabis, tabaco y anfetaminas, vemos que varias de ellas psicoestimulantes, drogas más de moda, junto al alcohol y que sirven para que la gente no se duerma en esas largas noches de salida a divertirse. En tercera opción, se nos presenta por parte de ellas que la cocaína, los opiáceos y otras varias como cannabis y éxtasis, pero en bajos porcentajes. Por lo que el orden de dificultad para abandonar sustancias se podría centrar en alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas, etc. Cosa que corresponde, a la hora de producir dependencia por las mismas.

Al mismo tiempo, las chicas encuestadas son conocedoras, por parte de otras personas de que algunas sustancias y algunas personas de su entorno, ya han sido conscientes de sus abusos de sustancias o de las repercusiones que pueden tener ellas sobre sus conductas y actitudes, de esas advertencias nos encontramos por el siguiente orden las siguientes sustancias: alcohol, tabaco y cannabis, cocaína, éxtasis, etc. En las tres opciones que se les dio en las respuestas. Lo que nos hace argumentar, todavía más a favor de que esas drogas son las que producen modificaciones en conducta y comportamiento más frecuentes y que van emparejadas con la vida recreativa nocturna de una parte de la población valenciana, en particular. No dejamos de lado el que en un 26% de esas chicas, ya había habido advertencias de familiares o amigos sobre sus consumos de sustancias adictivas.

Se les preguntó si consumían más de una droga en cada noche que salían de marcha, respondiendo que sí, un 37%, cifra importante, en cuanto a lo que supone de riesgo. En este apartado quisimos afinar al máximo en cuanto a las posibles combinaciones y las opciones de asociación de las mismas y nos encontramos con lo siguiente:

- Como primera combinación alcohol, cannabis, cocaína, heroína y tabaco.
- Como segunda combinación: alcohol, cannabis, cocaína y éxtasis y LSD.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

- Como tercera combinación de sustancias: alcohol, cannabis, cocaína, LSD y anfetaminas. Siempre giran sobre las mismas sustancias los consumos, que, por supuesto, que en caso de múltiples repeticiones, pueden generar dependencia.

Las drogas más de moda en los ambientes en que se mueven, aún siendo una obviedad, ya que hemos visto sus consumos, son las siguientes: alcohol, cannabis, cocaína, éxtasis y opiáceos, drogas, todas ellas ya consumidas por ellas.

Otro aspecto importante, en relación con el consumo de alcohol, el más frecuente de todos ellos, vemos que hay unos porcentajes de mujeres que se embriagan que van, por el siguiente orden: Alguna vez al mes (25,6%), una vez al mes (16%), una vez por semana (10%), alguna vez por semana (6%) y todos los días (0,3%). La verdad es que con esas frecuencias de embriagueces nos encontramos con una parte de esa población femenina con un cierto riesgo de devenir en alcohólicas, así como las complicaciones derivadas de esos consumos de alcohol que ellas entienden como embriagueces.

Casi un 39% de ellas han conducido bajo los efectos del alcohol y de ellas, un 2% ha sufrido algún accidente de tráfico, un 1,4% ha sido multada y un 0,7% de ellas ha sido detenida con relación a dichos aspectos (beber y conducir), es decir, son personas con un potencial riesgo al volante tanto para ellas como para otras personas que coincidan con ellas en las carreteras o vías públicas.

También un 21,4% de las encuestadas era consciente de que en alguna ocasión había conducido bajo los efectos de alguna droga diferente al alcohol y al tabaco, es decir, también bajo efectos de sustancias que querámoslo, o no pueden modificar los reflejos y la percepción del riesgo al volante.

Un aspecto que nos parecía importante, era el valorar el concepto de riesgo que aportan estas chicas en relación con determinadas conductas y, hasta que punto ese nivel de conciencia del riesgo podría plantear problemas por y para el consumo y nos encontramos con las siguientes respuestas:

- Fumar un paquete de cigarrillos al día lo consideraba muy peligroso un 34,6% de las encuestadas. Peligro moderado por el 33,2%
- Fumar marihuana regularmente, era considerado muy peligroso por un 32,3% de las mismas. Peligro moderado por el 26,6%.
- Consumir éxtasis cada fin de semana era considerado muy peligroso por el 75,8% de las encuestadas. Peligro moderado por el 13,8% de las mujeres.
- Tomar LSD una vez al mes, fue considerado muy peligroso por un 67% de las chicas. Peligro moderado por 22,6%.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

- Tomar dos bebidas alcohólicas al día, fue considerado muy peligroso por un 23,2% de las mismas. Peligro moderado por el 22,6%.
- Tomar 4 bebidas alcohólicas en una sola ocasión, fue considerado muy peligroso por el 20,8% y con peligro moderado por el 34,9% de las encuestadas.

Nos encontramos con una serie de contrasentidos importantes, es decir, consideran muy arriesgado o peligroso consumir determinadas sustancias y, hemos podido ver los consumos, las dificultades que tienen para su abandono y la de advertencias que han tenido de amigos y familiares. Es decir, el conocimiento, en muchas ocasiones no modifica las conductas.

Por lo que respecta a sus búsquedas de sensaciones y conductas que podrían suponer una transgresión de las normas, nos encontramos los siguientes aspectos:

- Hacer lo que les da la gana, sin importarles qué, frecuentemente 18,5% de las chicas.
- Hacer algo peligroso porque alguien las retó a hacerlo: 3%.
- Hacer cosas locas incluso un poco peligrosas en un 6,1% de las chicas.

Podemos decir, que entre un 3 y un 18% de las encuestadas son personas que gozan de cierta atracción por el riesgo, que podría asociarse a la atracción por el consumo de sustancias y por llevar una vida recreativa nocturna con un cierto grado de riesgo.

Entre las conductas que ya estarían dentro de lo inaceptable socialmente, nos encontramos los siguientes aspectos, relatados por ellas mismas:

- Han conducido coche sin permiso de conducir: desde los 15 años un 3% y en el último año un 6,1%.
- Han dañado deliberadamente cabinas, bancos o semáforos sin robar, un 5,4% desde los 15 años y en el último mes un 2,7%.
- Llevarse cosas de tiendas o grandes almacenes sin pagar, desde los 15 años 19,3% y en los últimos 12 meses un 12,8%.
- Implicarse en peleas con alguien que no sea de su familia, desde los 15 años en un 8,8% y en los últimos 12 meses un 7,1%.

El único porcentaje que aumenta en el último año, ha sido el de conducir sin permiso de conducción, creemos que por incremento de la edad. Este aumento de edad, sin embargo, repercute en la disminución de conductas antisociales en el último año.

Por lo que respecta a preguntas específicas sobre el consumo de éxtasis, que formaba parte de la vida recreativa nocturna valenciana, nos encontramos con las siguientes opiniones: mayoritariamente dicen que se utiliza para divertirse, le sigue para escapar de la realidad y olvidar los problemas, para disfrutar bailando, para sentirse bien, para estar mejor con otras personas, para estimular los sentidos, para relajarse y para practicar mejor sexo.

Como conclusión final, podemos decir que los consumos de sustancias capaces de crear adicción son cada vez más frecuentes entre las chicas que salen de "marcha", que esos consumos se detectan con alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, seguidos a mayor distancia de otras drogas, que ello comporta un riesgo para sus vidas y conductas y que, a pesar de conocer los riesgos, saber que algunas son difíciles de abandonar y que han sido advertidas de su consumo, siguen haciéndolo, con el consiguiente riesgo para sus vidas. Lo que nos hace pensar que la condición femenina, que antaño era un factor protector frente a los consumos de drogas, en los momentos actuales, se tiene exactamente el mismo acceso que los chicos, así como que los riesgos se aproximan, como se demostrará en futuros estudios que estamos llevando a cabo con la muestra de varones de la misma comunidad.

Bibliografía:

CALAFAT, A. et al. Night life in Europe and recreative drug use. SONAR 98. IREFREA & European Commission. Palma de Mallorca. 1999.

CALAFAT et al. Policonsumo recreativo en 13 ciudades europeas y españolas: una nueva forma de abuso. Adicciones. Vol. 11, suplemento 1, 9-10. 2000.

CALAFAT, A. et al. Salir de Marcha y consumo de drogas. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2000

Consejo Asesor del Observatorio Español sobre Drogas. Informe nº 4. Observatorio español sobre drogas. Marzo 2001. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

CALAFAT, A. et al. Risk and control in the recreational drug culture. SONAR Project. IREFREA. Palma de Mallorca (2001).

SOCIOEPIDEMIOLOGÍA

1.4 Mujeres Toxicodependientes en la Unión Europea

Petra Paula Merino, representante del Observatorio Europeo de Toxicomanías.

1. Introducción

El problema de la toxicodependencia femenina, no es solo de magnitud diferente cuando se compara con aquél de la toxicodependencia masculina. Asimismo existen otras diferencias de naturaleza cualitativa, como son las circunstancias en las que se produce el consumo de las sustancias psico-activas, así como los problemas que se le asocian. Así las mujeres toxico-dependientes son más proclives a padecer comorbilidad psiquiátrica, a introducirse en prácticas de consumo de drogas de alto riesgo, como es el uso compartido de equipos de inyección, también las mujeres son más con más frecuencia objeto de abuso físico o sexual. Estas constataciones se basan en el conocimiento acumulado en contextos clínicos y experimentales. El impacto en terceros también varía cuando consideramos ambos géneros. Afectados indirectamente son los hijos de las mujeres tóxico dependientes.

Las mujeres están subrepresentadas entre los clientes que acuden a tratamiento, esto puede explicarse por las barreras que se interponen en el acceso a los servicios. Este hecho parece más obvio en los programas de larga duración. El estigma social, la falta de toma de conciencia por parte de los servicios existentes, la falta de apoyo de la pareja, el cuidado de los hijos y otro tipo de responsabilidades familiares, constituyen algunas de las barreras identificadas en la literatura. Ello pone en

evidencia la pertinencia de desarrollar patrones diferenciados de asistencia en función del género.

2. Uso de drogas por mujeres en la UE

Los aspectos específicamente relacionados con las mujeres no han sido hasta la fecha examinados en los sistemas de información de drogas de la UE. Una explicación podría ser las dificultades en acceder a la información, dado que el número de mujeres consumidoras de drogas es bastante más bajo que el de hombres. La información en cuanto a la adicción y a las conductas de riesgo asociadas han sido con frecuencia extrapoladas a las poblaciones femeninas desde aquellas con un mayoritario componente masculino.

No obstante estos déficit la mayor parte de los estados miembros de la Unión Europea se ocupan de las necesidades de mujeres tóxico dependientes a través de programas específicos, si bien tanto la oferta de tales programas como sus características varía ampliamente.

En términos generales los hombres usan más drogas que las mujeres. No obstante, las diferencias en el uso de drogas por hombres y mujeres son complejas. Dicha complejidad hay que ponerla en relación con el tipo de droga consumida, el ciclo vital, el grupo social, el nivel educacional y la localización geográfica. Los datos de los que dispone el OEDT indican que en los más jóvenes las pautas de consumo tienden a aproximarse, mientras que a medida que la edad aumenta las diferencias en los patrones de consumo tienden a diferenciarse, esto ha sido específicamente analizado en el caso del cannabis.

El uso experimental de drogas a edades tempranas se produce a menor edad en chicas que en chicos. Generalmente esto responde a que las chicas más jóvenes tienen amigos de más edad que les inician a este consumo experimental. A medida que la edad aumenta en las jóvenes las mujeres van alejándose, ya en los patrones de consumo masculino, ya en la cantidad de drogas consumidas.

Si bien en términos generales puede decirse que el consumo de drogas es más común entre hombres que entre mujeres, factores de tipo legal, cultural, educacional y geográfico influyen en una creciente prevalencia de uso de drogas por las mujeres. Las variaciones de género son más marcadas allí dónde existen fuertes sanciones legales, entre poblaciones escolares y en las zonas rurales. Las diferencias son menos evidentes allí donde existe una aceptación extendida del uso de drogas, como generalmente ocurre con el cannabis.

En algunos países de la UE el uso de medicamentos antidepresivos, calmantes y psicotrópicos está altamente extendido entre la población general. En contraste directo con las drogas ilícitas, el uso de benzodiacepinas es más común entre mujeres que entre hombres, las diferencias van en aumento con el aumento de la edad. Comparado con las drogas ilícitas, el relativo bajo componente estigmatizante

de los psicofármacos es notable, no obstante las consecuencias para la salud de su uso regular.

La mortalidad directamente relacionada con el uso ilícito de drogas parece ser menos entre mujeres que entre hombres. Los datos de que el OEDT dispone calculan que un 20%, como media europea, de mujeres fallecen por causas relacionadas con las drogas. La tasa más alta de mortalidad masculina sólo puede ser adecuadamente explicada a través del estudio de los factores contextuales y cualitativos que rodean las muertes relacionadas con drogas.

3. Embarazo y mujeres con hijos.

Las mujeres toxicodependientes son vistas cada vez más como una población que requiere un alto nivel de atención especializada y apoyo. La mayor parte de los países de la UE reconocen que los niños nacidos de estas madres necesitan también un cuidado especial. En todos los países, a las mujeres toxicodependientes se les ofrece una vía de acceso rápido a los servicios de tratamiento. En Bélgica, Dinamarca, Francia, Irlanda, Austria, Portugal y Suecia, servicios especializados se han ido desarrollando para atender las necesidades específicas de estas poblaciones. La desintoxicación no está generalmente recomendada en el embarazo. Por ello las modalidades de tratamiento de sustitución están siendo confrontadas a revisión. Para muchas de estas mujeres, no obstante, el cuidado clásico ofrecido en las maternidades es incompatible con su estilo de vida. Por otra parte, el fenómeno de la estigmatización es especialmente fuerte en la maternidad de las toxicodependientes.

El aumento del número de hijos nacidos de madres toxicodependientes conlleva un alto riesgo de desarrollar problemas de adicción para éstos. Un aspecto que cada vez preocupa más en la Unión Europea es cómo estos niños son afectados por el uso de drogas de sus madres. Estudios llevados a cabo acerca de las consecuencias para los hijos de padres toxicodependientes varían en su metodología y en los resultados obtenidos. Mientras que unos sostienen que estos niños se ven enfrentados a inevitables y múltiples problemas, otros estudios apuntan a la no existencia de diferencias en los aspectos emocionales, comportamentales y de aprendizaje dentro de contextos sociales de similares características. Otras investigaciones apuntan a las semejanzas existentes entre los hijos de mujeres toxicodependientes y aquellas adictas al alcohol. Han sido sugeridas la puesta en práctica de medidas de intervención, tales como modificación en las condiciones de vida, mejora de las condiciones sociales y provisión de servicios de tratamiento.

El hecho de que los hijos de mujeres toxicodependientes convivan con sus madres varía ampliamente a lo largo de la UE. No existen políticas claras de anular la custodia de sus hijos a las madres toxicodependientes. En Dinamarca y Suecia, países en los cuales opera la práctica de consignar tales niños a otras unidades familiares, que no la de origen, parece existir un cambio de tendencia al promover que las madres toxicodependientes convivan con sus hijos, estimulando la

convivencia entre los hijos y sus madres. Los países del sur de Europa – Grecia, España, Portugal e Italia – tienden a confiar en la familia extensa el cuidado y educación de los menores.

4. Uso de drogas y prostitución

La mitad de las mujeres adictas financian su consumo de drogas con la prostitución. La prostitución es un marcador de conducta que indica una alta morbilidad de enfermedades de transmisión sexual, infecciosa, un alto nivel de estrés y un alto nivel de uso de drogas (cocaína, psicofármacos, etc...).

Otra hipótesis es que las mujeres a fin de compensar las experiencias asociadas a la prostitución desarrollan un consumo si cabe más caótico, mezclan más sustancias y son más vulnerables al riesgo de infección por VIH, a través de equipos contaminados de inyección. Además contactos sexuales sin protección en las relaciones sexuales con sus parejas son más frecuentes que en los hombres.

Además de enfrentarse al consumo problemático de sustancias psicotrópicas las mujeres se enfrentan con frecuencia a la prostitución, a la violencia sexual y emocional. Este modo de comportamiento es típicamente femenino. La “victimización” tiene enormes implicaciones para las mujeres en general. Una de las posibles reacciones es el aumento del consumo de drogas. El sentimiento de culpa y el aislamiento, que se traducen en una pérdida de la autoestima, no son infrecuentes. Esto es especialmente cierto para las mujeres que han sido víctimas de agresiones sexuales.

5. Las mujeres en las cárceles de la UE

La criminalidad asociada a las drogas parece estar ligada generalmente al género masculino. Las mujeres como término medio representan aproximadamente un 5% de la población prisional europea (desde el 1,8% del total de la población encarcelada en Grecia, el 3% en Holanda, el 5% en Alemania, el 5,7 % en Suecia y el 9,2% en España).

Las mujeres tóxico dependientes en contacto con el sistema de justicia presentan severos problemas familiares, un nivel de educación muy bajo y una situación laboral muy deteriorada. Las mujeres tienden a desarrollar carreras criminales de más corta duración que los hombres, si bien se inician a la conducta criminal antes que éstos. También se constata que las mujeres son encarceladas por delitos de menor gravedad que los hombres, el tiempo medio de encarcelamiento es también más bajo que para los hombres.

El porcentaje de mujeres toxicodependientes en las cárceles es muy alto en la mayoría de los países de la UE. En algunos de éstos, dos tercios de las mujeres que entran en las cárceles han desarrollado una severa historia de uso de drogas o alcohol anterior a su ingreso en prisión. El consumo de varias sustancias

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

psicoactivas es la pauta más habitual. No obstante estos datos, el uso de drogas ilegales en las cárceles de mujeres es menor que en aquéllas masculinas.

Algunos de los países señalan que el número de mujeres encarceladas ha aumentado considerablemente en la pasada década. Por ejemplo, en España la población de mujeres en la cárcel se ha casi triplicado en los últimos 10 años. Datos facilitados por Irlanda y UK muestran un incremento significativo en los niveles de uso problemático de drogas relacionadas con el arresto, especialmente heroína, metadona y benzodiacepinas.

El uso de psicofármacos en las cárceles de mujeres parece estar altamente extendido. Así en Escocia el 97% de la población encarcelada femenina recibe alguna forma de medicación, generalmente asociada a trastornos mentales. El riesgo de dependencia a psicofármacos durante y después del paso por una prisión femenina aumenta respecto a la población general de mujeres.

Uno de los mayores problemas encontrados por las mujeres en las cárceles es el hecho de que la mayoría de ellas pertenecen a grupos socialmente desfavorecidos debido a las características étnicas, la clase social, la orientación sexual, las incapacidades físicas y psíquicas y/o la prostitución. Todo ello conlleva a la existencia de graves problemas de salud de las mujeres encarceladas que necesitan de consideración especial. La tasa de HIV, de acuerdo con numerosos estudios es mas alta para las mujeres encarceladas que para los hombres.

El encarcelamiento de mujeres se organiza de manera diferente en los diferentes estados de la UE. En algunos países existen unidades separadas y/o cárceles especialmente femeninas. Dada la baja tasa de mujeres encarceladas, con frecuencia tan solo existe una institución para una extensa área geográfica, así es habitual que haya una institución penitenciaria por región administrativa. Esto causa particulares problemas para aquellas mujeres con cargas familiares, especialmente con hijos de corta edad. La cárcel les aleja asimismo del contacto con sus familias, su pareja y en general de sus redes sociales.

Las facilidades de tratamiento en las cárceles de mujeres varían ampliamente. Las líneas guían para tratar el síndrome de abstinencia de benzodiacepinas se encuentran lejos del desarrollo alcanzado por aquellas de la heroína. En algunas instituciones penitenciarias la enorme demanda de mujeres que necesitan desintoxicación representa un gran problema.

6. Tratamiento y servicios complementarios

Uno de los cinco indicadores epidemiológicos armonizados desarrollados por el EMCDDA y que se nutre de información facilitada por los estados miembros de la UE es el de demanda de tratamiento. Constata una situación que se repite a escala mundial, una de cada cuatro demandas de tratamiento corresponde a mujeres.

Existe una tendencia por parte de las mujeres a entrar en tratamiento a edades más tempranas respecto a los hombres. Las diferencias de proporción de mujeres y hombres en tratamiento aumentan con las franjas de edad, a mayor edad, menor número de mujeres en tratamiento. Más que indicar que las mujeres son tratadas con más éxito, estas cifras apuntan a que las mujeres con problemas de drogas están posiblemente subrepresentadas. En Bélgica una investigación que accedió a poblaciones que no acudían a tales servicios reveló que la proporción de mujeres con uso problemático de drogas es más elevada que aquella que indican los datos oficiales de tratamiento. Una de las razones principales para la baja representación de mujeres en tratamiento tiene que ver con la maternidad. Entre el 18 % y el 75 % de las mujeres clientes de los servicios de tratamiento tienen al menos un hijo. Las cargas familiares harían difícil su enrolamiento en el tratamiento. Otra barrera es el temor a ser etiquetadas como madres irresponsables y a perder la guarda y custodia de sus hijos.

Conclusiones

Entre las poblaciones que encuentran más dificultad en acceder a los servicios de drogas se encuentran las mujeres. Un informe reciente del Consejo de Europa señala que uno de los aspectos claves que explican la causa de que las mujeres se encuentran subrepresentadas entre los clientes de estos servicios es la existencia de barreras para acceder al tratamiento. Las mujeres inician un tratamiento con bastantes dificultades cuando las comparamos con los hombres. Este hecho se presenta de forma más clara en los programas de larga duración. El estigma social, la falta de apoyo de la pareja, las responsabilidades del cuidado de niños u otros miembros de la familia, son las principales causas, como ponen en evidencia la revisión de la literatura relevante en la UE.

Las mujeres toxicodependientes con frecuencia padecen más problemas que los hombres en situación similar. Algunas sufren de problemas crónicos de salud que resultan de la pobreza, del uso de drogas, violencia doméstica, asalto sexual, embarazo adolescente, mal nutrición y pobre salud preventiva.

De la problemática específica de la adicción en las mujeres tres aspectos llaman especialmente la atención. Las mujeres en Europa consumen drogas de manera diferente a los hombres, en general lo hacen "de puertas adentro", y por ende en espacios menos accesibles a la capacidad de observación de los sistemas de información de drogas. Por otra parte, las drogas que más habitualmente consumen son objeto de menos rechazo social "per se", alcohol, psicofármacos. El consumo de drogas parece ser más estigmatizante para las mujeres, especialmente cuando éstas son madres.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

En cuanto a las estrategias de drogas en Europa hay un aspecto que preocupa especialmente, la atención a las mujeres tóxico dependientes en el período de la gestación y el parto. Por otra parte, cada vez son más los programas que se ocupan de mujeres adictas con hijos menores. Las mujeres adictas y prostitutas constituyen una población objeto de atención especial, fundamentalmente en programas de reducción de daños.

Bibliografía:

EMCDDA. 2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union. Lisbon. 2000.

Dagmar Hedrich. Pompidou Group. Problem drug use by women. Focus on community-based interventions. Strasbourg. 2000.

Heino Stöver. EMCDDA. Assistance to drug users in EU prisons. Lisbon; 2001.

Poland, Hutchins. Building and sustain systems of care for substance-using pregnant women and their infants. National Center for Education in Maternal and Child Health. Public health service, U.S.

Poland, Hutchins. Recruitment and retention of substance-using pregnant and parenting women. . U.S. Department of health and Human Services.

Rahdert. Treatment for drug-exposed women and their children: advances in research methodology. NIDA. 1996.

Woods. Women Drug Use and Parenting in Dublin: The Views of Professional Workers in the Drug Treatment and Social Work Fields. Department of Social Studies, Trinity College. Dublin. 2000.

SOCIOEPIDEMIOLOGÍA

1.5 Aspectos diferenciales en el perfil de las personas por las que se solicita información por consumo de drogas en el servicio 900 FAD, según género.

Celia Prat, psicóloga de la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.

Lo primero en señalar a través de esta intervención es que la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción no realiza intervenciones asistenciales y, por lo tanto, no podemos ofrecer datos sobre la demanda de atención a problemas de drogodependencias atendida por nosotros. Como es conocido nuestra intervención se desarrolla en el campo de la prevención.

Sin embargo, la aportación de la FAD a esta Mesa Redonda, consistirá en reflejar las diferencias y semejanzas encontradas en los perfiles de las personas consumidoras de drogas, según su sexo, por las que se solicita información en el Servicio 900FAD, Servicio de Información y Orientación Telefónico sobre Drogodependencias.

Las características de este Servicio desde su creación en 1989 y en la actualidad son las siguientes:

- Ámbito nacional: atendemos llamadas de todo el territorio nacional.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

- Llamada gratuita para el usuario.
- Funcionamiento diario, en festivos y fines de semana (a partir de 1993 a través de la firma de un convenio con el PNsD).
- Horario continuado y estable: de 9 a 21 horas.
- Confidencialidad y anonimato en la llamada.
- Se ofrece información objetiva sobre todos los recursos disponibles, no se limita a una tipología concreta.
- Supervisión profesional.
- Evaluación externa.

El Servicio 900 FAD continua con los mismos objetivos con los que fue creado, y que de forma general, se concretan en:

- 1.- Ofrecer información y asesoramiento sobre drogodependencias y temas relacionados ante cualquier demanda existente en la población.
- 2.- Servir como Sistema Complementario de Información sobre la realidad de las drogodependencias, mostrando los patrones y tendencias actuales de consumo.

Por lo tanto su oferta es muy amplia y comprende desde:

- Información sobre efectos y síntomas del consumo de las diferentes sustancias de abuso, tanto legales como ilegales
- Orientación sobre criterios de actuación y comportamiento a seguir con personas consumidoras para familiares, amigos...y personas relacionadas.
- Características de los diferentes tipos de tratamientos existentes en nuestro país sobre drogodependencias y adicciones.
- Información sobre otras problemáticas relacionadas con las dependencias: SIDA, ludopatías, problemas de alimentación, salud mental, etc.
- Y, principalmente, información sobre **Recursos Asistenciales** para tratamiento en drogodependencias, tanto pertenecientes a la red pública como de carácter privado. La información proporcionada ofrece, además de los datos puntuales sobre el centro (dirección, teléfono, etc.) otros datos objetivos que permiten realizar una clara elección sobre los recursos disponibles.

Es necesario precisar que el título de la ponencia no se ajusta a la realidad de lo que se va a exponer, ya que la información que podemos aportar que es la recogida a través de este Servicio, no trata sobre las personas que realizan la demanda, como da a entender el título, si no sobre las personas afectadas, es decir, los

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

consumidores. La información sobre variables como sexo, situación laboral, edad... son sobre la persona consumidora no sobre quién realiza la llamada.

DATOS GENERALES

Vamos a referirnos en todo momento a los datos obtenidos durante el año 1999.

Nº de llamadas procedentes recibidas	18.758
Nº de llamadas no procedentes recibidas (bromas)	15.023
Total de llamadas recibidas en 1999	33.781
Total de llamadas desde el comienzo del Servicio (1989)	162.117

SEXO DEL AFECTADO

Hombre 82,6%
Mujer 17,4%

Claramente el porcentaje de mujeres por las que se demanda información en el Servicio es inferior al de hombres. Estos porcentajes son semejantes a los de los casos admitidos a tratamiento ofrecidos por el Observatorio Español sobre Drogas en su último informe (datos correspondientes a 1998).

SITUACIÓN LABORAL DEL AFECTADO

	Hombre	Mujer
Trabaja	47,7%	30,7%
Parado	36,0%	43,0%
Incapacitado permanente/pensionista	2,7%	2,6%
Estudiante/opositor	12,5%	22,3%
Otra	1,1%	1,5%

El porcentaje mayor de hombres sobre los que se consulta corresponde a personas que trabajan, sin embargo, el de mujeres a personas en paro. Hay que resaltar que el 22,3% de las mujeres estudia frente al 12,5% de los hombres.

Estos datos están en concordancia con los niveles de desempleo por sexos en la población general.

PERSONA QUE LLAMA

	Hombre	Mujer
--	---------------	--------------

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Afectado	22,3%	31,6%
Madre	24,9%	22,8%
Padre	5,2%	3,9%
Hermano	14,2%	10,8%
Otro familiar	9,6%	10,8%
Pareja/cónyuge	11,9%	4,2%
Amigo/a	8,6%	12,8%
Profesional	0,7%	0,9%
Otra persona	0,7%	0,9%

Cuando en la llamada se solicita información sobre un hombre, principalmente, la llamada la realiza su madre, en casi el 25% de las mismas. Sin embargo, en el caso de que se consulte sobre una mujer, en más del 30% la llamada la realiza la propia afectada.

El porcentaje de afectados varones que llaman es mucho menor que el de mujeres, ya que en general, en estos casos, la llamada ha sido realizada por algún familiar. Es interesante destacar el caso de los cónyuges o parejas: por consulta para un hombre llaman en el 11,9% de las ocasiones, frente al 4,2% para las mujeres. No hay, sin embargo, una gran variación cuando la llamada es realizada por un profesional.

Parece, por estos datos, que la implicación de las mujeres consumidoras en la búsqueda de información, ayuda y alternativas para la realización de un proceso asistencial, es mucho mayor que en los varones, dónde existe una mayor implicación familiar.

SUSTANCIA PRINCIPAL CONSUMIDA POR EL AFECTADO

	Hombre	Mujer
Heroína	32,7%	30,0%
Otros Opiáceos	2,0%	2,1%
Cocaína	35,6%	28,7%
Anfetaminas	0,9%	1,7%
MDMA y derivados	2,4%	3,8%
Hipnosedantes	0,5%	1,5%
Cannabis	14,1%	13,7%
Alcohol	8,8%	13,3%
Tabaco	0,7%	2,2%
Otras	0,5%	1,4%
Ludopatías	1,7%	1,4%
Problemas	0%	0,2%

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

alimentación		
---------------------	--	--

Cuando la llamada se refiere a un hombre, en mayor proporción, consume cocaína, seguido de heroína y de derivados de cannabis. Cuando se refiere a una mujer, consume, por este orden, heroína, cocaína y derivados del cannabis, siendo importante el consumo de alcohol y fármacos realizado por las mujeres, mayor que en los varones.

VÍA DE CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL

	Hombre	Mujer
Oral	10,2%	26,6%
Fumada o pulmonar	37,7%	37,6%
Esnifada/intranasal	32,6%	25,9%
Inyectada	12,7%	10,0%
Otra	0,7%	0,5%

El consumo de sustancias por vía oral es mayor en las mujeres, ya que es mayor su consumo de fármacos y alcohol (que son consumidos por esta vía) y es menor el consumo por vía esnifada o intranasal.

EDAD MEDIA DEL AFECTADO

Hombre 27,9 años
Mujer 26,7 años

AÑOS DE CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL

Hombre 2,9 años
Mujer 2,5 años

EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE LA SUSTANCIA PRINCIPAL

Hombre 21,9 años
Mujer 21,7 años

TRATAMIENTO PREVIO REALIZADO A LA LLAMADA AL SERVICIO

	Hombre	Mujer
Sí	45,6%	39,6%
No	54,4%	60,4%

La mayor parte de los hombres y de las mujeres por los que se consulta no ha realizado un tratamiento con anterioridad a la llamada al Servicio, siendo el porcentaje mayor en las mujeres.

CENTRO DONDE REALIZO EL ÚLTIMO TRATAMIENTO

	Hombre	Mujer
Centro Ambulatorio	58,8%	59,4%
Prisión	1,6%	0,8%
Unidad de Desintoxicación Hospitalaria	4,7%	7,8%
Comunidad Terapéutica	14,8%	14,7%
Granja o Centro de Convivencia	12,9%	7,5%
Grupo de Auto - ayuda	1,6%	3,3%
Otro	5,7%	6,6%

El porcentaje de mujeres que acude a Unidades de Desintoxicación Hospitalaria es mayor que el de hombres, en los que el mayor el de Granjas o Centros de Convivencia.

INFORMACIÓN DEMANDADA

	Hombre	Mujer
Centro de tratamiento concreto	12,9%	11,8%
Programa de Metadona	1,8%	2,5%
Información general sobre Tratamientos	41,8%	38,7%
Orientación ante consumidor	31,3%	32,4%
SIDA	0,5%	0,6%
Efectos y complicaciones de las sustancias	4,5%	6,3%
Actividades y Servicios FAD	0,2%	0,4%
Análisis toxicológicos	2,0%	2,5%
Otra información	3,5%	4,7%

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Tanto si la llamada se refiere a un hombre como a una mujer, la información demandada al Servicio es principalmente, información general sobre tratamientos, seguida de petición de orientación y consejo sobre como actuar ante un consumidor.

CENTRO PEDIDO

	Hombre	Mujer
Centro Ambulatorio	51,9%	55,1%
Unidad de Desintoxicación Hospitalaria	5,1%	5,7%
Comunidad Terapéutica	26,1%	22,1%
Granja o Centro de Convivencia	7,6%	7,5%
Orientación	5,4%	4,8%
Grupo de Auto - ayuda	2,4%	3,6%
Otro	1,4%	1,2%

Aunque para ambos, hombres y mujeres, se solicitó principalmente, un centro ambulatorio para tratamiento (especialmente para las mujeres), es de destacar la mayor petición de Comunidades Terapéuticas para hombres y de Grupos de Auto - ayuda para mujeres.

CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS PEDIDOS

	Hombre	Mujer
Gratuito	72,3%	75,7%
Proyecto Hombre	4,6%	3,8%
Pago con Profesionales	20,8%	19,5%
Pago sin Profesionales	1,7%	0,7%
Otros	0,6%	0,3%

No se aprecian diferencias

DURACIÓN DE LA LLAMADA

Minutos	Hombres	Mujeres
2 o menos	7,7%	9,0%
3 a 5	26,2%	28,1%
6 a 10	36,0%	33,8%
11 a 15	17,4%	15,7%
Más de 15	12,7%	13,3%

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

No se aprecian diferencias

DÍA DE LA SEMANA EN LA QUE SE PRODUCE LA LLAMADA

	Hombres	Mujeres
Lunes	17,6%	16,1%
Martes	15,2%	15,5%
Miércoles	14,3%	14,8%
Jueves	13,6%	14,0%
Viernes	13,0%	13,2%
Sábado	13,8%	13,5%
Domingo	12,5%	13,0%

No se aprecian diferencias

FRECUENCIA DE USO DEL SERVICIO

	Hombres	Mujeres
1	88,3%	89,1%
2	7,6%	7,1%
3	2,1%	1,6%
4 o más	2,0%	2,2%

No se aprecian diferencias

CONCLUSIONES

Los datos extraídos de las llamadas recibidas en el Servicio 900FAD y presentados en esta exposición, no refieren grandes diferencias sobre la tipología de las llamadas según se consulte por un hombre o una mujer consumidores de drogas.

El dato más relevante, además del porcentaje global de llamadas referidas a hombres (la gran mayoría), frente al de mujeres, está en la diferencia de implicación y toma de responsabilidades ante su propia situación de consumo, mucho mayor en las mujeres que en los hombres y que se traduce en la realización de la llamada para la búsqueda de información y ayuda en las primeras y en la delegación de esta responsabilidad a otros familiares (especialmente las madres y esposas) en el caso de los segundos.

PRIMERA PARTE: PONENCIAS

2. EVALUACIÓN

2.1 El consumo de drogas en las mujeres españolas.

Begoña López Dóriga, Instituto de la Mujer.

2.2 Nuevas perspectivas en la prevención e intervención sobre la mujer toxicómana en Europa

Paolo Stocco, psicólogo "toxicomanías e identidad de género". Verona. Italia.

2.3 Evaluación de un programa específico para mujeres: 10 años de experiencia.

Pilar Blanco, médico psicoterapeuta coordinadora de investigación clínica de la Fundación Instituto Spiral. Madrid.

2. EVALUACIÓN

2.1 Las mujeres y las drogas desde una perspectiva de género.

Begoña López Dóriga, Instituto de la Mujer.

1. EL ENFOQUE DE GÉNERO

El enfoque de género representa una perspectiva a integrar en las fundamentaciones epistemológicas de las distintas disciplinas. Sus presupuestos teóricos deben incidir, en este caso, en los modelos teóricos explicativos del consumo de drogas, en los programas de prevención de drogodependencias y en la práctica clínica.

De un modo sintético, se puede indicar que algunos de los elementos básicos en este enfoque serían la idea de que es a partir del sexo biológico que se incorporan funciones, se interiorizan valores y el sujeto se va adaptando a las expectativas. Así, en cada sociedad existen definiciones, normas, mandatos sobre cómo deben ser los varones y las mujeres.

Por tanto, la masculinidad y la feminidad se construye en un contexto cultural y social creando representaciones de lo femenino que actúan como modelos ideales, que, a su vez, inciden en la estructuración psíquica del sujeto mujer.

Se puede señalar que el término sexo se utiliza para referirnos al hecho biológico de la diferencial sexual.

Mientras que, se utiliza el término género para señalar aquellos elementos sociales, culturales y psicológicos atribuidos en función del sexo y que conforman la feminidad y la masculinidad.

También podemos usar el término género para referirnos a los significados que la sociedad atribuye a cada sexo, o sea, al conjunto de normas, valores sociales, prácticas, símbolos y representaciones que las sociedades elaboran a partir de la diferencia sexual anatómica (1).

Aunque en las últimas décadas se han producido importantes cambios socioeconómicos y culturales, no se puede obviar que existen desigualdades entre hombres y mujeres. Esta asimetría se articula, con la construcción de modelos que definen los lugares y los roles que habrán de ocupar hombres y mujeres a lo largo de su existencia.

A las mujeres se les ha asignado modelos creados independientemente de sus necesidades, deseos y aspiraciones que le limitan.

Hasta hace pocos años el único territorio exclusivo de las mujeres era la maternidad y el cuidado, asignaciones que la han subordinado a su fisiología y a determinados roles que la idealizan, pero que, en la práctica, la han privado de plena participación económica, política y social.

Actualmente, uno de los modelos de ideal de mujer que se transmiten presenta a una mujer activa, valiosa profesionalmente, físicamente atractiva y que puede ser madre de familia eficaz... Este modelo conlleva, entre otras consecuencias, que muchas mujeres adultas se consideren poco valiosas al no poder lograr la imagen de perfección que se les plantea.

Finalmente, antes de concluir este apartado, conviene preguntarse: *¿Por qué es importante el análisis de género para trabajar en el ámbito de las drogas?*

Ser mujer, en nuestra sociedad, no significa lo mismo para todas las mujeres al vivir en un mundo cuya realidad es diversa y que depende de nuestro entorno, edad, tipo de familia etc. Sin embargo, sí podemos hablar de experiencias y situaciones comunes que compartimos como colectivo de mujeres adultas o de mujeres jóvenes. El hecho de ser mujer condiciona y conforma expresiones de los consumos de drogas y de la problemática que acompaña a estos, en la medida que los factores

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

socioculturales están presentes en las relaciones de pareja, en la estima hacia nosotras mismas, en nuestro trabajo, en nuestros deseos, en los ideales y en los problemas y conflictos que conlleva vivir. Por tanto, este enfoque nos ayuda a visibilizar la incidencia de los condicionantes de género en los consumos de drogas, en los contextos en los que se consumen, en los factores de riesgo y en las consecuencias.

Es necesario incorporar esta perspectiva en las políticas sobre drogas, en los programas y en la práctica clínica, así como para lograr un mayor impacto de las acciones que llevemos a cabo y mayor eficacia en la intervención.

2. PRINCIPALES DATOS SOBRE EL CONSUMO DE DROGAS EN LAS MUJERES ESPAÑOLAS

Si partimos de los consumos de drogas que presentan las mujeres españolas y, en particular, aquellas que están en edad escolar, tomados de un reciente estudio realizado para el Instituto de la Mujer (2), se observa que:

Las mujeres y las jóvenes españolas en particular, presentan altas prevalencias en el consumo de tabaco y alcohol y, en menor medida, de cannabis. Comenzando por el consumo de tabaco, cabe resaltar que fuma el 34,9% de las mujeres mayores de 14 años y el 52,2% de las escolares, iniciándose éstas a los 13 años. Este dato, junto con la edad media de inicio del consumo en el global de mujeres, por debajo de los 17 años, hace que sea de prever un desarrollo futuro del consumo de tabaco entre las mujeres jóvenes. Añadir que el rango de consumo más extendido entre las consumidoras en general está entre 10 y 20 cigarrillos diarios (72,4%), mientras que entre las consumidoras escolares este mismo rango es el del 48,9%, a diferencia del 49,8% de las que consumen hasta 9 cigarrillos (ver tabla1).

CONSUMO DE TABACO ENTRE LAS MUJERES			
	MUJERES		ESCOLARES
Fuman diariamente	28,1	39,4	30,6
Fuman ocasionalmente	6,8		21,6
Fumaban antes, ahora no	6,6		10,2
Nunca han fumado	57,8		37,0
NS/NC	0,7		0,6

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población española en general. También lo es por las mujeres en particular: el 79% de éstas y el 88,4% de las escolares lo han consumido en alguna ocasión

(ver tabla 2). El 4,9% del global de mujeres (4,6% los días laborales y el 5,5% los fines de semana) se considera que *bebe abusivamente*, al ingerir el equivalente a más de medio litro de alcohol puro diario; estos índices quedan

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

entre 4 y 6 puntos por debajo de los de los hombres.

Entre las escolares existe un 5,8% de *bebedoras abusiva*, ratio que se eleva al 25,6% los fines de semana; con una edad media de

inicio en el alcohol de 13,3 años entre las escolares, a diferencia de los 17,3 como edad promedio para el global de mujeres.

CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LAS MUJERES		
PERÍODOS DE TIEMPO	MUJERES	ESCOLARES
Alguna vez en su vida	79,0	88,4
Últimos doce meses	62,8	83,8
Último mes	41,9	57,2
Última semana	25,8	31,1

Perfiles de las mujeres que beben de modo abusivo

Viven en las zonas Norte, Centro-Madrid, Costa Mediterránea y Sur de la Península y, preferiblemente en hábitats semiurbanos y urbanos medios o grandes. Son jóvenes (de 14 a 34 años), solteras, separadas o divorciadas. De estudios medios o altos, y activas económicamente, estudiantes o pensionistas.

Perfiles de las escolares que beben de modo abusivo

Viven en las zonas Norte, Centro-Madrid, Costa Mediterránea y Centro-Sur de la Península y, preferiblemente, en hábitats urbanos medios o grandes. De edades entre 13 y 14, o por encima de 17 años. De clase media-baja o media-alta. Repetidoras de cursos o que, además de estudiar, trabajan. Su ocio se base en estar con los amigos, en ir a bares y discotecas, en las fiestas y en los videojuegos, y en cuyo grupo de amigos se habla de drogas.

Por otro lado, el 14,2% de las mujeres y el 32,5% de las escolares han probado el cannabis en alguna ocasión, siendo las edades

medias de inicio de las mujeres en su consumo los 17,7 años, y los 15 para las escolares. También son importantes los consumos de drogas de síntesis y cocaína, presentando las escolares, como para el alcohol y el tabaco, unos índices superiores a los generales.

En cuanto a la heroína sigue siendo una droga de gran importancia social y de graves repercusiones para la vida y la salud de las personas adictas. Los resultados obtenidos en el colectivo femenino serían los siguientes:

Un 0,3% de las mujeres españolas de 14 años en adelante, han consumido heroína alguna vez, el 0,2% lo hizo en el último año y también en el último mes. El consumo habitual se situaría en torno al 0,1%. De un modo meramente aproximativo se puede estimar que entre 30.000 y 36.000 mujeres la habrían consumido en el último año, de las que la mitad, entre 15.000 y 18.000, serían consumidoras habituales.

Las escolares indican haber probado la heroína alguna vez hasta un 0,8% y un 0,2% la consumieron en el último año. Sin embargo, el uso en el último mes baja al 0,1% y no se observa un consumo habitual o regular.

Las edades de inicio en el uso de la heroína serían los 21,2 años de media en el colectivo general y los 15,81 en el de escolares.

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Las vías de uso de la heroína en el colectivo femenino general serían las siguientes: el 13,8% esnifada en polvo, el 42,1% inhalada en «chinos» y el 44,1% inyectada.

El perfil en el colectivo femenino general resulta estadísticamente significativo en los siguientes rasgos: en los hábitats urbanos medios y grandes, en mujeres de 25 a 34 años y de 35 a 44 profesionales y funcionarias, pero sobre todo paradas. Los porcentajes de **consumo de tranquilizantes y hipnóticos** (ver tabla 3) hacen pensar no sólo en los consumos de las jóvenes, sino también en los consumos de drogas de las mujeres adultas. En

estos años las jóvenes se han ido incorporando al consumo de nuevas sustancias, pero no podemos olvidar los contextos en los que se producen. Ahora las jóvenes y mujeres mayores consumimos en los espacios públicos y por distintas motivaciones. Si bien, las mujeres no nos hemos incorporado ahora al consumo de drogas, sino que ha existido un consumo, sobre todo, de alcohol y psicofármacos en el espacio privado que se ha invisibilizado, bien por que estas últimas sustancias no se ha considerado drogas, bien porque se ha ocultado como en el caso del alcohol.

CONSUMO DE TRANQUILIZANTES		
PERÍODOS DE TIEMPO	MUJERES	ESCOLARES
Consumió alguna vez	9,7	15,2
Edad media de inicio (años)	37,95	14,75
Consumió en los últimos 12 meses	6,7	8,1
Consumió en el último mes	5,6	5,0
Frecuencia de consumo en el último mes		
Menos de 1 vez a la semana	2,0	2,4
Una vez a la semana	0,1	1,2
De 2 a 6 veces a la semana	0,8	0,7
Diariamente	2,7	0,7

En relación a los **tranquilizantes**, de las prevalencias actuales de consumo que figuran en la tabla 3, destacaría que las mujeres con un consumo habitual representan un porcentaje de 3,5%. Según estas prevalencias tendríamos que unas 590.000 mujeres estarían consumiendo de forma habitual.

También es alto el consumo de tranquilizantes entre las escolares, si bien el consumo más habitual (de 2 a 7 veces por semana) se sitúa en el 1,4%.

La prevalencia del consumo de **tranquilizantes** es superior entre las mujeres que en el conjunto de la población, ya que casi triplican a la de los hombres. El perfil de las consumidoras de **tranquilizantes** en el colectivo general, con significación en casi todas las variables, sería el siguiente: mujeres

de 35 años en adelante principalmente casadas y viudas. De nivel educativo bajo; pensionistas y amas de casa sobre todo, pero también paradas y profesionales. De todas las clases sociales y en todos los hábitats.

En relación a los **hipnóticos** pastillas para dormir de las prevalencias en el colectivo femenino destacaría el uso más **habitual** es de un 2% entre quienes los toman de 2 a 6 veces a la semana. Se podría estimar que, de forma aproximada, unas 500.000 mujeres habrían usado hipnóticos en el último año, de las que entre 325.000 y 350.000 serían consumidoras habituales.

La edad de inicio en el uso de hipnóticos es, en general, bastante tardía, con una media de 44,83 años.

El perfil de las consumidoras de hipnóticos

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

sería básicamente el siguiente. A partir de los 35 años y muy especialmente los 55. Entre las separadas y las viudas. De nivel educativo bajo. Profesionales y funcionarias, pero sobre todo amas de casa y pensionistas. Los **psicofármacos** son sustancias especialmente consumidas por las mujeres y tienen como problemas añadidos su aceptación social y la facilidad de acceso. Las **fuentes de obtención**

en el caso del global de las mujeres consumidoras, las vías más importantes de obtención, excluyendo alcohol y tabaco, eran el personal sanitario (53,7%); las amiga/os (39,6%); las consumidoras de tranquilizantes e hipnóticos son las que recurren a un menor número medio de fuentes de obtención, en la medida que los obtiene en un 96% del médico o médica. ver tabla 4.)

Fuente de obtención	Cannabis	Cocaína	Drogas de síntesis	Heroína	Otros opiáceos	Alucinógenos	Anfetaminas	Tranquilizantes	Hipnóticos
Compañeros de colegio	13,7	9,6	9,1	---	---	37,5	9,4	---	---
Compañeros de trabajo	7,5	7,1	8,8	---	---	---	---	---	---
Amigos barrio	33,7	45,5	41,6	---	---	54,8	30,1	1.2	1.0
Otros amigos	49.0	45.8	36.8	40.8	13.5	56.6	53.9	4.2	2.7
Padres, hijos, cónyuge	0.7	---	---	---	---	---	---	0.8	0.9
Hermanos	1.1	1.9	---	---	---	---	---	0.7	---
Médicos, sanitarios	3.9	---	---	29.5	79.8	---	28.8	96.6	96.4
Bares, discotecas	7.8	10.0	19.9	---	---	---	---	1.1	0.9
Proveedores	9.8	18.6	16.3	29.8	6.7	---	18.0	0.4	0.9
Otros	4.3	2.7	---	23.3	13.5	---	---	---	4.1

En relación a estos consumos es preciso señalar que generalmente la motivación principal asociada a su utilización son los problemas de salud. Por tanto, tenemos que ser conscientes que ante el malestar cada mujer construirá sus respuestas de manera propia y singular, pero las diferentes resoluciones dependen tanto de sí mismas como del encuentro con las teorías y la atención sanitaria, que puede acompañarla en la resolución de los problemas o por el contrario fijarla en la cronicidad.

Este tema plantea la necesidad de articular de forma eficaz un sistema de asistencia a personas drogodependientes que integre los dispositivos terapéuticos y delimite sus

funciones. Actuación que incide de manera específica en las mujeres drogodependientes, en la medida que los mayores consumos de la población femenina general se centran en el alcohol, tabaco y tranquilizantes, consumos que, en parte, son atendidos en el sistema sanitario quedando fuera de las redes especializadas en drogodependencia.

En cuanto a las **edades de inicio** en los consumos, en el grupo de las escolares las edades medias de inicio son siempre inferiores a las de las mujeres adultas. El tabaco, el alcohol y los inhalables son las sustancias que más tempranamente se consumen -13 años-. Mientras que, en torno a los 15 años y por este orden, las escolares se inician en el consumo

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

de cannabis, anfetaminas tranquilizantes, alucinógenos, heroína y por último éxtasis y drogas de diseño La cocaína presenta la edad media de inicio más tardía con 16,31 años. Es preciso resaltar también la edad media de inicio de las mujeres en el consumo de tranquilizantes (38 años) e hipnóticos, sería más tardío entorno a los (45 años).

2.1. Los motivos del consumo

La principal **motivación** aducida, tanto por el global de las mujeres como por las escolares, para el consumo de drogas sería la búsqueda de placer y diversión el motivo de transgresión a diferencia de otros estudios no aparece como

tan relevante para las escolares y sí el que facilite la relación social; el escapismo de los problemas familiares o personales ~ la relación social.

Por otro lado, las razones que mas retraen para el consumo de alcohol y/c drogas, entre las no consumidoras, sor el hecho de sentirse bien y el no necesitarlas.

MOTIVACIONES PARA EL CONSUMO DE DROGAS ENTRE LAS MUJERES Y LAS ESCOLARES ESPAÑOLAS, 1999		
MOTIVACIONES	MUJERES	ESCOLARES
Para escapar a problemas personales o para animarme	14,8	25,3
Por el gusto de hacer algo prohibido	20,8	18,3
Por placer, para divertirme	67,1	56,1
Por aburrimiento	2,7	4,3
Por estudiar o trabajar mejor	1,5	1
Por facilitar la conversación o el contacto social	15	6,9
Por problemas familiares	2,4	3,4
Por sentirme marginada o discriminada en el trabajo	0,1	0,3
Por deseo de ser aceptada por un grupo	6,2	3,8
Por enfermedad, dolor, nervios para dormir	14,3	3,9
Otras	--	22,4
TOTAL	144,9	145,7

2.2. Factores de riesgo asociados a los consumos de drogas

En el colectivo de las mujeres en general:

En el **ámbito familiar**, tendría efectos muy importantes el *que los padres hayan tenido un consumo abusivo de alcohol o drogas*, lo que sin duda habría producido un patrón de imitación de esta conducta.

Igualmente, el estrés que en muchas mujeres produce el tener que realizar el trabajo doméstico y cumplir con una jornada laboral, predispone a un consumo paliativo de drogas, especialmente al abuso de tranquilizantes e hipnóticos. Finalmente, la *mala situación*

económica y las malas relaciones con la pareja son también predisponentes a estos abusos, en especial al alcohol y los hipnose-dantes.

En el **ámbito de lo personal**, las situaciones y sentimientos que muchas mujeres tienen de *tensión* por no poder superar sus dificultades y problemas, o la *pérdida de confianza en sí mismas y la insatisfacción*, les inducen: a buscar una evasión a sus preocupaciones en un uso abusivo del alcohol; a un uso compulsivo del tabaco; o a intentar calmar su ansiedad en la adicción a los tranquilizantes.

En el **ámbito social**, encontramos dos grandes tipos de situaciones problemáticas muy

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

correlacionadas con el uso de drogas. Por una parte, el de aquellas mujeres *muy inmersas en ambientes de diversión y muy cercanas al circuito de las drogas* (las consumen en su grupo, conocen a otros consumidores, opinan que es fácil obtenerlas....) y con consumos elevados de cannabis y de otras drogas ilegales (cocaína, alucinógenos, drogas de síntesis...). Por otra, observamos que la no participación social, las situaciones de escasos recursos podrían conducir a una actitud de aislamiento, y a consumos de hipnosedantes y abusivos de alcohol.

Finalmente, en el **ámbito laboral**, observamos también dos grandes tipos de situaciones problemáticas relacionadas con el uso de drogas. En primer lugar, vemos a un grupo de *mujeres frustradas en su trabajo* (insatisfacción por las funciones desempeñadas o por el trato recibido) o temerosas ante su futuro laboral, en las que los consumos prevalentes son, de nuevo, el abusivo de alcohol y los hipnosedantes.

En otra situación tenemos a las *mujeres que soportan condiciones de trabajo bastantes duras* (destajos, jornadas prolongadas, cansancio intenso...) o de agobio y estrés, en las cuales sus consumos son más elevados en las sustancias del modelo de los psicoestimulantes: anfetaminas, cocaína, drogas de síntesis, etc.

Por lo que respecta a **las escolares, en particular:**

En el **ámbito social**, la variable con la correlación más elevada con el consumo propio de drogas es la de que «en su grupo se beba en exceso o se consuman drogas», por lo que *la influencia del grupo de iguales* sería el factor de riesgo más importante. Muy ligado a éste estarían *conocer a otros consumidores de drogas; y la presencia y accesibilidad de las mismas*.

En el **ámbito familiar**, las «*malas relaciones padres-hijas/os y la falta de diálogo*», y el «*abuso del alcohol y las drogas por los padres y madres*» son los dos factores de riesgo más importantes; el primero, porque puede implicar

un cierto desapego y una falta de comunicación, tan importante en esta etapa de crecimiento personal y de adquisición de nuevos valores que es la adolescencia; el segundo, por el gran poder de inducción que tiene la adicción de los progenitores. Aunque de forma algo menos extensa, las «*situaciones de agobio en la situación económica familiar*» también influyen en los consumos, probablemente por el clima de inseguridad y conflicto que se suele generar en el seno de las familias en estas situaciones apuradas.

Íntimamente ligado a estos dos factores exógenos estaría el ámbito de lo personal: cómo se interiorizan estas influencias sociales y familiares en un momento especialmente vulnerable, y en sí mismo problemático, de formación de la propia personalidad. Factores como la «*sensación de agobio o tensión*» o la de «*no poder superar las dificultades*», junto a cierta «*insatisfacción*» o «*pérdida de la confianza en sí misma*», pueden favorecer las actitudes de evasión ante las situaciones frustrantes y la búsqueda de compensaciones a la infelicidad que generan, mediante el consumo abusivo del alcohol y otras drogas, y la aparente seguridad que proporciona un grupo con el que se establecen fuertes lazos de identificación en el ritual mismo de los consumos. (Ver tabla 5.)

Mención aparte merece el «*fracaso escolar*», pues aunque a efectos analíticos lo hemos situado en el factor personal, realmente inciden los tres, ya que tiene un fuerte componente familiar (clima de estabilidad y diálogo, interés y seguimiento de los estudios de los hijos e hijas, participación en las AMPAS...), y también social, en cuanto a que la escuela es una de las principales vías de socialización (valores, actitudes...) y de prevención ante las drogas.

3. FACTORES DE RIESGO Y MANTENIMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS DIFERENCIALES ENTRE HOMBRES Y MUJERES

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

Para trabajar desde una perspectiva de género es preciso identificar algunos condicionantes de ser mujer que deben evaluarse para conocer su incidencia en el consumo de drogas en las

mujeres a fin de ser atendidos tanto en la prevención como en el tratamiento y en la investigación. Se pueden indicar algunos de ellos como:

I SYMPOSIUM NACIONAL SOBRE ADICCIÓN EN LA MUJER

CONSUMOS DE PSICOFÁRMACOS Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS ILEGALES ENTRE LAS MUJERES EN GENERAL Y LAS ESCOLARES EN PARTICULAR, ESPAÑA, 1999						
DROGAS	VEZ	12 MESES	MES	VEZ	12 MESES	MES
Inhalables	0,5	0,1	0,1	5,7	0,1	0,1
Cannabis	14,2	7	4,4	32,5	25,3	15,2
Cocaína	4,3	1,6	0,7	7,4	6,1	3,3
Extasis y otras de síntesis	1,6	0,6	0,4	5,6	3,3	2,1
Heroína	0,3	0,2	0,2	0,8	0,2	0,1
Otros opiáceos	0,5	0,4	0,2	0,8	0,2	0,1
Alucinógenos	1,7	0,4	0,1	5,9	3	1,6
Anfetaminas	1,4	0,6	0,4	7,3	4,3	2,5
Tranquilizantes	9,7	6,7	5,6	15,2	8,1	5
Hipnóticos	3,3	2,9	2,7	*	*	*

La imagen corporal

Elisardo Becoña y Fernando Vázquez en la revisión efectuada sobre el consumo de tabaco entre las mujeres (3) refieren como motivos de género para mantener este consumo, que las mujeres perciban como beneficiosos ciertos efectos de la utilización de esta sustancia «el que la nicotina intensifica los sentimientos de bienestar y produce activación o relajación, ayuda a mantener la atención, ayuda a controlar el peso y el apetito y reduce la ansiedad».

Otras razones pueden ser «tener una sensación de autonomía o como medio de autodefinición o para dar imagen de desafiante, sexy y esbelta». Concluye que las mujeres pueden tener que afrontar otro tipo de obstáculos y barreras para dejar de fumar que se deben tener en cuenta durante el tratamiento:

la depresión, el apoyo social y el miedo a ganar peso.

En cuanto a otras drogas como la cocaína y las drogas de síntesis también debe investigarse como factor de mantenimiento del consumo uno de los efectos de la sustancia como es la pérdida de apetito. Por tanto, es preciso analizar cuántas jóvenes y en qué medida utilizan su consumo entre otras motivaciones para evitar la ingesta de comida y de esta manera, mantenerse delgadas.

La violencia contra las mujeres

«Se ha encontrado evidencia empírica que respalda la hipótesis de que tener antecedentes de abuso sexual está relacionado con el abuso de drogas» (4).

Asimismo, «muchas mujeres maltratadas toman para tranquilizarse algún tipo de medicación. El abuso de sustancias adictivas en las mujeres maltratadas es utilizado para reducir la ansiedad inmediata y produce un bloqueo del malestar emocional. Groenveid y Shain (1989) encontraron que un 74% de las mujeres maltratadas tomaba tranquilizantes y que un 40% ingería somníferos. Otras intentan eludir sus problemas y miedos consumiendo alcohol u otro tipo de drogas. Aparentemente, esto les ayuda a seguir adelante con sus vidas, pero, desafortunadamente, les impide pensar con claridad cuando necesitan tomar decisiones» (4).

Los roles asignados

Dentro de la familia es la responsable principal del cuidado de los hijos e hijas, de personas enfermas y ancianas.

Algunas mujeres perciben que el trabajo doméstico y de cuidado que realizan no está reconocido, ni valorado socialmente, es un trabajo monótono y a la vez invisible. Asimismo, los cambios en la estructura demográfica, suponen un claro aumento de la población anciana que requiere atención y que nuevamente recae en las mujeres.

Además, sienten que su pareja tampoco les reconoce este tipo de actividad, a pesar del esfuerzo. Estas funciones de cuidado dentro de la casa suponen reducir su tiempo disponible para los proyectos personales y los espacios de relación, lo que comporta un mayor aislamiento social y riesgo para los consumos de drogas.

La dependencia afectiva

La dependencia emocional de la pareja ha incidido en el inicio y mantenimiento de consumo de drogas como la heroína.

Así, se ha afirmado que «en las parejas sexuales la mujer empieza a consumir drogas por vía parenteral inducida por el compañero» (5).

El inicio del consumo está mediado por «demandas de los varones que les piden compartir el consumo como muestra de amor, el compartir una experiencia, por dejarse arrastrar o por vivir

el mundo que el hombre te ofrece porque le gustas» (6).

Estas afirmaciones han sido una realidad para las mujeres toxicómanas en consumos como la heroína. Si bien, es un indicador consistente en el análisis de género, en la medida que las mujeres han sido en mayor medida que los hombres socializadas para requerir completarse en Otro y construir su identidad entorno al sujeto masculino. Así, en el caso de la mujer hemos de conocer que no se trata sólo de un problema con las sustancias, sino también de un problema de dependencia relacional, mientras en los varones las sustancias tienden a sustituir a los sujetos, son intercambiables.

Factores de riesgo asociados al ámbito laboral

Lo doble jornada. La mujer está condicionada por el papel subordinado que, en muchos casos, tiene aun en la familia, con una hipertrofia del rol de ama de casa; situación que se ve agravada cuando tiene un empleo y, además ha de cumplir casi en exclusiva con este rol. La frustración que esta realidad genera induce a consumos abusivos de alcohol y psicofármacos (2).

Adaptación a hábitos y conductas marcadas por modelos masculinos. Afecta en el caso de las profesionales, a mujeres emancipadas que, presionadas por la cultura laboral y social discriminante respecto a los hombres, se ven impelidas a la hipercompetitividad y a exacerbar la asimilación de determinados hábitos y conductas dominantes en el mundo masculino, entre ellos el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas (2).

Acoso sexual: «El acoso sexual en el trabajo se produce en la intersección de dos territorios que implican muy fuertemente la vida de las personas: allí donde confluyen las relaciones laborales con las interacciones erótico-sexuales.»

El acoso tiene consecuencias en la interacción personal. Así, repercute sobre la pareja, sobre la familia y sobre el resto de las personas con las que la víctima mantenga vínculos afectivos» (7).

Los efectos psicológicos: pérdida de autoestima, como las secuelas propias de la depresión - ansiedad, angustia, miedo, tristeza.. -. Estas consecuencias negativas en la salud de las mujeres conllevan la ingesta de psicofármacos y el abuso de otras drogas.

La publicidad

La publicidad sobre el alcohol y el tabaco se muestra de forma explícita o encubierta en espacios o actividades para jóvenes vinculadas con el deporte, programas de música joven, cómics y otras publicaciones juveniles, prendas de vestir.

En el caso de las mujeres vemos que la publicidad, se está dirigiendo a las jóvenes para captarlas o fidelizarlas en su consumo, asociando la imagen a valores de modernidad, inteligencia, actividad, desinhibición, admiración, protagonismo, ser sexy.

Se produce un reclamo a consumir bebidas como alcohol y tabaco, negando los efectos negativos para la salud de las mujeres. Así, pueden mostrar imágenes de mujeres fumadoras que presentan un aspecto relajado, sonriente y saludable, en lugar de referir sus efectos: tos, signos de mayor agotamiento cuando se practica ejercicio, etc.

Para finalizar, sería necesario el plantear las consecuencias diferenciales del **consumo**, que nos lleva a referir:

Los embarazos no deseados: El consumo de alcohol y los estimulantes tienen efecto desinhibidor sobre la conducta sexual, es facilitador de los encuentros sexuales y posibilita la justificación de conductas que no hubieran sido aceptadas en otras condiciones. Disminuye la capacidad para reconocer los indicadores relevantes de riesgo de embarazo y cuando se mantienen relaciones sexuales coitales disminuye la probabilidad de usar condones, aumentando el riesgo de embarazo.

Las agresiones sexuales. - El incumplimiento de los mandatos que comportan los roles asignados suponen sanciones sociales que forman parte del imaginario colectivo. En relación a las adicciones de las mujeres opera como un factor facilitador de la pérdida de respetabilidad que aumenta el riesgo de ser objeto de abusos sexuales por parte de aquellos varones que perciben tener derechos sobre una mujer adicta a quien consideren como una «mujer fácil» o que no merece el mismo respeto.

Prostitución.- La entrada en el mundo de la prostitución, a su vez va a suponer el inicio o intensificación de relaciones de mayor sumisión, mayor riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual incluida el VIH/sida.

Daño en su imagen social como mujer: el juicio que emite la sociedad sobre mujeres y varones es diferente, en la medida que sanciona más severamente el consumo abusivo o la adicción en el caso de las mujeres.

Estigmatización relacionada con la idea que la sociedad considera cómo tiene que ser una mujer en relación al papel que nos adjudica: malas madres, poco femeninas.

Daño en su propia imagen: la mujer adicta percibe un mayor rechazo social que los varones drogodependientes. Siente vergüenza y culpa. La desaprobación por no ajustarse a los modelos sociales que indican lo que significa ser una mujer aceptable en esta sociedad genera culpa. Sentimientos que inciden negativamente en su autovaloración. No sólo son víctimas del rechazo, sino que tienen sensación de haber fallado como mujeres.

Pérdidas o daños en los vínculos familiares: pierden en mayor medida que los hombres el apoyo de la familia. Esta circunstancia va a suponer el abandono u obligación de marcharse de la casa familiar. Las madres y los padres tienen más dificultades para aceptar la adicción en el caso de las hijas y siente mayor vergüenza.

Reciben ayuda de manera excepcional cuando la consumidora es madre. Su familia flexibiliza los vínculos, es decir mantiene el contacto durante más tiempo por el nacimiento de la criatura.

La maternidad.-- Teme perder la custodia de sus hijos e hijas.

El discurso social de la maternidad está marcado por el ideal maternal, que determinará las normas para ser una «buena madre». Las mujeres, interiorizan estas normas que suponen el sentir constantemente amor por los hijos e hijas, entenderles y satisfacer sus necesidades de manera incondicional.

En el caso de las toxicómanas la realidad presenta su cara más acusadora. Saben que no pueden ocuparse de su hijo o hija, por lo que algunas mujeres añaden a la culpa de haberle tenido sin poder responder, la culpa de la futura institucionalización. Además conocen la imagen que se tiene de ellas y la dureza con la que son juzgadas por la sociedad por no cumplir con esta función.

Actividades Instituto de la Mujer

En el III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres 1997-2000, elaborado por este organismo y aprobado por el Consejo de Ministros, se contemplan una serie de propuestas referidas a la adicción de las mujeres a las drogas. Así, cabe citar:

-«Colaborar con el Plan Nacional sobre las Drogas en programas de prevención del consumo de drogas, impulsando medidas dirigidas a las mujeres a fin de evitar daños añadidos...» (Actuación 2.3.5). «Colaborar con el Plan Nacional sobre las Drogas en programas de prevención del consumo de drogas, impulsando medidas dirigidas a las mujeres a fin de evitar daños añadidos...» (Actuación 2.3.5).

-«Apoyar a los colectivos de mujeres en la puesta en marcha de programas de prevención del consumo de drogas...» (Actuación 2.3.7). «Apoyar a los colectivos de mujeres en la

puesta en marcha de programas de prevención del consumo de drogas...» (Actuación 2.3.7).

-«Profundizar en el conocimiento de las consecuencias para la salud que se deriven de las condiciones de aislamiento, falta de reconocimiento social, etc., en las que se desarrolla el trabajo doméstico» (Actuación 2.4.4.). «Profundizar en el conocimiento de las consecuencias para la salud que se deriven de las condiciones de aislamiento, falta de reconocimiento social, etc., en las que se desarrolla el trabajo doméstico» (Actuación

-«Apoyar a los colectivos de mujeres en la puesta en marcha de programas de prevención del consumo de drogas...»

«Apoyar a los colectivos de mujeres en la puesta en marcha de programas de prevención del consumo de drogas...»

A partir de este documento, algunas de las acciones que el Instituto de la Mujer viene realizando en relación al tema que hoy nos ocupa son las siguientes:

- Ayudas y Subvenciones con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas físicas y subvenciones concedidas por el Instituto de la Mujer. Ayudas y Subvenciones con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y subvenciones concedidas por el Instituto de la Mujer.

- XVI Guías de salud elaboradas por el Instituto de la Mujer en colaboración con distintos organismos. Entre otras: «Mujeres y Sida», «Violencia contra las mujeres» y «Mujer y Drogas», esta última en coordinación con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre las Drogas.

- Manuales y documentos de trabajo dirigidos a profesionales de la salud. Entre otros: «Los grupos de mujeres: Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima» dirigido a los y las profesionales de los Equipos de Atención Primaria del Sistema Sanitario, a fin de realizar grupos de mujeres con problemática en la esfera psicosocial que acuden al sistema sanitario. Entre sus objetivos destaca el reducir o lograr la abstinencia del consumo de psicofármacos.

«La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres» dirigido a profesionales de los Centros de Salud de Atención Primaria, con la finalidad de detectar, diagnosticar y ofertar un tratamiento eficaz ante los malos tratos a mujeres. En el documento se hace referencia al alcoholismo, cuestionando los planteamientos que consideran el alcohol como un factor de riesgo o desencadenante y situando esta adicción únicamente como un factor que puede estar asociado al comportamiento violento de los maltratadores. También se aborda como un síntoma para reconocer los malos tratos en la mujer.

Formación dirigida a profesionales de los Equipos de Atención Primaria del INSALUD a fin de proporcionar recursos teóricos y metodológicos que les permitan realizar intervenciones dirigidas a fomentar la autoestima, el autocuidado y en general a promover el desarrollo personal de las mujeres.

Estudios e investigaciones: convocatoria anual de subvenciones para la financiación de investigaciones, al amparo del Plan Nacional de I+D vigente y el desarrollo de un Plan de estudios propio.

En relación a las drogas, en el ejercicio anterior se han realizado para este organismo las siguientes investigaciones:

- «El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino». EDIS - Equipo de Investigación Sociológica. Editado por el Instituto de la mujer. «El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino». EDISEquipo de Investigación Sociológica. Editado por el Instituto de la Mujer.

- La percepción de los Problemas de Drogas: su impacto y posibles mecanismos correctores desde la perspectiva de género», realizado por la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) *La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/Sida en las mujeres*. SARA VELASCO ARIAS. Instituto de la Mujer, Madrid, 1999.
- (2) *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. EQUIPO DE INVESTIACION SOCIOLOGICA-EDIS. Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.
- (3) «Las mujeres y el tabaco.. características ligadas al género». ELISARDO BECOÑA IGLESIAS y FERNANDO L. VÁZQUEZ
Revista Española de Salud Pública, volumen 74, enero-febrero 2000.
- (4) *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. PILAR MARTÍNEZ Instituto de la Mujer Serie Estudios nº 58.
- (5) *La mujer y la salud en España*. Instituto de la Mujer. PILAR ETÉBANEZ, 1992.
- (6) *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Fundación de ayuda contra la drogadicción, 2000.
- (7) *Las violencias cotidianas cuando las víctimas son las mujeres*. Instituto de la Mujer. Serie Estudios, nº 56.

BIBLIOGRAFÍA

BURIN, M.; MONCARZ, E.; VELÁZQUEZ, S.: *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*. Paidós, Buenos Aires, 1990.

INSTITUTO DE LA MUJER. *Salud mental y género. Aspectos psicosociales diferenciales en la salud de las mujeres*. Serie estudios, n.º 29.

- *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. 2001.
- *Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima*, 2001.
- *Guía de Salud XIII Mujer y Drogas*. Plan Nacional sobre Drogas.

SÁEZ BUENAVENTURA, C. *Mujer psicofármacos y analgésicos*. Ayuntamiento de Granada, Concejalía de la Mujer, 1998.

EVALUACIÓN

2.2 Nuevas perspectivas en la prevención e intervención sobre la mujer toxicómana en Europa

Paolo Stocco, psicólogo "toxicomanías e identidad de género". Verona. Italia.

Hace ya unos años que IREFREA orienta su investigación hacia la prevención de drogas. Con esta finalidad y con el apoyo de la Comisión Europea, se ha desarrollado un estudio internacional orientado a mejorar el conocimiento de las condiciones en que se desarrolla la vida de las mujeres toxicodependientes en Europa.

El objetivo principal ha sido desarrollar una investigación en cinco países europeos, paralela en el tiempo y con una metodología comparada. Con ello se ha pretendido favorecer un intercambio de experiencias que ha puesto en evidencia la importancia de la investigación de tipo cualitativo en el ámbito psicosocial. La idea central mantiene la convicción de que en el recorrido hacia la dependencia existe una multicasualidad de factores y por tanto no es una cuestión tan solo de elección o de problemática individual. En ese recorrido intervienen las condiciones sociales, económicas, urbanas, que han golpeado (influenciado) a un determinado grupo de personas (especialmente jóvenes) más vulnerables y expuestos a la fascinación.

Cuando se manifiesta un problema de abuso, la mujer toxicómana es mucho más vulnerable y está expuesta a mayores riesgos que afectan a su salud y condiciones físicas.

Por otra parte, el sistema de servicio socio-sanitario dedicado al tratamiento y la rehabilitación de toxicómanos parece no tener en cuenta los aspectos específicos de las mujeres ni sus problemas. En el tratamiento quedan relegadas las necesidades propias de las mujeres toxicómanas y se las somete a protocolos de intervención que han sido elaborados para los varones. El hecho de que existan muchas menos mujeres toxicómanas (afortunadamente) en comparación con los varones tiene que ver con esta situación. La prevalencia de mujeres respecto a los varones en Europa está alrededor de menos de un cuarto. Ello hace que en conjunto las necesidades de asistencia y su posible evolución estén condicionadas por ese predominio masculino.

Es un hecho singular, y muy destacable, que en el conjunto de investigaciones y trabajos elaborados sobre el consumo de drogas –a excepción hecha por el alcohol- se atribuya una importancia marginal a la feminidad como condición de la identidad individual, propia y distinta de la masculina. Por el contrario, si se conociera y profundizara en el desarrollo de la identidad de la mujer se fortalecería un punto de referencia tanto en materia de prevención como de tratamiento y de rehabilitación, en el cual la crisis de la feminidad aparecería situada en la base de fenómenos psicopatológicos como son la dependencia con las drogas que padecen algunas mujeres.

La mujer toxicómana presenta, de hecho, un recorrido fracturado de desarrollo respecto a una feminidad psicológica completa, como también una conducta que las lleva a un maltrato de su propio cuerpo, como es el consumo de drogas, un uso sostenido en el ámbito de la sexualidad, por las condiciones de vida en general y por la maternidad. Puede ser una paradoja, sin embargo, que son los elementos externos y visibles, aquellos que derivan hacia una violación

corpórea de la identidad, son los elementos que mayoritariamente han impregnado en la política de estudio y de prevención en materia de toxicodependencia y feminidad. Sin embargo, se han obviado las causas, incluso las condiciones del proceso que han llevado a las mujeres hasta las condiciones actuales. Ello ha ocurrido en conexión con la creciente preocupación por las enfermedades de transmisión sexual, ante las que se han elaborado campañas informativas, que aunque específica se han desarrollado sin comprender el mundo femenino, compuesto por una población muy amplia y diversa.

Por el contrario ha habido un escaso interés en el estudio de la construcción de la identidad femenina que permita entrar en una evolución longitudinal desde la infancia a la madurez o estudios que permitan una construcción en retrospectiva de la experiencia de una mujer adulta, de su propio pasado y de los hechos que la han conducido a su vida actual. En este sentido, es posible afirmar que existe una falta de especificidad tanto en estudios como en intervenciones sobre las mujeres, en particular las toxicómanas, y por ello se pierde la perspectiva de género en el desarrollo de la comprensión de los problemas y de la psicopatología.

Por lo tanto estamos ante una situación en la que el trabajo de teorización e investigación del fenómeno de la toxicodependencia se ha limitado a explicar un recorrido evolutivo masculino, integrando como parte de su extensión la línea evolutiva femenina. Esa extensión se ha producido sin ningún tipo de prueba, ni de interés en la identificación de factores específicos respecto a la población femenina.

Los clínicos que han trabajado en el sector de la toxicomanía, saben cuan distintos son los hombres de las mujeres, tanto cuando entran en el proceso terapéutico como en el recorrido vital que les ha llevado hacia la dependencia.

Las especificidades de las mujeres constituyen en este momento el centro de interés. Actualmente se está intentando avanzar posiciones con respecto al estudio y la intervención en dichas especificidades. Por ello, la investigación de IREFREA se propone incidir en el asunto de esa incapacidad por parte del servicio de atención en captar mejor las necesidades específicas de las mujeres, y yendo un poco más lejos, desarrollar estrategias de reinserción social así como de una racionalización que tenga más en cuenta la cuestión de la identidad de género, que en la situación actual ha tenido consecuencias desfavorables sobre la mujer toxicómana.

OBJETIVOS GENERALES

En la presente investigación se ha pretendido mejorar el nivel de conocimiento sobre el fenómeno expuesto. Ello se ha realizado utilizando información plural, utilizando una metodología diversa en la elaboración de datos; todo ello con el objetivo de hacer frente a la carencia informativa existente así como de abrir la

sensibilidad de los profesionales, quienes con su práctica han contribuido a una mayor marginalidad y discriminación de las mujeres.

Por otro lado se ha propuesto individualizar la experiencia de los procesos, en los países que integran esta investigación, que habíamos demostrado mayor sensibilidad, aunque operativa, sobre esta problemática. Como conclusión del análisis de los datos recogidos se ha elaborado un 'vademecum' para uso de los profesionales, el cual contiene información sobre las mujeres toxicómanas. De esta forma se incentiva una forma de atención que contribuya a elaborar políticas sociales con énfasis en el área de la reducción de la demanda de drogas en la mujer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El proyecto se ha concretado como una investigación orientada a explorar la condición de las mujeres toxicómanas en algunos países europeos (concretamente en Italia, España, Alemania, Portugal y Francia) siguiendo los objetivos que a continuación se exponen:

1. Hacer relevantes las necesidades de las mujeres toxicómanas en su situación de discriminación y en términos de experiencia con respecto a las otras mujeres.
2. La relevancia empírica para una intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora que considere la especificidad de las necesidades y recursos de estas mujeres.
3. La construcción de un vademécum que sea una herramienta para profesionales socio-sanitarios. Con ello se pretende sensibilizar con respecto a la condición femenina ante la situación de toxicodependencia. Debe incorporarse la evidencia y necesidades, expresadas o latentes, de las mujeres toxicómanas, con la finalidad de estimular una aproximación innovadora ante esta especificidad.

INSTRUMENTOS Y DISEÑOS DEL ESTUDIO

Conforme a los objetivos del estudio se han utilizado una variedad de instrumentos en la elaboración de los datos:

- a. Cuestionario construido ad hoc en relación a los objetivos del estudio.
- b. Entrevistas abiertas y individualizadas ante temas que ayuden a implementar el cuestionario

- c. Focus group integrado por mujeres toxicómanas (de 6 a 10 personas) registrado en vídeo.
- d. Ficha de los aspectos más relevantes que aparecen en los datos. Se deben destacar las características particulares de las diversas experiencias en los países participantes, así como de las prácticas más innovadoras a favor de la mujer toxicómana.

En cuanto al cuestionario y las entrevistas cortas orientadas a profundizar en los temas, se ha ideado un instrumento con una serie de preguntas y respuestas cerradas que permitan una profundidad abierta. Se ha focalizado en áreas que se consideran muy útiles para acercarse al objetivo del trabajo. Las áreas investigadas hacen referencia a la experiencia de las mujeres, a su pasado y a las condiciones actuales en que se encuentran. Esas áreas son las siguientes:

- Dimensión de la escuela
- Dimensión del trabajo
- Dimensión de las drogas
- Dimensión afectiva y sentimental
- Dimensión de la maternidad
- Dimensión legal
- Salud física
- Dimensión familiar

LA MUESTRA Y LOS RESULTADOS

En el estudio han participado mujeres toxicómanas por cada uno de los países que forman parte del proyecto. Las mujeres que se han reclutado tienen por lo menos un año de cronicidad. 40 de ellas son madres y las otras 40 no lo son. Aunque la muestra no tiene representatividad estadística, responde al objetivo de poder establecer comparaciones entre cada grupo puesto que hay equivalencia cuantitativa.

El análisis de los datos con relación a la muestra de mujeres entrevistadas en los diversos países no es lo suficiente representativa como para dibujar un estereotipo de mujer toxicómana europea. Pero esta información sí permite ir perfilando y confirmar algunos aspectos que se han encontrado en la literatura científica sobre el tema. En Europa la literatura sobre este tema es escasa y está todavía en un estadio preliminar. Por el contrario, en Estados Unidos y ya en la década de los años 80 hubo una toma de conciencia con respecto a la mujer toxicómana, que se reconoció como un ámbito autónomo y específico. La investigación bibliográfica orientada a la búsqueda de datos subraya de hecho la escasez de las contribuciones científicas respecto a ello. Lo que conlleva otra dificultad de orden metodológico, la de contrastar los datos de esta investigación con otros datos relevantes en los países que se desarrolla la investigación.

Alemania ha estado el primer país europeo que ha mostrado interés en la problemática de la mujer toxicómana. Desde los años 70 se ha empezado a tratar el fenómeno en términos de identidad de género. El primer programa preventivo empezó a experimentarse en los 80'.

En España la proporción de mujeres respecto a hombres toxicómanos es de 1:4. En Francia es una proporción de 1:3. En Italia es de 1:3-5 (en el norte del país) y de 1:10 (en el sur). En Alemania es donde la proporción es más equivalente, las mujeres son el 30-40% del total de la población toxicómana.

Considerando la muestra de mujeres que participan en este estudio el 48,8% están solteras, el 18,8% conviven con su pareja, el 15,5% están separadas o divorciadas y el 9,7% están casadas. El 35,5% viven con su pareja mientras que el 30,2% con su familia de origen.

La figura de la mujer que emerge del estudio puede ser vista, desde un aspecto educativo, como una persona que no ha logrado llegar a un nivel básico de enseñanza obligatoria. Muy a menudo se abandona la escuela al inicio de la adolescencia. En la mayor parte de los casos las mujeres han logrado un nivel de instrucción más bajo que los hombres, debido sobretodo a estar en una situación económica más precaria. La impresión, de todos modos, es que la escuela no es (pero debería ser) un medio donde organizar un trabajo de red. En la escuela se podría activar, por ejemplo, un servicio de apoyo responsable de la infancia y la adolescencia. Ello reconociendo la familia como un interlocutor único y privilegiado, teniendo muy en cuenta que en muchas ocasiones esta no tiene la capacidad de afrontar el problema a un nivel emocional. Las familias de origen de las mujeres entrevistadas presentan, frecuentemente, problemas muy diversos, como es el caso de los progenitores que presentan situaciones de abuso y dependencia de sustancias (en el 17,9% es la madre y en el 37% el padre) la mayoría de las veces de alcohol; también hay casos de trastornos mentales (32,3% de las madres y 24,6% de padres) o con procesos penales en curso. Tampoco es extraño encontrar que sus hermanas y hermanos tienen problemas de toxicodependencia, en el 22,3% de los casos, con dependencia del alcohol (el 15,8%) y con trastornos mentales en el 21,4% de los casos.

Muchas de las mujeres han sido víctimas de maltratos y abuso sexual, incluso en el ambiente familiar durante su infancia y adolescencia. Teniendo en cuenta ese aspecto es oportuno subrayar que la literatura sobre el tema pone en evidencia que hay una correlación positiva entre el maltrato y el abuso sexual que deriva hacia la toxicodependencia, la prostitución,...

También es frecuente que el nuevo núcleo familiar que han constituido las mujeres entrevistadas sea inestable: el 33, % de los casos la pareja es toxicómana, lo que ha significado un motivo determinante para la mujer entre en la dinámica de toxicodependencia (en el 37,5% de los casos la pareja ha jugado un papel decisivo, en el 41,8% ha sido importante). En el caso de las mujeres entrevistadas que son madres, la pareja con quienes están viviendo no

son el padre de sus hijos. Al preguntar sobre la vida sexual, en referencia al último semestre, el 41,7% de las mujeres afirman haber tenido solo una pareja, el 25% han tenido 2 parejas o más y el 30,5% no han tenido ninguna (hay que considerar que muchas de las mujeres viven en una comunidad terapéutica). Solo el 35% de ellas han hecho uso de contraceptivos, mientras un 30,5% no hacen ningún uso. Finalmente, el 37,3% de las mujeres en la muestra han ejercido de prostitutas. Las mujeres que son madres tienen una media de 1,5 hijos, con una edad media de 8,4 años, la mayor parte de las mujeres viven con sus hijos (25%), a menudo ocurre que los hijos viven con sus abuelos (los padres de las mujeres (el 14,7%).

En cuanto a la dimensión laboral, la mujer toxicómana tiende a ser inconstante. En el semestre anterior a la entrevista el 42% de ellas han estado desocupadas; los trabajos desarrollados en el pasado reciente ha sido en sectores variados, lo que refleja la diversidad de situaciones en el mercado laboral de los países en que se ha desarrollado la investigación. Un dato de interés relevante es que casi en la mitad de las mujeres (el 41,4%) su situación de drogodependencia era un hecho sabido por los otros empleados, ya sea porque lo había revelado la propia interesada (25,5% de los casos) o por la intervención de una tercera persona. El ambiente laboral, en general, ha significado para las mujeres un espacio de discriminación y marginalidad en relación directa con la drogodependencia. Ello es así más por una razón de prejuicio que de indiferencia.

La edad media en que se tuvo el primer contacto con las drogas está alrededor de los 16/17 años. Este primer contacto tiene que ver con el grupo de amigos y muy a menudo por vincularse a una pareja que es toxicómana (68, % de los casos). La razón que explica este primer contacto se explica por la curiosidad, la identificación con el grupo, una cierta huida de la situación familiar o de problemas personales y, como última razón pero muy importante, es la identificación con un compañero toxicómano. Este dato confirma lo que la literatura internacional ha puesto en evidencia: que la presencia de un compañero toxicodependiente es fundamental en la identidad de género, y es un componente central al explicar del primer contacto que establece la mujer con la sustancia.

Observando el tipo de sustancias que han utilizado las entrevistadas hay que considerar una situación de poli-toxicomanía. La dependencia a la heroína es la principal (76,7%), seguida de un alto porcentaje de consumo de cocaína, el 41,1%, psicofármacos, el 28,8%, alcohol el 23,8%, metadona el 15,2% y otras sustancias el 10,8%. El primer contacto con un servicio de tratamiento de la toxicodependencia suele darse, normalmente, tras varios años de abusos de las sustancias. La edad media de las mujeres es de 23 años aunque esta es muy variable. La recaída es la causa que determina la interrupción del tratamiento (70,8%), aunque un 25,7% de las entrevistadas afirmaron que interrumpieron el tratamiento debido a que este no respondía a sus exigencias.

Los problemas vinculados a la salud física son frecuentes en estas mujeres, el 62% ha sido afectada por patologías como la hepatitis C (34,7%), problemas dentales (24,4%), el VIH (23,2%), la hepatitis B (15,8%) u otras patologías (15,5%). En relación a las seropositivas (VIH), los datos de España (con el 44,9%) y de Francia (69%) son alarmantes. En los otros países la frecuencia está alrededor del 30%, solo en Alemania hay el 4% de mujeres con VIH. Las mismas entrevistadas han tratado de reducir el consumo de drogas durante su embarazo (50,4%), algunas han seguido un programa de sustitución con metadona (31,7%) hasta el séptimo mes. En relación al parto, no ha habido complicaciones en el 74,1% de los casos, el 26,7% de los nacidos han sido prematuros y el 23,8% han nacido con cesárea.

ANÁLISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

Hay mucha información significativa que surge de las entrevistas en profundidad y los grupos de discusión realizados en los distintos países. La información se ha analizado con una finalidad comparativa y como complemento de las dimensiones que se han comentado previamente. Es necesario explicar que el tipo de tratamiento difiere en cada uno de los países. En Italia y Alemania, hay un predominio de la intervención de tipo residencial, en el primer caso en la estructura privada y en el segundo en la estructura pública. En los otros países se hace un seguimiento ambulatorio, privado en Francia y público en España y Portugal.

DIMENSIÓN EDUCATIVA

El nivel de escolarización es distinto en cada uno de los países. En la realidad española y alemana los datos cuantitativos muestran que es frecuente un abandono precoz de la escuela. La mayor parte de las mujeres en la muestra de esos países poseen de hecho un nivel educativo elemental. En los otros países es un poco más elevado el número de mujeres que han logrado estudios medios. A pesar de estas diferencias, el contenido de las entrevistas en profundidad resulta bastante homogéneo en relación a las motivaciones que han conducido a un abandono de la escuela en las mujeres de todos los países, y que gira entorno al deseo de independencia económica, a la falta de satisfacción en el ámbito escolar y a un problema que deriva del estado económico familiar que no les ha permitido la continuidad educativa.

La experiencia del abandono de la escuela coincide, con frecuencia, con el inicio en el consumo de drogas. Las mujeres del estudio coinciden que el abandono del ámbito educativo es uno de los efectos tras iniciarse en las drogas, más que una causa que favorece el consumo. Como consecuencia la gravedad de la problemática del abuso va casi siempre seguida del abandono de la escuela, por tanto, este abandono no está directamente relacionado con la situación de marginalidad de las mujeres.

Algunos casos son ejemplos de una demostración de búsqueda de distancia y emancipación que pasa a través de conductas de introversión y autoagresivas. Es frecuente, de hecho, que existan problemas de depresión o de trastornos del comportamiento en su alimentación, que alguien define como 'co-adicción' y en la comparación de la que intento alertar no sólo a quienes operan en el servicio de asistencia también a todas las figuras profesionales que pueden encontrarse en contacto con mujeres toxicómanas. Si eso se juzga importante a la luz de cuanto emerge de estos datos debe sensibilizar ante la realidad de este comportamiento 'alarmante' y contribuir con información para gestionar esta emergencia primaria que ha dado lugar a la interrupción del proceso formativo. Debe considerarse que la escuela es un punto de referencia muy importante en el contenido de la problemática, para el desarrollo de la propia autoestima, y por último, para una orientación en la formación de la identidad femenina.

Con frecuencia se impide la posibilidad de que la escuela sea un espacio educativo y formativo alternativo o paralelo al familiar. De forma particular de cuanto emerge de la entrevista parece que ni los profesores ni los padres han sabido motivar a las mujeres que han sido entrevistadas para que permanezcan en la escuela, aceptando de forma muy simple el abandono.

En muchos de los casos en los diversos países que han participado en el estudio, las mujeres entrevistadas se han referido a su interrupción de la escuela alegando razones de búsqueda de una independencia económica que les permitiera alejarse de la familia, que en muchos casos es disfuncional.

De ahí que la emancipación es una lectura clave y que aparece muy a menudo en los datos de esta investigación. Las mujeres entrevistadas no parecen buscar la independencia a través del estudio como un instrumento para su formación. Más bien, tratan de lograr ese objetivo a través de una conducta transgresora y de abandono que las conduce a la marginalidad y a menudo a entrar en una problemática de dependencia y abuso.

DIMENSIÓN LABORAL

La mayor parte de las mujeres entrevistadas, en todos los países en que se ha desarrollado la investigación, han estado desocupadas durante los seis meses precedentes al inicio del tratamiento. De una forma homogénea, la mayor parte de ellas han vivido una historia laboral caracterizada por la inestabilidad. A menudo, han estado implicadas en trabajos precarios o temporales, en algunos casos, sobretodo en la realidad italiana, sin un salario regular por su contribución. Muchas de ellas hacen referencia a que su situación de toxicómanas no les permite mantener un horario y un ritmo laboral que normalmente se exige. A menudo, el trabajo se realizaba sin aspiraciones o sin ánimo de prolongación. La única motivación existente para seguir trabajando estaba en poder ganar algo para mantener el consumo de drogas. Las mujeres relatan que en el ámbito de sus trabajos despertaban las sospechas de sus superiores por su comportamiento (ausencias, retrasos, justificaciones forzadas) que ninguno solía afrontar de forma directa esa situación dando algún consejo

o apoyo, más bien, sus jefes las trataban con desconfianza y temor relacionado con prejuicios, sobretudo, por la posibilidad de transmisión de enfermedades y por el riesgo de ser hurtado. Aunque en los grupos de discusión emerge claramente la idea de que en muchos casos el trabajo se ve como una condición de subsistencia, la entrada económica está destinada con mayoritariamente a adquirir drogas. La posibilidad de una entrada regular suaviza el estrés de tener que procurarse las sustancias a través de métodos ilícitos que en la mayor parte de los casos significa trabajar en la prostitución. Las situaciones más complicadas se presentan en los casos en que la mujer también es madre, ellas deben hacer frente a un trabajo, a los hijos y a su tóxico-dependencia en una situación de alta precariedad. La mayoría de mujeres que se han entrevistado afirman que en su experiencia laboral los horarios, la retribución y las condiciones en general eran irreconciliables con la responsabilidad de un hijo. En algunos casos de situaciones difíciles, esta carga de responsabilidad ha conducido a una situación de intento de suicidio, en otros casos a una situación en que se ha intensificado el abuso por la desesperación e impotencia vivida.

Es importante que también se sensibilice a los servicios de asistencia ante esta situación de tutela de los menores, hay que pensar métodos y estrategias de intervención adecuados. Un ejemplo podría ser incentivar la creación de centros de cura y reinserción preparados para tratar con la pareja madre-hijo, y que actualmente no existen en los países en que se desarrolla la investigación.

DIMENSIÓN AFECTIVA Y RELATIVA A LA MATERNIDAD

La dimensión afectiva de las mujeres entrevistadas ha estado investigada en relación a la familia de origen y en relación a la pareja. Con frecuencia en las familias de las mujeres de la muestra se han registrado casos de abusos de sustancias. Son frecuentes los padres que abusan del alcohol, y en muchos casos la madre. En la mayoría de las mujeres parece que esta realidad les es familiar desde la infancia. Un dato relevante es que en Francia existe una tasa elevada de mortalidad materna y numerosos casos en que el padre es desconocido, situación que ha sido menos frecuente en otros países. Una de las finalidades de este estudio es observar la existencia de aspectos discriminatorios relacionados con el rol de género. Es relevante, a juicio de las mujeres entrevistadas, que la forma en que sus familias de origen experimentan su situación es de vergüenza por haberse convertido en toxicómanas, situación menos experimentada por los hombres. Ello explica que en algunos países se han dado casos de alejamiento forzado de la mujer de su núcleo familiar, con el subsecuente incremento del consumo de sustancias, el inicio en la prostitución y casos en que las mujeres se han intentado suicidar por sentirse abandonadas e impotentes ante su situación. Por tanto, el hecho de ser mujer genera en los padres una expectativa de acomodación a las normas sociales y de un comportamiento adecuado, de tal forma, que cuando las mujeres no cumplen con esa promesa y abusan de las drogas se produce

una mayor decepción, un rechazo del problema y se las estigmatiza. El hecho de ser mujer provoca más intolerancia y un sentimiento de traición.

El maltrato es un tema relevante en las familias disfuncionales. Con frecuencia las mujeres entrevistadas se refieren a episodios de distintos tipos de violencia, de carácter físico, psíquico y en menor medida sexual. El maltrato suele proceder del padre en forma de agresiones físicas que no siempre está causado por la toxicomanía de la hija sino como una forma cotidiana de comportamiento. Incluso la violencia física se ejerce sobre la madre y otros miembros de la familia, lo que hace pensar que en la dinámica familiar este tipo de violencia es una forma habitual de resolución de conflictos. Este modelo de comportamiento parece repetirse también el comportamiento de vida de la calle y con una consecuente asimilación del rol fuerte con que se confunde la progresiva definición de la identidad de género. Aquí es pertinente subrayar esta realidad que en la fase terapéutica y de rehabilitación debe realzarse y valorarse como un aspecto que caracteriza la feminidad de la mujer como paciente, y que ha ocupado un lugar activo en la fase de la toxicodependencia.

En relación a la pareja es frecuente que en todos los países aparezca que las mujeres se vinculan a una pareja toxicómana. Muy a menudo, el inicio a las drogas suele estar relacionado con la influencia de un compañero quien ha jugado un rol activo. También en ese aspecto las mujeres explican que han vivido escenas de maltrato físico, psicológico y de explotación cuando se hacía necesario y urgente conseguir una dosis. Con frecuencia, se lamentan de haber sido golpeadas, sometidas y chantajeadas psicológicamente por su pareja, confirmando que se reproduce un modelo de relaciones disfuncionales que perdura en el tiempo.

Para entrar en el tema relacionado con la dimensión de la maternidad la muestra la constituyen las mujeres que son madres. Muchas de las mujeres entrevistadas han mencionado a que la búsqueda de un hijo no había estado deseada ni programada en una situación afectiva estable. A menudo, el bebé ha constituido un problema más en una situación ya de por sí muy precaria, tanto personal como de pareja.

En general, para toda la muestra, la potestad de los hijos se otorga a la madre y en algunos casos a ambos progenitores con quienes vive el hijo. En Portugal, hay una situación un poco diferente dado que algunos de los hijos viven con los abuelos. Las mujeres entrevistadas no hacen referencia ni a problemas de salud física, ni a problemas de comportamiento de sus hijos.

El embarazo ha significado para las mujeres un periodo de gran carga emotiva y angustia. Ello ha sido sobretodo por el temor a parir un hijo con problemas de salud como consecuencia de su adicción a las drogas y de una conducta irregular. Debe tenerse en cuenta la enorme importancia de la función materna como elemento que contribuye a valorar la feminidad. Actualmente también supone la posibilidad de explotación en el proceso terapéutico y rehabilitador.

Muchas de las mujeres entrevistadas explican que no abandonaron el servicio de atención durante el embarazo, sobretodo por el temor a lo que podía ser de ellas o del bebé en el momento del parto. Algunas sí lo dejaron, sobretodo en la muestra italiana y francesa, quienes volvieron sin ninguna complicación en casi todos los casos. Es particular la situación española en que las mujeres se lamentan de insuficiencia y desorganización en la gestión del programa de desintoxicación con metadona. Los profesionales del servicio se refieren que no ha sido posible mantener un protocolo de intervención con esta sustancia.

En relación a la situación de necesidad experimentada durante el embarazo, de forma homogénea casi toda las mujeres de la muestra, tienen la necesidad de apoyo familiar. Aunque no siempre es a los padres a quienes se recurre para pedir ayuda, suelen ser ellos la figura que suele cumplir esa función, lo que significa para las mujeres volver a una situación previa al abandono de la vida paterna. Las mujeres asisten, por tanto, a un conflicto de ambivalencias, de tendencias opuestas creadas por su actitud de independencia, de transgresión y de ruptura con la familia, al tiempo que tienen la necesidad de volver a ella para que la apoyen en ese momento delicado de su historia.

DIMENSIÓN LEGAL

La mayor parte de las mujeres de la muestra, con independencia de los países de origen, han pasado por procesos penales en algún momento de su pasado o están pendientes de juicio. Las infracciones suelen ser por lo general poco graves, se han producido en el momento de procurarse la droga o casi siempre infracciones relacionadas con su condición de toxicómana, por actuar con imprudencia por la urgencia de procurarse la dosis diaria. Como ha puesto de relieve el colega español, las mujeres implicadas en actividades ilícitas juegan un papel secundario de apoyo a su compañero hombre, quien suele encargarse de actuar en el proceso del tráfico. Raramente y como consecuencia de la detención las mujeres han estado encarceladas, normalmente se han beneficiado de medidas alternativas y en los casos en que sí han estado encarceladas, nunca han superado la estancia de un año. En cada país las necesidades de apoyo económico y familiar son las más experimentadas mientras están en la cárcel. No son raros los comentarios de maltrato en el interior de la cárcel producidos por el personal carcelario de la institución.

DIMENSIÓN SANITARIA

En la presente investigación con el objetivo de indagar en el contacto con los profesionales sanitarios que han estado presentes en situaciones de emergencia consideran que los casos más frecuentes en mujeres toxicómanas son por sobredosis, intentos de suicidio o demanda de interrupción del embarazo.

Generalmente, algunas mujeres han vivido episodios de sobredosis en algunos momentos de su toxicodependencia. Con frecuencia el colapso se ha producido como consecuencia de la administración simultánea de más sustancias... Una vez recuperada la consciencia en el hospital ninguna de ellas ha aceptado el

consejo médico de permanecer durante un breve tiempo hospitalizada para una cura de recuperación de su estado físico. En esos casos la intervención de los profesionales médicos suele ser muy limitada y marcada por una desconfianza mutua.

En las discusiones con el grupo se han mencionado situaciones de discriminación hacia ellas que surgen por el temor a contraer enfermedades. Las mujeres se refieren a numerosos episodios en que se han sentido tratadas con indiferencia, mala educación y con un trato expeditivo que no es propio de una institución hospitalaria, así como numerosos casos de negligencia médica que ha llevado a un diagnóstico y tratamiento erróneos.

Las mujeres de la muestra mantienen que la estructura hospitalaria donde se han tratado no hay personal preparado para acoger casos como el de ellas. Una de las necesidades que ellas han experimentado es del apoyo psicológico y que muy raramente ha estado asumido por un personal sanitario competente.

Son numerosas las mujeres de la muestra que han decidido interrumpir su embarazo argumentando con frecuencia que su decisión viene dada por su imposibilidad de hacerse responsables de un bebé y por las condiciones de vida irregulares e incómodas en que se encuentran. Aunque la hospitalización que acompaña este evento ya implica una cierta discriminación muchas mujeres hacen referencia a un comportamiento de descuido y falta de sensibilidad por parte del personal médico y sanitario. También en esos casos el apoyo psicológico y familiar es una necesidad que termina en desilusión por parte de la mayoría de las mujeres de la muestra.

CONCLUSIONES

En base a cuanto emerge de los datos de esta investigación resulta útil focalizar la atención en algunos puntos. Apuntamos la importancia fundamental de trabajar en el interior de varios contextos con un objetivo preventivo donde se debe dar más valor a la dimensión femenina.

- En el ámbito de la educación se debe sensibilizar a los profesores hacia una mayor captación de comportamientos que suponen una primera alarma de que las mujeres derivan su conducta hacia un abandono de la escuela y se automarginan. Esto suele coincidir con un agravamiento en el abuso de sustancias.
- Se debe pensar en una intervención en la educación orientada a la prevención del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y a través de la práctica del consumo de drogas.
- En el aspecto terapéutico y de rehabilitación es necesario proponer intervenciones que tengan en debida consideración la rehabilitación de la función materna y la valorización de la dimensión femenina que ha pasado

por una etapa negativa durante el periodo en que las mujeres han estado bajo actividad toxicómana.

- Promover el trabajo social, terapéutico y jurídico para salvaguardar los derechos de las mujeres y de los menores.
- En el ámbito laboral debe incentivarse que la mujer esté insertada en un trabajo cómodo que favorezca que la mujer se inserte gradualmente en el proceso rehabilitador y también que contribuya a mantener el contacto directo entre los profesionales y los usuarios en esa fase tan delicada.
- Garantizar en el interior de la estructura hospitalaria, donde suelen llegar casos de emergencia un apoyo psicológico con personal competente que pueda ayudar a superar un momento marcado por la sobredosis, por la interrupción del embarazo o por un intento de suicidio. En esos momentos delicados pueden servir para orientar a las mujeres a integrarse a un programa terapéutico de rehabilitación.
- Dentro de un servicio de tratamiento es muy favorecedor que se produzcan encuentros entre mujeres toxicómanas que puedan intercambiar experiencias. De ahí pueden surgir nuevas ideas que ayuden en el trabajo de la institución, con sus opiniones y las necesidades que proceden directamente de las usuarias.
- Crear un espacio de trabajo con los familiares de las usuarias que les ayude a comprender el problema específico de sus hijas y que les ayude a superar la vergüenza e intolerancia que surge de la frustración de las expectativas puestas en ellas.

La incursión hacia el conocimiento de la identidad de género implica un planteamiento muy diverso de aspectos a tratar. Ello significa un desafío a los profesionales del servicio de tratamiento en captar la variedad de posibilidades diferenciales y ofrecer un servicio mucho más específico a la mujer toxicómana. En presente estudio europeo se propone como un punto de partida para distintas aproximaciones en que sea necesario comprender al otro y a partir de ello crear los criterios de tratamiento, también en la prevención, en la educación y en políticas sanitarias.

EVALUACIÓN

2.3 Evaluación de un programa específico para mujeres: 10 años de experiencia.

Pilar Blanco, médico psicoterapeuta coordinadora de investigación clínica de la Fundación Instituto Spiral. Madrid.

RESUMEN: El trabajo consta de 3 bloques fundamentalmente, por una parte se hace un breve repaso del programa terapéutico femenino, por otra se muestran los datos sociodemográficos y de consumo más significativos de forma global, así como un análisis comparativo de los tres periodos en que se ha dividido la muestra y, por último, se muestran los datos de un estudio de seguimiento realizado tras el alta.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa específico para mujeres drogodependientes llevado a cabo, a lo largo de 10 años de experiencia, en un centro residencial femenino.

Material y método: Se incluyen en el estudio los pacientes atendidas en el período comprendido entre el 29 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1999, filiados en la clasificación DSM-IV como trastorno por uso de sustancias, que hubieran recibido un tratamiento, de al menos 1 mes de duración, en régimen residencial. El instrumento de evaluación utilizado es el protocolo D.A.R.P.-m (drug abuse reporting programme) modificado, en sus formas A (cuestionarios cumplimentados por profesionales) y B (cuestionarios para cumplimentar el interesado y su familia). El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS para Windows versión 9.0

Resultados: Del análisis comparativo de los tres periodos en los que hemos dividido la muestra, lo más significativo ha sido lo siguiente: aumento de la edad de las mujeres tratadas, una mayor antigüedad en el consumo de drogas, un mayor nº de tratamientos realizados antes de su ingreso en nuestro centro y, una disminución de la heroína como droga única principal motivo del tratamiento, con un aumento de la cocaína y del alcohol.

En el estudio de seguimiento encontramos una relación directamente proporcional entre tiempo de estancia, tipo de alta y situación. Más concretamente, la situación de las mujeres resulta tanto más favorable cuanto más tiempo hayan permanecido en tratamiento y si su alta sobrevino por motivos terapéuticos. Respecto a los resultados a lo largo de los años no encontramos diferencias significativas.

Palabras clave: Mujer, Drogas, Adicción y Tratamiento

INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes Instituto Spiral ha conferido una especial importancia al problema de la mujer drogodependiente. Dado que el colectivo de varones adictos casi quintuplica al de mujeres, la situación de ésta dentro del espacio asistencial ha sido precario ya que solían ser dispositivos funcionalmente connotados por el predominio masculino. No es que - como se ha dicho - sean

centros *para varones*, sino que el enorme predominio de éstos hace que intrínsecamente y sobre todo en sus planos horizontales (interrelación de usuarios) vengán determinados por el estilo que aquellos marcan.

Convencidos de lo oportuno que era crear una estructura de atención específica para mujeres, pusimos en marcha todos nuestros esfuerzos técnicos y materiales al servicio de un programa terapéutico a la sazón adaptado al nuevo contexto. Como es lógico, antes que nada se hizo un trabajo previo de búsqueda de experiencias análogas, bibliografía, referencias y demás información al objeto de preparar bien el programa aunque, por las características del mismo, no eran del todo aplicables.

En 1.990 se inauguró la C.T. femenina de Instituto Spiral en Peón (Asturias) Los comienzos resultaron algo difíciles, sobre todo por la falta de usuarias, debido en parte al desconocimiento general del dispositivo y a que la proporción de mujeres en programas de rehabilitación residencial es todavía menor que la relación numérica respecto a los varones, si ésta es de 4 ó 5 varones por cada mujer, la relación de *pacientes* mujeres respecto a hombres es de 7 - 8 varones por cada mujer.

La referida ausencia de precedentes nos hizo aplicar el programa que desarrollábamos en centros mixtos con ciertos matices y modificaciones además de algunas innovaciones que fueron cobrando cuerpo propio hasta la actualidad en que se dispone de un programa autóctono. Lo que más nos llamó la atención desde los primeros meses de andadura fueron las sensibles diferencias macro y microgrupales respecto a los centros de varones, que nos obligaban a mostrar un talante distinto y adecuado a la nueva situación, rompiendo la natural inercia de los equipos a mantener actitudes válidas en el otro contexto pero poco eficaces en la C.T. femenina.

Las principales peculiaridades de la C.T. femenina eran, entre otras muchas, la menor tradición gregaria de las mujeres drogodependientes, con un estilo de relacionarse menos grupal, con menor sentimiento de pertenencia a un grupo, costándoles inicialmente un considerable trabajo funcionar grupalmente, sobre todo en los aspectos normativos; eso sí, una vez que se logra - tras denodados esfuerzos - constituir el grupo de mujeres, se evidencia éste fuertemente cohesionado y con lazos afectivos de amistad que perduran incluso después de superado el programa.

Otra característica es la diferente manifestación de emociones y sentimientos que se exteriorizan con mayor facilidad en la mujer. Por contra el hombre parece más normativo y asume mejor las pautas y medidas reglamentarias y funcionales del centro, en tanto que la mujer drogodependiente necesita que se le expliquen y argumenten más las cosas.

Quizá la peculiaridad más importante sea la bidependencia, o doble dependencia, de la droga y de la(s) figura(s) protectora(s)

¿Por qué un tratamiento específico?

- ✓ El índice de mujeres que *solicita tratamiento* es inferior al de hombres en tanto que el *fracaso terapéutico* es superior en la mujer (este porcentaje se invierte en el programa específico)
- ✓ Cuando la mujer presenta *secuelas o antecedentes* de malos tratos, o la tríada depresión, sentimiento de soledad e ínfima autoestima la presencia de varones dificultaría el abordaje.
- ✓ Si una mujer (o un hombre) tienen antecedentes de *codependencia o bidependencia* existen más posibilidades de repetir dicho comportamiento en centros mixtos.
- ✓ La mujer necesita sentirse cómoda y relajada en el tratamiento. En un centro "sólo mujeres" se puede expresar con *mayor desinhibición y espontaneidad*, pudiéndose acceder a planos íntimos con mayor tranquilidad, sin el freno psicológico que representa el grupo mixto.
- ✓ Por fin, en centros mixtos se producen bastantes altas o fracasos terapéuticos por la *formación de parejas no autorizadas*. El problema es que ambos desvían la atención desde su recuperación hacia la relación, lo que suele conducir al abandono y - por lo común - ulterior recaída

REFLEXIONES RESPECTO AL PROGRAMA TERAPÉUTICO FEMENINO

A. Respecto a las Actividades:

A la hora de efectuar psicoterapia, se deberán tener en cuenta los rasgos de personalidad diferenciadores sobre todo en lo relativo a:

- Minusvaloración de sus capacidades por lo que es importante trabajar la autoestima desde el principio del tratamiento.
- Estilo de relacionarse menos "grupál", más emocional, en ocasiones buscando antes la atracción individual del hombre o mujer que el autoafianzamiento dentro del grupo.
- Mayor desvitalización y aparición frecuente de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos.
- Menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y de independencia a la hora de tomar decisiones. En muchas ocasiones la mujer vive sintiéndose inferior. Esta situación las lleva a estar bajo la "tutela" o cuidado de otros, no importa la edad que tengan, piensan que van a equivocarse si deciden por ellas mismas.

Por lo que se deben incluir actividades específicas enfocadas a la reestructuración afectiva y expresión adecuada de emociones, y que propicien la adquisición de una autonomía personal.

B. Asunción de responsabilidades:

Cuando se asignan tareas y responsabilidades a las mujeres, éstas, al contrario que los chicos, las sobrellevan no como un reto personal, sino como una pesada carga que soportar y la asunción de las mismas la perciben como un riesgo.

C. Diferencias en el estilo terapéutico

Exige un estilo terapéutico diferente donde la comunicación es muy importante, pues a las mujeres les cuesta más opinar, en ocasiones por falta de hábito; así mismo las chicas reaccionan con rebeldía claramente manifiesta ante las actitudes rígidas y tajantes por lo que se debe de huir de posturas enérgicas y tajantes

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA TERAPÉUTICO

I. Principios y objetivos terapéuticos

Un programa no es un mero compendio de técnicas. Supone un entramado de principios teóricos, objetivos prácticos, intervenciones a diversos niveles y de mecanismos de evaluación tanto clínicos como de calidad y recursos.

El modelo Spiral tiene, por un lado: características estructural-integradoras en cuanto pretende incidir sobre las microestructuras (del sujeto, familiares y si es posible en personas significativas de su entorno), macroestructuras (intervención comunitaria) e integradoras, ya que el objetivo final no es sólo la curación, sino la curación en armonía con el medio y si es posible plenamente integrado en él. La dialéctica del modelo es que los múltiples procesos terapéuticos (individual, grupal, familiar, multifamiliar) que cada sujeto y familiares van experimentando sean sincrónicos, coordinados y sobre todo sinérgicos de manera que el continuum terapéutico se asegure como una sumación de diversos frentes de intervención (del sujeto en el centro, terapia familiar, intervención comunitaria, psicoterapia, socioterapia, formación cultural, etc.) lo que conduce a una progresión globalizadora tendente a la reincorporación social plena.

Este modelo estructural-integrador no significa necesariamente que parta de hipótesis culturalistas ("el medio, la sociedad tiene la culpa") ni biologicistas ("existe una predisposición personal") sino que abstrae cualquier interpretación etiológica (lo que no significa que no se tengan en cuenta los factores causales) para, en pro de la practicidad, aplicar un modelo fresco, actual, completo y con posibilidades de crecimiento y adaptación a la rápida evolución social, de

manera que se evitan planteamientos contundentes, monolíticos o monofocales, como podrían ser todos aquellos adscritos a una escuela o modo de interpretar la realidad que en tan complejo marco como el de las adicciones resulta en extremo difícil de referenciar. Así el modelo Spiral se caracterizaría por ser:

INTEGRADOR Y ECLÉCTICO: Integrador de fondo y ecléctico en la forma, pues la complejidad del propio fenómeno obliga a plantearse intervenciones multiaxiales.

DIALÉCTICO : El programa es un corpus en evolución dinámica, no mecánica. Cambia en función de la sensibilidad que mantiene respecto a la aparición de nuevos perfiles y necesidades en la población atendida.

SECUENCIADO : Existe un aspecto fundamental que va a gravar el proceso terapéutico de la adicta, *la preparación para la consciencia*. Debido a ello, si bien el fin último es la curación, existe una secuencia delicada de etapas a tener en cuenta al objeto de que el proceso se desarrolle congruentemente. n atendida.

REESTRUCTURADOR : El caos total en que cae la adicta se produce tanto a nivel psicológico como relacional y vital. La *disciplina terapéutica* viene a convertirse así no sólo en instrumento necesario en la clínica sino en un fin en sí mismo. El programa aspira a conseguir que la paciente se apropie del metaaprendizaje de la disciplina como principio vital, reorganizador y reintegrador.

RESPONSABILIZACIÓN DEL PACIENTE: Si todas las decisiones las tomaran los profesionales aparecería la *pasividad*, que degeneraría (tan cercana a la dependencia) y, al final, llegaría el *fracaso*.

IMPORTANCIA DEL ESTILO: A iguales elementos, programa y profesionales no corresponden idénticos resultados. El estilo surge del equilibrio entre normalización, presión grupal, co - gestión, clima acogedor, carisma terapéutico, espíritu crítico y capacidad de iniciativa.

BUSCA LA CURACIÓN: Aunque la reestructuración precede a la curación, no son fenómenos estancos y aislados y más bien suponen un continuum desde el inicio del proceso terapéutico.

II. Ficha del programa terapéutico femenino

- 1. Duración del programa:** entre los 12 y 18 meses, siendo la media 14 meses.
- 2. Descripción abreviada del programa**

- ♦ 1er ciclo (*integración funcional*) entre 2 y 3 meses, consta de una primera etapa de acogida, que dura entre 5 y 15 días, donde la recién ingresada es recibida y ayudada por los responsables terapeutas, y los propios residentes, procurándole hacer más fácil y grata su adaptación a la rutina básica del programa (horarios, ritmos, actividades, etc.) Pasado este tiempo se entra en la denominada etapa de seguimiento, que sirve para, una vez conocido el funcionamiento del centro comprender y vivenciar mejor las actitudes sin solución de continuidad entre la acogida y el discurrir de cada persona por el la C.T. En el caso de las mujeres se hace especialmente cuidadosa esta subetapa. Por fin se entra de pleno en las actividades terapéuticas del programa, procurando cubrir los objetivos de este primer. La terapia familiar va siguiendo un curso paralelo y coordinado con el devenir en la C.T.
- ♦ 2º ciclo (*maduración*) entre 4 y 9 meses, se realiza en el mismo centro aunque en régimen semiabierto, con salidas programadas a casa y estancias intermitentes de 7 días en el piso de reinserción para ir efectuando trabajo sobre áreas básicas y afrontar más decididamente el plano de la dependencia (y bidependencia), de los estímulos condicionados, autoestima, etc., todo ello bajo la tutela de educadores, psicólogos y trabajador social que coordinan los frentes abierto y cerrado junto con la terapia familiar que a este nivel efectúa una inflexión de manera que se adecuen al estado real de la paciente, sin rémoras del pasado y con los ajustes precisos para un nuevo marco convivencial.
- ♦ 3er ciclo (*((re)integración social)*) entre 2 y 6 meses (media 4 meses), que se efectúa en un piso tutelado y ocasionalmente en el seno familiar o de otra familia responsable. Suele durar entre 2 y 6 meses (media de 3 meses). Sirve para implementar de manera decidida lo anteriormente aprehendido, desarrollando aspectos psicosociales relacionados con su devenir inmediato, objetivos pragmáticos de futuro y proyecto de vida, donde se combine la autonomía con la incorporación social.

2. Régimen de convivencia: centro específicamente femenino y residencial

3. Modo asistencial: El programa terapéutico femenino se realiza en dos estructuras diferentes:

- Centro residencial cerrado (1º y 2º ciclo o etapa)
- Centro residencial abierto (3º ciclo o etapa)

4. Equipo técnico básico: Es casi específicamente femenino, propiciando el crecimiento terapéutico al tratarse de un medio homogéneo donde se comparten problemas afines y se hace inexcusable la asunción de responsabilidades y la elucidación autónoma e independiente de objetivos. El equipo está constituido por psiquiatra, médico, psicólogos, trabajador social y educadores.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Dentro de la evaluación de resultados, el seguimiento postterapéutico es imprescindible si se pretende evaluar la intervención. Todavía hay pocos trabajos de esta naturaleza, sobre todo los seguimientos a largo plazo, quizá debido a la complejidad metodológica y los recursos que deben movilizarse para llevar a cabo estudios diacrónicos dilatados en el tiempo.

El objetivo fundamental del presente trabajo es evaluar la eficacia de un programa específico para mujeres drogodependientes llevado a cabo, a lo largo de 10 años de experiencia, en un centro residencial femenino.

Objetivos

El objetivo fundamental del presente trabajo es evaluar la eficacia de un programa amplio específico para mujeres drogodependientes llevado a cabo, a lo largo de 10 años de experiencia, en un centro residencial femenino a corto, medio y largo plazo, y entendiendo como programa amplio aquellos que cumplen los siguientes requisitos:

- que tengan carácter biopsicosocial
- que la intervención sea multifrontal (psicológica, familiar, socioambiental)
- que comprenda un horario extenso de tratamiento
- que la duración temporal del programa sea prolongada (entre 3 y 18 meses de tratamiento).

Otros objetivos del estudio son:

- evaluar la influencia específica de cada una de las áreas (subescalas) en la situación global en el momento evolutivo del sujeto
- identificar factores concurrentes y diferenciales de recaída en cada ámbito para elaborar la posible intervención (prevención de recaídas por ejemplo) e identificar (si los hay) elementos diferenciadores de género

Método y Material

Se incluyen en el estudio los pacientes atendidos el período comprendido entre el 29 de enero de 1990 y el 31 de diciembre de 1999, filiados en la clasificación DSM-IV como trastorno por uso de sustancias, que hubieran recibido un tratamiento, de al menos 1 mes de duración, en régimen residencial. De las 643 mujeres atendidas se ha escogido una muestra de 161 las cuales cumplían los requisitos requeridos: tener perfectamente cumplimentada su historia clínica, permitiéndonos recoger todos los datos necesarios para el estudio, y que hubiesen cumplimentado adecuadamente el

protocolo evaluativo. La fórmula de aplicación evaluativa ha seguido tres procedimientos: 1º entrevista directa técnico-sujeto aprovechando además para recoger muestras de orina y hacer determinación de metabolitos de drogas (en nuestro caso mediante técnicas de inmunofluorescencia), 2º entrevistas telefónicas técnico-paciente/ técnico-paciente y 3º cuestionarios postales remitidos por duplicado para la familia y el paciente.

El instrumento de evaluación utilizado es el protocolo D.A.R.P.-m (drug abuse reporting programme) modificado, en sus formas A (cuestionarios cumplimentados por profesionales) y B (cuestionarios para cumplimentar el interesado y su familia). Dicho protocolo ampliado y adaptado al ámbito español fue validado en 1985 por Carlos Sirvent a partir de la forma reducida empleada por Simpson, Savage y Lloyd en los años setenta. El protocolo consta de 25 ítems, de los cuales 21 son cerrados y 4 abiertos. Cada ítem cerrado tiene una puntuación parcial ponderada que cuantifica la situación del sujeto parcial y globalmente mediante tres subescalas denominadas adictiva, psicológica y sociofamiliar. Todas ellas sumadas dan una puntuación final que determina la situación del sujeto.

La subescala denominada sociofamiliar explora lo siguiente:

- 1) Relaciones familiares
- 2) Conflictividad familiar
- 3) Colaboración de familiares y allegados,
- 4) Naturaleza de su residencia actual,
- 5) Ambiente que frecuenta,
- 6) Personas con que convive,
- 7) Pareja o compañera,
- 8) Ámbitos laboral y/o escolar
- 9) Hábitos y régimen de vida

La subescala psicológica recoge los siguientes aspectos:

- 1) Vitalidad/ motivación,
- 2) Grado de madurez y autoconfianza,
- 3) Habilidades y capacidad para enfrentar situaciones
- 4) Estabilidad afectivo-emocional, hedonismo y consumismo,
- 5) Inmediatez y tolerancia a las frustraciones,
- 6) Conducta
- 7) Grado de sinceridad y mixtificación.

La subescala adictiva explora los siguientes factores:

- 1) Magnitud del consumo de sustancias
- 2) Calidad del consumo
- 3) Abstinencia
- 4) Perfil de consumo

5) Adictofilia.

La escala DARP original era poco discriminativa ya que solo diferenciaba situaciones favorable y desfavorable, la escala DARP –m tiene mayor número de posibilidades y –en consecuencia- de ajustar el diagnóstico y la ulterior intervención en el área, ámbito e incluso factor más deficiente. Cada subescala contiene unas puntuaciones que –en orden creciente- determina cuatro niveles situacionales según sea la puntuación parcial. La situación global o general se obtiene sumando las parciales. Así, cuanto más baja sea la puntuación, mejor será la situación.

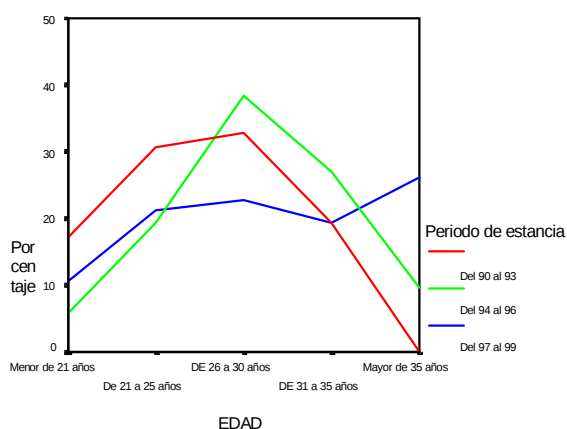
- La situación óptima (0 a 9 puntos en los totales) es la mejor posible y empíricamente equivale a escaso o remoto riesgo de recaída.
- La situación favorable (10 a 18 puntos totales) abunda en que el sujeto se mantiene bien pero, puede tener algún área (subescala) desajustada. Empíricamente equivale a baja situación de riesgo.
- Situación limítrofe (19 a 22 puntos totales) equivale a estar en situación de alto riesgo aunque aún no se ha producido la recaída, o bien no tiene riesgo de recaída inmediato pero una de las demás áreas (por ejemplo sociofamiliar) está abiertamente deficitaria.
- Por fin, situación desfavorable (23 puntos ó más) significa situación de recaída presente.

El análisis estadístico se realiza mediante el programa SPSS para Windows versión 9.0 empleando el cruce de variables la prueba del Chi cuadrado, la prueba de T. De Student y los coeficientes de correlación de Pearson y Spearman

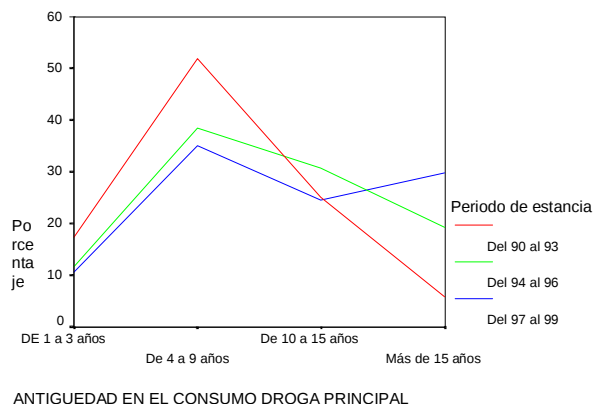
Análisis comparativo

Se realiza un estudio longitudinal con una muestra de 161 mujeres divididas en tres grupos según su periodo de estancia: De Enero de 1990 a Diciembre de 1993: N=52, de Enero de 1994 a Diciembre de 1996: N=52 y de Enero de 1997 a Diciembre de 1999: N=57

Del análisis comparativo de los tres periodos en los que hemos dividido la muestra las cuestiones más significativas observadas han sido las siguientes: aumento de la edad de las mujeres tratadas, pasando de un 25,6 años de



Gráfica nº 1

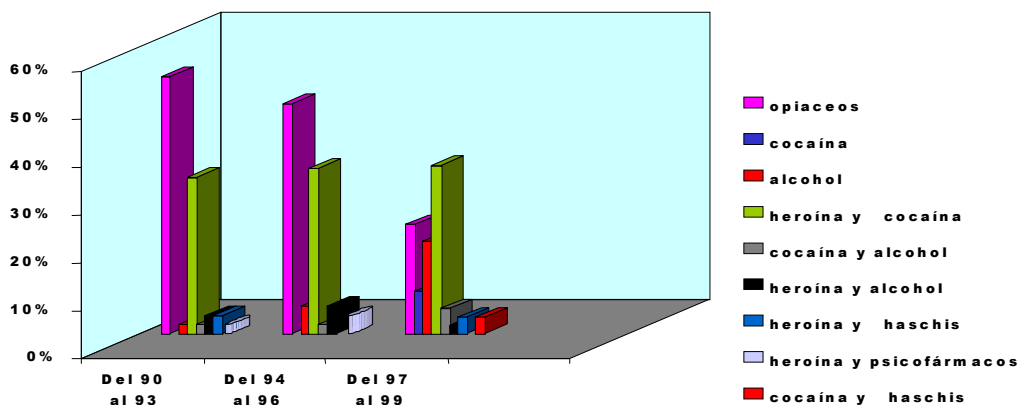


Gráfica nº 2

media en el periodo 90-93 a 29,6 años de media en el periodo 97-99 (gráfica nº 1), una mayor antigüedad en el consumo de drogas, pasando de 9 años de media en el 1º periodo a 12 años de media en el último periodo (gráfica nº 2), un mayor nº de tratamientos realizados antes del ingreso y una disminución de la heroína como droga única principal motivo del tratamiento en paralelo al aumento de la cocaína y del alcohol (gráfica nº 3).

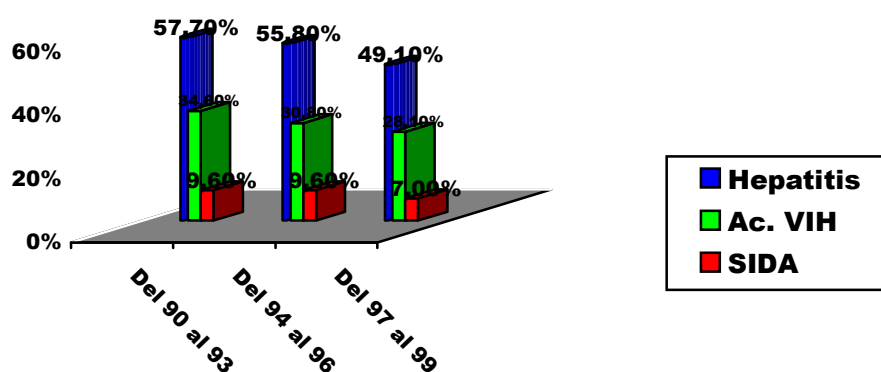
DROGA PRINCIPAL MOTIVO DEL TRATAMIENTO

Gráfica nº 3



También, y motivado en parte por el miedo al contagio de enfermedades como el sida y/o la hepatitis, y en parte marcada por el aumento del consumo de otras drogas como la cocaína, se ha observado un cambio en las vías de administración que, actualmente, son mayoritariamente no parenterales. La vía más prevalente de consumo de la droga principal a principios de los 90 fue la vía parenteral, un 61,5%, mientras que a finales de esta misma década

solamente el 14 % utilizaban la v.i.v. A ese cambio en la vía de administración al que antes aludíamos se deba posiblemente el que nos encontremos con un descenso de enfermedades infecciosas. Según los estudios de 1999 desarrollados por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas España es el país europeo donde la epidemia de sida relacionada con el consumo de drogas por vía parenteral ha sido más intensa. Actualmente, España tiene la mayor tasa de incidencia de Sida de este origen de Europa. La proporción de consumidores de drogas por vía parenteral infectados por el VIH continúa siendo muy alta. Sin embargo, parece que la proporción de consumidores de heroína que están infectados por el virus del sida ha descendido en los últimos años. Muy probablemente este descenso se debe principalmente al descenso de la proporción de consumidores de heroína que se inyectan, pues en España existe ya una proporción importante de consumidores de heroína que nunca se han inyectado drogas o que, aunque se hayan inyectado, actualmente ya no lo hacen. Otra de las enfermedades asociadas es la hepatitis, aunque en nuestro estudio también se observa un descenso en el porcentaje de infectados por el virus de la hepatitis B o C (Gráfica nº 4)



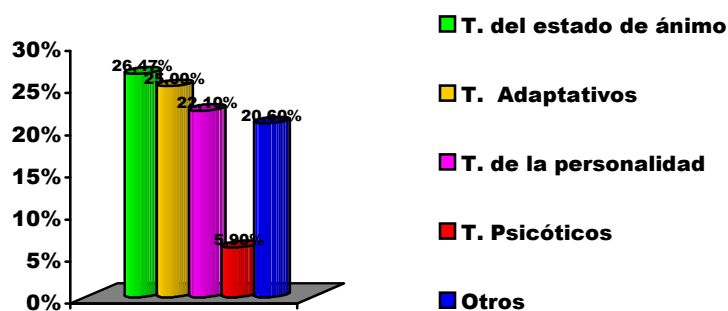
ANTECEDENTES DE HEPATITIS Y SIDA
Gráfica nº 4

Mención especial merecen los trastornos psicopatológicos asociados al consumo de drogas. Diferentes estudios epidemiológicos y clínicos han demostrado una elevada comorbilidad entre los trastornos relacionados con el abuso de drogas y otros trastornos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de personalidad y los trastornos psicóticos. En un estudio epidemiológico realizado sobre patología dual por el Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health (ECA) en Estados Unidos sobre 20.291 individuos revela que:

- La tasa de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias fue del 29% con una odds ratio de 2,7 (es decir, que su probabilidad de padecer un trastorno por abuso de sustancias era 2,7 veces superior a la población sin trastorno mental)
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de alcohol asociado a cualquier tipo de trastorno mental fue del 36,6%

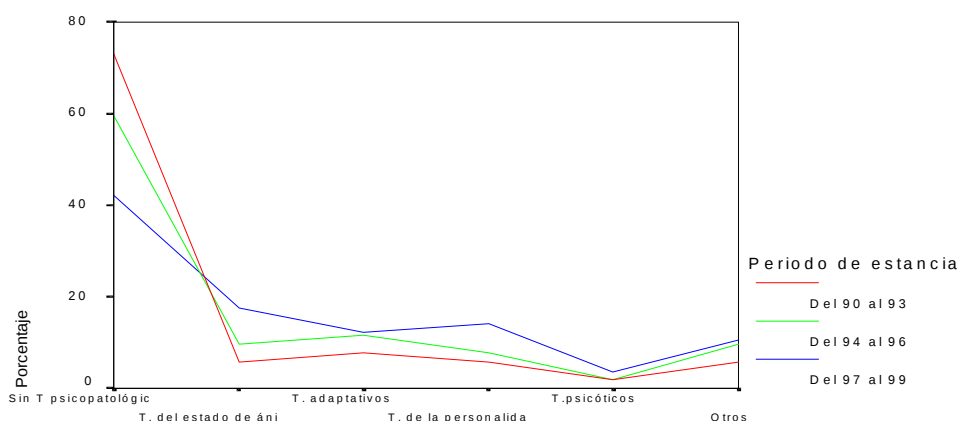
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53,1%.
- En lo que respecto a trastornos psicopatológicos específicos, sus tasas de comorbilidad con algún trastorno por uso de sustancias, al menos alguna vez en su vida, fueron en la esquizofrenia del 47%, en los trastornos de ansiedad del 23,7%, en los trastornos del pánico del 35,8%, en los trastornos obsesivos compulsivos del 32,8%, en los trastornos afectivos del 32% y en el trastorno antisocial de personalidad de hasta un 83,6%.

En lo que se refiere a la población española es difícil presentar datos unificados pues las escasas publicaciones de trabajos a este respecto parten de diversas fuentes con situaciones metodológicas distintas. En el presente estudio, de las 161 mujeres, un 48% presentaban trastornos psicopatológicos, de estas, el 26,5% trastornos del estado de ánimo, 26% trastornos adaptativos, 22% trastornos de la personalidad y casi un 6% trastornos psicóticos (gráfica nº 5).



TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS
Gráfica nº 5

Al comparar los 3 periodos en que se dividió la muestra, se puede observar un claro incremento de esta patología a lo largo de los años, así pues mientras en el periodo 90-93 eran un 26,9 % las personas que padecían estos trastornos,



TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS Y PERIODO DE ESTANCIA

Gráfica nº 6

en el último periodo el porcentaje ascendió al 57,9% (gráfica nº 6). Esto no es de extrañar pues, según un informe sobre la salud mental en 2001 presentado por la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas se verá afectada por alguna enfermedad mental o neurológica a lo largo de su vida. Como es lógico este incremento de las enfermedades mentales también afecta a la población toxicómana.

Correlaciones

		Período de estancia	Trastornos psicopatológicos
Período de estancia:	Correlación de Pearson		
	Sig. (bilateral)		
	N		
Período de estancia:	Correlación de Pearson	.258**	
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	161	

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CORRELACIÓN TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS Y PERIODO DE ESTANCIA
TABLA I

Resultados DARP_M

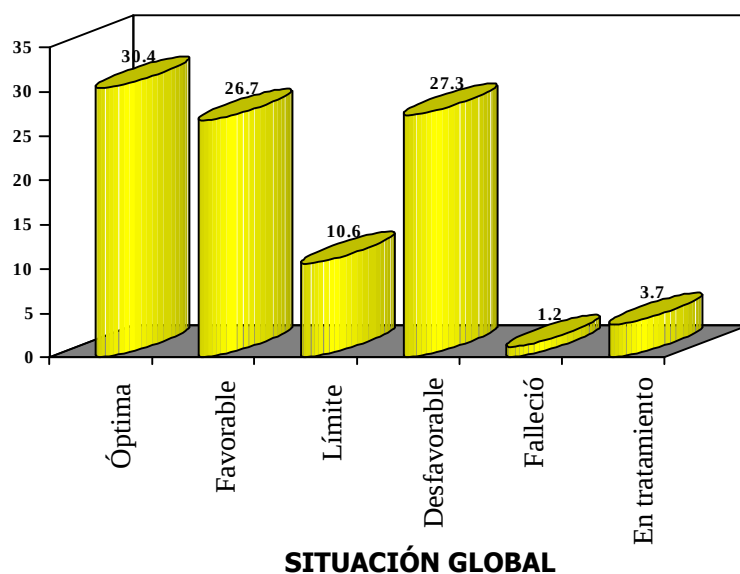
De las 161 mujeres a las que se les aplicó el protocolo DARP – m, 108 habían causado alta terapéutica, 44 alta voluntaria, 7 fueron expulsadas y 2 causaron alta médica (tabla II), siendo el tiempo medio total de estancia de casi 9 meses (8,7), oscilando entre 1 y 17 meses (tabla III). Cabe señalar que más del 50% de los sujetos estudiados había finalizado el programa hacía más de 3 años.

Incidencia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alta Terapéutica	108	67.1	67.1	67.1
Alta Voluntaria	44	27.3	27.3	94.4
Alta Forzosa	2	1.2	1.2	95.7
Expulsión	7	4.3	4.3	100.0
Total	161	100.0	100.0	

Tabla II

Estadísticos		
Días de estancia		
N	Válidos	161
	Perdidos	0
Media		261.47
Moda		184
Mínimo		30
Máximo		525
Suma		42097

Tabla III



Gráfica nº 7

Como se puede ver en la gráfica nº 7 el 57, 1 % de las mujeres del presente estudio se encontraban en una situación global óptima o favorable, lo cual, como ya se hacía referencia con en párrafos anteriores, equivale empíricamente a una escasa o baja situación de riesgo de recaída

Respecto a los resultados a lo largo de los años, si bien no encontramos diferencias significativas, sí aparece una relación directamente proporcional entre tiempo de estancia, tipo de alta y situación personal (tabla 3). Más concretamente, la situación de las mujeres resulta tanto más favorable cuanto más tiempo hayan permanecido en tratamiento y si su alta sobrevino por motivos terapéuticos. Esto se observa especialmente a partir de los seis meses de tratamiento (de hecho, el porcentaje se multiplica casi por cinco pasando de un 14% de altas terapéuticas entre tres a seis meses a un 73,3% en la categoría de 6 a 9 meses de estancia para incrementarse hasta el 95,6% de altas terapéuticas en pacientes de más de un año de tratamiento).

Como dato curioso hay que señalar que existen porcentajes considerables de pacientes que, sin permanecer tiempo suficiente en el programa como para lograr una reestructuración psicológica profunda, disfrutaban de situaciones tanto óptimas como favorables.

Correlaciones		SITUACIÓN GLOBAL	Período de estancia	Incidencia	Tiempo transcurrido tras el alta	Días de estancia
SITUACIÓN GLOBAL	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N					
Período de estancia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.078 .324 161				
Incidencia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.320** .000 161	.040 .614 161			
Tiempo transcurrido tras el alta	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	.065 .411 161	-.803** .000 161	.080 .312 161		
Días de estancia	Correlación de Pearson Sig. (bilateral) N	-.379** .000 161	-.197* .012 161	-.650** .000 161	-.016 .839 161	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CORRELACIONES SITUACIÓN GLOBAL, PERIODO DE ESTANCIA, TIPO DE ALTA TIEMPO
TRANSCURRIDO TRAS EL ALTA Y TIEMPO DE ESTANCIA
TABLA IV

CONCLUSIONES

- El objetivo fundamental del trabajo era valorar la eficacia de un programa específico para mujeres drogodependientes, observándose que casi un 70 % de las mujeres finalizaron el programa y, de estas, el 73% están en situación óptima o favorable, comprobando así la eficacia del tratamiento. Cabe advertir que el 54% del estudio llevaban más de 3 años de alta, y el 84% de la muestra hacía más de un año que obtuvieron dicho alta.
- Se confirma la eficacia de los tratamientos prolongados y extensos, comprobándose una relación directa entre tiempo de estancia y situación óptima o favorable del sujeto, especialmente a partir de los seis meses de tratamiento.
- La variable alta terapéutica también mejora el pronóstico existiendo una relación directamente proporcional entre situación global del sujeto y altas terapéuticas,. Como es lógico, sucede lo contrario con las altas voluntarias ya que el 81,4% de abandonos en la franja 3 – 6 meses se reduce drásticamente hasta un 23,8% en la correspondiente a los 6 – 9 meses para llegar al 4,4% de altas voluntarias en pacientes que llevan más de un año en el programa terapéutico.

Bibliografía:

Alison Bishop. (1994). La mujer y la adicción al alcohol, en *Addictus*, año 1, núm. 1, Cuernavaca, Morelos, marzo-abril de, pp. 23-26.

Anderson, D.J. (1981). *Perspectives on treatment*. Hazelden Foundation: USA.

Bergeret, J.(1982). *Toxicomanie et personnalité*, ed. PUF.

Bissel, L. y Royce, J. (1987). Ethics for addiction professionals. Hazelden Foundation: USA.

Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. International Journal of the Addictions, 25 (9A- 1 OA), 1085-1140.

Cirillo, S.; Berrini, R.; Cambiaso, G.; Mazza, R.(1996) La famiglia del tossicodipendente, Cortina Editore, Milano.

Deutch, H. (1925). The psychology of women in relation to the function of reproduction. International Journal of Psycho-Analysis, 6, p. 405.

Diez M., Caballero L. y Muñoz P.E. (1998). Estudio descriptivo de los Drogodependientes que iniciaron tratamiento en los Centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86 en Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Dweck Carol. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. Journal of Personality and Social Psychology. Pag. 441 - 452.

Ey Hary.(1978). Traité de Psychiatrie. Masson. Paris.

Gomberg, E.S. Lisansky, J.M. (1984). Antecedents of alcohol problems in women. New York : The Guilford Press,

Harb, J.J.J. (1986). El drogadicto y su familia. Psicopatología, 6 (4), 364-368.

Hospital psiquiátrico de Zamudio.(1999).Taller sobre patología dual.

Hyde Janet. (1995). Psicología de la mujer. Ed. Morata. Madrid.

Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. British Journal of Addiction, 86, 727-744

KORT, ELKE (1998). Modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. Revista de Trabajo Social, 22:52-57. Universidad Nacional Autónoma De México (UNAM): México.

Lips Hillary. (1989). Gender - role socialization: Lessons in femininity. Moratin Wiew C.A. Mayfield.

Llopis Llacer, J.J. (1997): " Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia." Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol., pp 363-398. Madrid 1998.

Mayor Martínez, L.; Cano Pérez, L.; López Camps, R.(1999). De la exclusión a la complementariedad: una perspectiva psicológica del tratamiento de las drogodependencias. revista información psicológica (70): 22-26, 14 ref.

Merino Fernández, R.; Claro Gómez, J. (1990). Sucesos vitales y alcoholismo femenino. Anales de Psiquiatría 6 : 35-45

Moore Henvieffa. (1991). Antropología y feminismo. Ediciones Cátedra. Madrid.

National Institutes on Drug Abuse. (1996). Métodos de tratamiento para la mujer 12964.

Ormer Sherry. (1984). Theory in anthropology since the sixties. Comparative studios in Society and history.

Ortner Sherry and Whit Rhead(1981). Introduction: accounting for sexual meanings". Sexual Meanings Cambridge University Press.

Ortner Sherry. (1974). Is Jenale to male as natura is to culture? en M. Rosaldo y L. Lamphere (eds). Standford University Press.

Plan Nacional sobre Drogas. Memoria 1999.

Powel, D.J. (1993). Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling. Lexington Books: New York.

Sánchez Hervás, E; Tomás Gradolí, V. (1996) Prevalencia de trastornos de personalidad en una muestra de dependientes a opiáceos.

Sirvent Ruiz Carlos. (1990). Programa Terapéutico Femenino. Fundación Instituto Spiral.

Sirvent Ruiz, Carlos. (1998). Breve historia significativa de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en España.

Sirvent Ruiz, Carlos. (1998). Cuerpo e Identidad Femenina. Seminario Internacional sobre la Mujer Toxicómana. Santarém (Portugal).

Sirvent Ruiz, Carlos. (1995). La Mujer Drogodependiente. Fundación Instituto Spiral e Instituto de la Mujer. Madrid.

Stocco, P. (1998). Identidad femenina, entre el riesgo y la protección. Adicciones, Vol. 10, nº 2.

Swan, N. (1998). Innovative treatment helps traumatized drug-abusing women. En, *NIDA Notes*, Vol. 13, Nº 2.

PRIMERA PARTE: PONENCIAS

3. CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

3.1 Introducción: "Sentido de la Psicopatología".

Carmelo Monedero, catedrático de psicopatología de la Universidad Autónoma de Madrid

3.2 Clínica de la mujer alcohólica.

Mercedes López, profesora colaboradora de la Universidad de Comillas. Madrid.

3.3 Clínica de la mujer ludópata.

Jesús Ramos, psiquiatra del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

3.4 Clínica de la mujer con trastornos alimentarios.

Benito Peral, profesor de psicopatología de la Universidad de Comillas. Madrid.

3.5 Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de actitudes

Juan José Llopis. D^a Montse Rebollida. Irefrea España.

3.6 Clínica de la mujer adicta a cocaína y otros psicoestimulantes.

Luis Caballero, psiquiatra del Hospital Puerta de Hierro. Madrid.

3.7 Dependencias relacionales: codependencia, bidependencia, adicción afectiva.

Carlos Sirvent, psiquiatra de Fundación Instituto Spiral. Oviedo.

3. CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA (I)

3.1. Introducción: "Sentido de la Psicopatología".

Carmelo Monedero, catedrático de psicopatología de la Universidad Autónoma de Madrid.

La Psicopatología nació como una ciencia dedicada al estudio de aquellas manifestaciones psicológicas que debían ser consideradas patológicas o anormales. Participaba de la psicología en tanto que compartía con ella su objeto de estudio, pero a diferencia de aquella, que estudiaba la psique normal, ella se ocupaba de la enferma. Participaba también de la psiquiatría, pues fueron los médicos psiquiatras los que se vieron obligados a hacer un análisis de los síntomas psíquicos con la finalidad de diagnosticar las enfermedades mentales que preconizaban. Cubriendo la distancia que separaba la psicología y la psiquiatría, y a caballo entre los prejuicios de ambas, la Psicopatología ha venido cumpliendo su penosa misión.

Todos los intentos de hacer de la Psicopatología una ciencia independiente han fracasado. Por su dependencia de la psicología empírica se ha visto implicada en un azaroso cambio de objeto y métodos de estudio. La psicología se independiza de la filosofía a finales del siglo XIX con la pretensión de adquirir el mismo rango científico de las ciencias positivas. Mientras esta psicología tomó como objeto de estudio lo psíquico, parecía adaptarse bien a las descripciones introspectivas que los psiquiatras reclamaban para identificar los síntomas, que venían a ser el a priori para el diagnóstico de las enfermedades mentales. Es en este momento cuando la Psicopatología tiene pretensiones de transformarse en ciencia independiente. La realidad es que los psiquiatras, más allá de sus protestas de fidelidad a Jaspers, el llamado padre de la Psicopatología, sólo ven en ella el medio de identificación de los síntomas sobre los que edificarán sus diagnósticos.

Cuando los psicólogos americanos hacen de la psicología la ciencia de la conducta, torpedean la línea de flotación de la Psicopatología tal y como venía entendiéndose hasta el momento. Ya no se habla de manifestaciones psicopatológicas, sino de conductas anormales. Es cierto que el trabajo clínico de los psiquiatras lo es con seres humanos que sufren. Es más, este sufrimiento experimentado por sus pacientes o sus allegados es el que reclama su ayuda. Yo defiendo que la Psicopatología es la disciplina que se dedica al estudio del sufrimiento psicológico humano con la finalidad de disminuirlo. Por eso aunque nuestros psiquiatras de hoy día hablen, como adoctrinan los psicólogos, de conductas anormales, no pueden evitar interesarse por el sujeto sufriente. Tampoco pueden evitar profundizar en las vivencias de sus pacientes, lo que ellos inadecuadamente llaman fenomenología, con la finalidad de identificar la sintomatología que hará posible el diagnóstico de su enfermedad psíquica.

Los psicólogos, que se dedican al estudio de las conductas anormales, suelen tener un amplio desconocimiento de la Psicopatología. Se limitan a determinar cuáles son las conductas anormales y a poner en movimiento las técnicas de modificación de conducta pertinentes. Esto puede parecer a muchos, psicólogos y profanos, simple e ingenuo, pero no debemos olvidar que son los psicólogos americanos, los de la nación más poderosa del mundo, los que defienden este planteamiento, con lo que resulta bien difícil luchar contra ellos. La diferencia fundamental de la psicología europea con la psicología americana es que la europea se ocupa - mejor dicho, ocupaba - del sujeto mientras que la americana se ocupa de la conducta. Los europeos buscamos en la psicología una respuesta al sentido de la vida. Los psicólogos americanos no se preguntan por ello, porque, como el resto de sus conciudadanos, saben que la vida consiste en triunfar y tener la mayor cantidad de cosas posibles. Esa y no otra cosa es la felicidad. No descubro nada si digo que la psicología que se hace en nuestras universidades, la que yo califico de psicología académica, sigue ciegamente a la psicología americana, mucho más en nuestro país que cuenta con poca tradición científica en este terreno y suele apostar siempre a ganador.

Cuando la psicología académica pendula hacia lo cognitivo no cambia en lo esencial nada de lo que estoy describiendo. La conducta anormal son ahora cogniciones anormales que es preciso modificar, lo mismo que la conducta, para que le cliente pueda tener una mayor calidad de vida. Los psicólogos académicos están incapacitados para hacer Psicopatología en la medida que mantienen los planteamientos de la psicología americana puesto que, se quiera o no, la psicología, como piensa cualquier profano culto o no, tiene que ser una ciencia del sujeto y no de sus manifestaciones externas. Mucho más tiene que serlo cuando se trata, esencialmente, de un sujeto sufriente, cuyo sufrimiento es preciso comprender si queremos ayudarle.

También la Psicopatología se ve agobiada por los prejuicios de la psiquiatría, que nace como siendo la especialidad médica que se dedica al estudio de las enfermedades mentales. Es más que dudoso que pueda hablarse de enfermedades mentales, porque cuando se conocen las alteraciones orgánicas que provocan manifestaciones psicopatológicas, estas enfermedades son ya tratadas por otros especialistas médicos. Suelen ser los neurólogos los que se ocupan ahora de aquellas enfermedades psíquicas cuyas alteraciones cerebrales hoy día ya conocemos. Es curioso que los psiquiatras, cuando ven confirmadas sus hipótesis de que las causas de las manifestaciones psicopatológicas son orgánicas, tienen que aceptar que sean otros especialistas quien las traten. Parecen aceptar que la psiquiatría es una especie de cajón de sastre donde se mete todo aquello que no conocemos bien. Son estos mismos psiquiatras los que, en su situación desvalida, acuden a la Psicopatología buscando ayuda para el diagnóstico de sus supuestas enfermedades mentales. Para ellos la psicopatología - así, con minúscula - no es otra cosa que la descripción de los síntomas en vistas al diagnóstico. Esto es lo importante para ellos y mucho más secundario el sujeto que tiene allí presente.

Para los psiquiatras la nosología o delimitación de las enfermedades mentales es lo fundamental de su tarea científica. El mastodonte de la DSM IV viene a concretar estas inquietudes que, por serlo de los psiquiatras norteamericanos, impone su moda. Los psicólogos académicos abominaron una y otra vez del modelo médico utilizado por los psiquiatras. No les faltaba razón, pero lo cierto es que ellos, después de múltiples y fallidos intentos, no fueron capaces de dar alternativa alguna a la nosología psiquiátrica, por lo que han terminado por pasarse masivamente a la DSM IV. En esta especie de identificación con el agresor, los psicólogos académicos, ignorantes de toda Psicopatología, han visto en este sistema de diagnóstico la culminación de todas sus simplicidades. Diagnostican, sin saber qué, unos cuadros clínicos, que de tener un sentido sólo habría que buscarlo en la descripción de los síntomas. Cualquier persona – psicólogo, psiquiatra o lego - puede diagnosticar ya las enfermedades mentales, sepa o no captar el sentido de lo que hace. La Psicopatología amenaza con desaparecer ahogada por los psicólogos académicos y por los psiquiatras americanos que han sumado sus prejuicios a los propios.

Dada la situación que hemos descrito la pregunta que hay que hacerse es si preconizar la existencia de una Psicopatología – así, con mayúscula - es posible o deseable. Mi respuesta es que sí. La psiquiatría, como rama de la medicina, persiste en la estéril búsqueda de las enfermedades mentales. No parece albergar duda al respecto, aunque los psiquiatras, uno por uno, se muestren muy escépticos. Los psicólogos académicos se ven envueltos, a pesar de su corta historia, en un continuo cambio de modelos y paradigmas que les han llevado, en la práctica, a aceptar las hipotéticas enfermedades mentales de los psiquiatras. Parecen querer ser como los psiquiatras.

Una Psicopatología independiente de la psicología académica y de la psiquiatría podría terminar con ese absurdo y ridículo planteamiento, que conduce a reflexionar sobre el sinsentido cuando se trata de temas humanos. Para esta Psicopatología no existirían enfermedades sino seres humanos sufrientes por sus características psicológicas. Son esas características personales las que nos hacen sufrir a cada uno de nosotros y a los que nos rodean. El sufrimiento no es un hecho individual sino social. Por eso es lo mismo que yo sufra por mis características o que por ellas haga sufrir a los demás. No existen enfermedades mentales sino sólo el sufrimiento humano y la finalidad primordial de la ciencia es disminuirlo en la medida de lo posible. Esta Psicopatología nos enseñaría a percibir mejor el sufrimiento, comprender sus razones y así arbitrar los medios para alejarlo.

Una Psicopatología concebida como especializada en el estudio del sufrimiento humano tendría en común con la medicina sólo el hecho de que también la enfermedad provoca sufrimiento. Los médicos de todos los tiempos han procurado liberar a los seres humanos del sufrimiento de la enfermedad, pero difícilmente podían entender que el sufrimiento mismo es, si queremos, una enfermedad. La Psicopatología debería estar más próxima de la psicología, pero no de esa psicología académica que, con sus pretensiones científicas, es incapaz de desenvolverse ante cualquier problema humano. Tendría que ser

una psicología más próxima a las experiencias humanas, que tenga por finalidad su descripción y comprensión, algo que sólo es posible de esperar de una auténtica fenomenología.

3.2 Clínica de la mujer alcohólica.

Mercedes López. Psicóloga. Profesora colaboradora de la Universidad Pontificia de Comillas. Dpto. de Intervención Psicológica. Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

Hasta hace una década el alcoholismo femenino prácticamente no se investigaba y por lo tanto no se conocía casi nada de la clínica de esta adicción. Cuando se abordaban los problemas derivados por el consumo de alcohol en la mujer, eran estudios comparativos con el hombre alcohólico y si se realizaban intervenciones terapéuticas se aplicaban los patrones utilizados con estos.

- a) Consideramos que el fenómeno del alcoholismo femenino debe ser investigado como tal, por varias razones: A pesar de la confirmación de su aumento sigue siendo menos conocido y más marginal (Pellicer y cols. , 1984) (Avila, E, y col. 1996)
- b) Por la escasez de estudios a pesar de existir razones que indican diferencias entre varones y mujeres alcohólicas.
- c) Es conocido que la mujer presenta mayor vulnerabilidad que el hombre hacia los efectos del alcohol, tanto desde el punto de vista biológico (Barcia y col. 1990) como psicosocial (Rubio, 1995).
- d) Si se conoce la existencia de diferencias según género, se podrán establecer programas terapéuticos adecuados.

Por todo lo anteriormente expuesto haremos una revisión de los estudios realizados con mujeres alcohólicas para conocer la evolución de ideas y la situación actual, así como la necesidad o no de abordajes terapéuticos especiales.

2. HISTORIA

El alcoholismo es un fenómeno que se identifica con el modelo biopsicosocial de enfermedad, los criterios de valoración y las distintas opciones de tratamiento han ido evolucionando a la par que los avances culturales, sociales y tecnológicos. Constituye hoy en día uno de los problemas médicos y de salud pública más importantes del mundo occidental, estando presente en todos los medios sociolaborales, con una mayoritaria población masculina (Robin y cols. , 1984).

A lo largo de todo el siglo XX, los distintos investigadores han estudiado sobre todo el alcoholismo masculino, presentando escasa o nula atención a los problemas derivados por el uso del alcohol en la mujer, lo que justifica el ocultismo, la característica principal del alcoholismo femenino hasta esos días de beber a escondidas y enmascarar su consumo tras trastornos psico - físicos.

Desde hace apenas dos décadas, el alcoholismo femenino ha supuesto un punto de atención para diversos investigadores; aún así, como la mayoría de los estudios describían el comportamiento del hombre alcohólico como norma, se utilizaba como estándar para analizar el comportamiento de la mujer alcohólica. A partir de entonces se empezaron a incluir en los estudios a las mujeres. A pesar de ello, los trabajos específicos sobre diferencias de género son muy escasos.

En el trabajo de Spake, F. (1996) realizado en Suecia a través de una encuesta anónima a las mujeres suecas sobre su consumo de alcohol, se evidenció que la actitud del médico ante los problemas del alcoholismo en la mujer plantea un abordaje diferente a la hora de preguntar, por lo que se pierde información.

Las investigaciones anteriores se centraban en:

- Nº de consumidores de ambos sexos.
- Diferencias biológicas en la metabolización del alcohol.
- Influencia de abusos sexuales en la infancia en la mujer y su correlación con los problemas de alcohol.
- Diferencias en cuanto a edad de inicio y evolución de la dependencia.

Casi todos los autores coinciden al señalar que el hábito de beber ha aumentado considerablemente entre las mujeres en los últimos años (Martín y Caswell (1988) Gill y col. (1988), e incluso algunos observan una progresiva tendencia a igualar la relación hombre mujer (Willsnack (1982); Gilli y col (1988). Lo que aún es mucho más evidente si las investigaciones se centran en el grupo de adolescentes (Mc Fadden (1976) y Comas, D. 1994), donde las cifras de consumidores se están equiparando en cuanto a la variable género se refiere.

De todos estos estudios es evidente que ha aumentado el numero de consumidoras de alcohol, lo que parece evidente tras el relajamiento de determinados patrones socioculturales en torno a los hábitos de bebida, pero aún no queda claro la incidencia del alcoholismo femenino ni la de bebedoras graves.

En los últimos años han aparecido más trabajos sobre las diferencias de género, pero aún son muy escasos y la mayoría realizados fuera de España. Los estudios recientes se centran en:

- Diferencias biológicas.
- Historia natural del alcoholismo.
- Pronóstico de tratamiento, y
- Pautas de consumo

3. CLÍNICA DE LA MUJER ALCOHÓLICA

3.1. FACTORES BIOLÓGICOS

El organismo femenino tolera peor el alcohol. Aunque la velocidad de metabolización del etanol sea más elevada en el organismo femenino, se produce una alcoholemia más elevada tras una ingesta (por kilogramo de peso) igual a la del varón, lo que resulta más lesivo (Cole-Harding y cols., 1987). Esta sensibilidad relacionada con la capacidad de metabolización de la mujer contribuye a una mayor vulnerabilidad para los efectos del alcohol, entre ellos el de la dependencia, se podría explicar por: mayor absorción, mayor porcentaje de tejido graso, menor cantidad de agua, menor actividad de la enzima alcohol - deshidrogenasa gástrica, disminución del metabolismo del "primer paso" (Rubio, G. y cols., 2000).

Diversos estudios ponen de manifiesto que las mujeres alcohólicas tienen tres veces más posibilidades de padecer hepatopatías graves que el varón y su peor evolución (Bach, LI y cols., 1987). En el caso de la mujer alcohólica los estudios sugieren que hay un mayor porcentaje de alcoholismo familiar que en los varones. Existen estudios que señalan la mayor presencia del padre como modelo de identificación que presenta problemas de alcoholismo (Marshall y cols., 1991).

Las diferencias existentes en el S.D.A. cuando lo padecen las mujeres y los hombres está más relacionado con los patrones de uso del alcohol que con las predisposiciones específicas de género. (Alonso Fernández, 1981 y Seva Díaz Y Dourdill. 1987).

3.2. FACTORES PSICOSOCIALES

El abuso sexual durante la infancia (Winfield y cols., 1990) así como el consumo de drogas en la adolescencia son factores de riesgo en mujeres. A los que hemos de añadir como más frecuentes la existencia de trastornos psiquiátricos como la depresión, trastornos de ansiedad, alimentación, (Síndrome del nido vacío), tentativas de suicidio; abuso de otras sustancias (Wilsnack, 1982; Blume, 1986), los problemas de disfunción sexual o reproductivos y la convivencia con una pareja consumidora de drogas (Rubio y cols., 2000).

La presencia de sintomatología depresiva puede estar enmascarando un trastorno por uso de alcohol, e incluso complicar el cuadro por la prescripción de psicofármacos.

Alonso Fernández (Alonso Fernández, 1979) señalaba que la liberación externa de tabúes y frenos socioculturales suprimiendo, en parte, el desequilibrio social asociado a una liberalización interna que ha traído una crisis de identidad al utilizar la mujer patrones de hombre, junto con la inclusión de esta en el mundo laboral y la exposición al estrés de la vida profesional sin abandonar otros roles sociales (Cardon, 1977), han incrementado las ocasiones para beber y que

este consumo salga a la luz pública (Kalant, 1980); todo ello apoyado por la industria que veía en las mujeres y los jóvenes un potencial de futuros consumidores y que ha intentado atraer por todos los medios (creación de bebidas de alta graduación con sabores más apetecibles para las mujeres y las mal llamadas bebidas sin alcohol.)

Chomack y Collins (Chomack y Collins, 1987) y Wilsnack y Wilsnack (Wilsnack y Wilsnack, 1987) señalan que la aceptación o rechazo de la identidad sexual femenina es más importante que el nivel de identidad masculina para la perdición del consumo y gravedad del alcoholismo en la mujer

Es importante saber que el alcoholismo femenino suele acompañarse de menos problemática laboral y legal, mientras que por el contrario tienden a informar más sobre las consecuencias familiares y de salud (Rubio y cols. 2000).

También hemos de señalar que acontecimientos de abandono (separación, divorcio, fallecimientos familiares, etc.) aparecen con frecuencia en el inicio del alcoholismo femenino (Wilsnack, 1982; Vaglum y Vaglum, 1987).

Con respecto al alcoholismo masculino las mujeres presentan:

- Inicio más tardío.
- Tendencia a beber a solas.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Mayor incidencia de tentativas suicidas.
- Mayor relación con acontecimientos psicológicos traumáticos.
- Acuden a tratamiento más tempranamente.
- Inicio de los problemas físicos a una edad más temprana y con consumos menores.
- Consumo asociado al de psicofármacos (Wilsnack, 1982 y Vaglum, 1987) y tabaco.

3.3. CLÍNICA DE LA MUJER ALCOHÓLICA

Clásicamente se afirma que las mujeres son más susceptibles que los varones a las consecuencias físicas del alcohol, además de los factores señalados con anterioridad en las características biológicas, otro de los factores que puede influir en las elevadas alcoholemia son los efectos del ciclo menstrual sobre el vaciamiento gástrico y la disminución del metabolismo basal de las personas con el paso del tiempo. Los estudios sobre los efectos de las hormonas en el metabolismo del alcohol no son concluyentes.

En las mujeres, al igual que en los hombres, el alcohol puede afectar todos los órganos, con la diferencia de que en ellas la evolución es más rápida.

Consumos superiores a tres o más copas al día se relacionan con un aumento del riesgo para el cáncer de mama. La relación entre consumo de alcohol y fracturas óseas, particularmente de cadera, se hace muy evidente para

cualquier edad y para consumos por encima de 60-180 ml de etanol por semana. No debe olvidarse que el alcohol se ha relacionado con la osteoporosis (Rubio, G. y cols. , 2000).

Otras secuelas relacionadas con el consumo de alcohol son la hipertensión arterial, la obesidad, la anemia, hemorragias gastrointestinales, alteraciones metabólicas y del sistema nervioso central. Las consecuencias dependen de las cantidades consumidas y de las características individuales de la mujer (Rubio y cols. 2000).

Uno de los problemas más comunes del consumo de alcohol en las mujeres son las consecuencias ginecológicas. Amenorrea, menstruación irregular y síndrome premenstrual. El consumo de alcohol disminuye las funciones sexuales, disminuyendo la intensidad del orgasmo. Puede aumentar el deseo sexual, como en el hombre, pero la excitabilidad fisiológica disminuye. El consumo de más de dos copas de alcohol durante el embarazo es asociado con abortos espontáneos, bajo peso fetal, mayor riesgo de partos prematuros y aumento de la mortalidad perinatal.

El síndrome alcohólico fetal (SAF) se caracteriza por anomalías específicas del sistema nervioso central, otros cambios físicos y retraso mental. La ingesta del alcohol durante el embarazo, ya que atraviesa la barrera placentaria, puede tener efectos importantes sobre el feto.

A nivel neuropsicológico, estudios realizados en mujeres alcohólicas muestran un incremento en el deterioro cognitivo, mayores déficit en percepción espacial, pruebas de abstracción verbal, resolución de problemas y disminución de la amplitud de la onda p-300 (Rubio, G. y cols. , 2000).

Culturalmente sigue estando peor aceptado una mujer "bebida" que un hombre. Los factores sociofamiliares tienen gran importancia, así como el miedo a las consecuencias sociales de su alcoholismo (pérdida de los hijos, abandono del marido y de la familia origen, marginación,...) unido a graves problemas económicos. Los sentimientos de vergüenza y negación contribuyen al ocultamiento del problema, así como la actitud médica a la hora de detectar el consumo de alcohol en la mujer.

Existen diferencias apreciables fisiológicas y de comportamiento en el alcoholismo femenino y el masculino, siendo las principales la carga familiar del alcoholismo y la psicopatología. Sin olvidar el alto grado de vulnerabilidad de la mujer, las expectativas frente al consumo, el patrón consumo o los factores desencadenantes.

En los estudios de Robbin (Robbin, 1985) y Hughes (Hughes, 1990) argumentaban que los hombres tenían más problemas de comportamiento de dinero, legales y conductas antisociales. Mientras que las mujeres experimentaban más problemas interpersonales como discusiones familiares o con amigos y depresiones y crisis de ansiedad. Los cuestionarios utilizados en

estos trabajos no preguntaban sobre violencia, incesto, trastornos de la reproducción o disfunción marital, factores relacionados con el alcoholismo femenino

En el estudio de Barcia y cols. (1989) al aplicar a su muestra la Escala de Tennessee, no sólo encontraron diferencias entre el alcoholismo femenino y masculino, sino entre sus dos subgrupos de la muestra (mujeres menores de 35 años y mayores), concluyendo que ambos grupos presentaban una peor imagen de sí respecto a la población normal, pero que ambos grupos difieren fundamentalmente en la propia autoestima, con baja aceptación a nivel físico en el grupo de las mayores y mayor insatisfacción moral y social en las jóvenes. Entre sus conclusiones destacan:

1. Las mujeres jóvenes presentan un estilo de beber similar al varón, pero los mismos sentimientos frente a la bebida que las mujeres mayores.
2. El grupo de alcohólicas mayores muestra peor calidad de vida que las más jóvenes, sobre todo en el área de las relaciones interpersonales.
3. Ambos grupos presentan un autoconcepto similar, pero con una peor autoestima, en general, para el grupo de alcohólicas jóvenes.

En el trabajo de vacas C. Y Trujillo J.A. (1994) siguiendo los estudios de Vogt. (1987) concluyen que existen dos tipos de alcohólicas, según las diferencias que emerge el S.D.A.:

Tipo 1. - Sus pautas de ingesta cambian relativamente tarde:

- Empieza a aumentar la dosis por encima de los 25 años
- El incremento se hace en relación con acontecimientos o crisis vitales concretas que ella no puede superar.
- El consumo de alcohol va acompañado de grandes sentimientos de culpa.
- Su vida privada está desordenada.
- Sigue relacionándose bien con los hijos, a no ser que estos se encuentren involucrados en la lucha de poder doméstico.
- Si la mujer es una profesional, tiene éxito en el trabajo.
- Ha tenido muchas molestias psicosomáticas antes de la alcoholdependencia.

Tipo 2. - Las pautas de ingestión son precozmente distorsionadas.

- Empiezan a beber relativamente pronto, entre los 15 y los 25 años.
- Las primeras experiencias son consumos evasivos puntuales, más que un consumo elevado sostenido.
- Este elevado consumo no se relaciona directamente con circunstancias o crisis personales.
- No tiene ningún sentimiento, o si lo tiene muy escasamente, de culpa por beber; si su conducta es objeto de alguna crítica, culpan al entorno.

- Descubren más bien los aspectos agradables del consumo, los consideran símbolos de status, de estilo de vida y de toma de postura.
- Su vida es desordenada.
- No suelen tener buenas relaciones con los hijos.
- Su trayectoria profesional suele ser caótica, yendo a la degeneración y no al éxito.
- Su estado de salud es más bien malo.

Según el trabajo de Mata, F. y cols. , se puede concluir que la corrección de la injusticia sociológica que acompaña al género contribuye a la desaparición de las diferencias en los pacientes con dependencia del alcohol. Si bien, los factores socioculturales y la desigualdad fisiológica aportan características básicas a las mujeres con dependencia, no nos permiten afirmar la existencia de una autonomía nosológica del alcoholismo femenino. De igual manera dichas diferencias no nos permiten diferenciar subtipos de pacientes con dependencia según género.

4. TRATAMIENTO

Actualmente debido al aumento del interés por las adicciones se han investigado los patrones de consumo y consecuencias del beber en la mujer estableciéndose estudios comparativos entre el alcoholismo femenino y masculino, lo que ha permitido plantearnos distintos abordajes terapéuticos y establecer perfiles clínicos específicos para el alcoholismo femenino.

Aunque los varones con problemas por alcohol superan al de las mujeres en una proporción de 2:1, la tasa de varones y mujeres en tratamiento suele ser de 4:1. Esto puede ser debido a las barreras socioculturales con las que se encuentra la mujer así como a los problemas evidenciados a través de los distintos estudios, de que los problemas de detección se han centrado principalmente en los hombres.

Cuando se comparan con los varones las mujeres que acuden a tratamientos suelen estar más deprimidas, haber experimentado oposición para tratarse por parte de sus familiares y refieren consecuencias familiares más graves. Durante la evolución del tratamiento es frecuente la separación o el divorcio. Son pocos los estudios que han analizado las diferencias según género en cuanto a la eficacia del tratamiento.

Según el Dr. Rubio, las características que deberán tener los programas de alcoholismo en el que estén las mujeres incluidas son:

- Proporcionar información precisa y sencilla a cerca de los efectos del alcohol sobre el organismo y la mayor susceptibilidad y riesgo que presenta la mujer ante la ingestión de bebidas alcohólicas.

- Mantener una actitud cuidadosa, imparcial, empática y de motivación ante las consecuencias positivas de dejar de beber.
- Evitar críticas que puedan incrementar sentimientos de baja autoestima y ocultación del problema.
- Informar sobre los efectos del alcohol en el embarazo y la necesidad de abstinencia durante este.
- Reorganizar los apoyos socio - familiares, laborales y comunitarios.
- Para mujeres bebedoras con pareja que tienen problemas relacionados con el alcohol puede ser necesario realizar un tratamiento conjunto e integrarse en programas de terapia de pareja, familia y/o grupos de autoayuda.

Los estudios sobre eficacia del tratamiento no son concluyentes, en una revisión de 23 estudios en los que se había incluido mujeres, en 18 no se encontraron diferencia con los varones y en 4 tenían mejor pronóstico (Vannicelli y Nahs, 1984). En dicha revisión se identificaron tres importantes barreras que podían reducir la eficacia del tratamiento en mujeres:

- a) Las expectativas por parte de los terapeutas de que las mujeres, debido a su comorbilidad con trastornos depresivos, respondían peor al tratamiento.
- b) La creencia por parte de los terapeutas de que las mujeres tenían un menor potencial para el cambio que los varones.
- c) La falta e información sobre el pronóstico del alcoholismo femenino llevaba a algunos terapeutas a considerar que el tratamiento iba a ser ineficaz.

Otros autores como Burlan (1994), Kaskutas (1994), propugnan el desarrollo y la utilización de técnicas psicoterapéuticas específicas, principalmente de grupo, para el tratamiento del alcoholismo en la mujer, debido a las características psicológicas de la mujer alcohólica, baja autoestima, sentimientos de culpabilidad y depresión.

Mcmillan (1977) observó que las mujeres usan un lenguaje que denota más inseguridad cuando están presentes hombres que cuando el grupo es sólo de mujeres. Jkoss (1987) apuntó que la historia psicosocial y las experiencias de las mujeres alcohólicas, pueden afectar al proceso de tratamiento y que pueden suponer un posible impedimento para el éxito del mismo. Willander (1987) sugiere que las mujeres tratadas en un grupo exclusivamente femenino, tenían más ajuste social y más bajo consumo de alcohol que las tratadas en grupos mixtos.

Los principales servicios que las mujeres requerirán durante el tratamiento de sus problemas por el alcohol (Rubio y cols 2000) son:

- Atención para otros problemas relacionados con el uso/abuso de otras sustancias.
- Asistencia ginecológica.
- Asistencia psiquiátrica.

- Información y asesoramiento sobre problemas de violencia.
- Asesoramiento legal para determinados temas civiles como el de la separación o divorcio.
- Apoyo social y servicios de atención a los hijos.
- Promoción de la salud laboral y/o educativa.

En varios artículos analizados se describe la inclusión de mujeres en grupos de terapia para hacer más heterogénea la muestra, cuando el objetivo de los programas de intervención debe ser reducir las barreras de tratamiento y ser apropiadas al estilo de vida de las mujeres. Como podemos ver no existe una unanimidad en cuanto a los grupos específicos de mujeres para el tratamiento del alcoholismo, aunque creemos que es debido a la falta de estudios serios sobre el tema, ya que a lo largo de toda la exposición ha quedado reflejado la existencia de características diferenciales en el alcoholismo femenino, que pueden justificar un abordaje terapéutico diferencial, sobre todo de los factores emocionales y psicológicos con clara incidencia en las mujeres alcohólicas.

5. CONCLUSIONES

De todo lo anterior expuesto podemos concluir a modo de resumen:

- En la actualidad siguen siendo pocos los estudios específicos y con rigor científico sobre el problema del uso, abuso y dependencia del alcohol en las mujeres.
- No existen pruebas específicas para la detección de problemas con el alcohol en las mujeres.
- Siguen existiendo en la población en general y en parte del colectivo sanitario estereotipos sociales a la hora de abordar esta dependencia.
- Los factores psico - afectivos tienen gran peso tanto en el inicio como en el mantenimiento de la dependencia alcohólica en la mujer.
- Necesidad de abordajes terapéuticos específicos para el alcoholismo femenino, según las diferentes edades.
- Es necesario un diagnóstico precoz de los problemas de abuso de alcohol para evitar otras problemática asociadas, como es el uso de psicofármacos.
- Existe un gran campo para la investigación.

Bibliografía:

Alonso, F.F. Alcoholdependencia. Madrid. Pirámide. 1981.

Avila, JJ.; Pérez. A.; Rodríguez, M. Análisis descriptivo de una muestra de mujeres alcohólicas atendidas durante un periodo de 10 años. Rev. Adicciones. Vol 8. Nº 4 419-428 1996.

I Bach, Lluís. "Análisis de la evolución y la situación actual alcoholismo femenino en España". Rev. Adicciones. Editorial. Vol. 7 nº 1; 3-5 1995. Barna.

Cardon, J.H. Alcool grossesse et morbidité foeto-infantile. Revue Alcoolisme. 23: 114-121; 1977.

Corrigan, M.E; Butler, Camaso, M.J. "Outcome of treatment for Irish alcoholism women". Irish Journal of Psychological Medicine. 1995 June. 12 (2): 48-52.

Chomack, S. Collins, L. Relationship between Sex-role behaviors and alcohol consumption in undergraduate men and women. J. Stud. Alcohol. 48: 194-201: 1987.

Fernández Sardonis, J. García Fernández. F. Alcoholismo en la mujer. En J. Bobes y cols. "30 años de alcohol y otras drogas en Asturias." Plan Nacional Sobre Drogas Oviedo. 1996.

Harver, B. female alcoholics. V: The relationship between family history of alcoholism and outcomes 3- 10 years after treatment. Acta psychiatr. Scand 76- 21-27; 1987.

Kalant, O. J. Sex differences in alcohol and drug problems-some highlights. En Kalant, Oj. Ed. Alcohol and drug problems in women. New York: Plenum Press; 1980.

McMillan, J.R., Clifton, A. K. Women's language: Uncertainty or interpersonal sensitivity and emotionality?. Sex Roles. 3, 545-560 .1977.

Marc, A, Schuckit, MD; et al. "The time course of development of alcohol-related problems in men and women". Journal of Studies on Alcoholism. 1995. 218-225. San Diego. California.

Martin, C; Caswell, S. Types of female drinkers: A multivariate Study. J. Stud. Alcohol. 49: 277-280; 1988.

Rubio, G.; Santodomingo. J. y cols. Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo. Madrid. Agencia Antidroga. 2000. 327-336.

Santodomingo. J. "Alcoholismo de hombre, alcoholismo de mujer" Mujer y salud Mental. Instituto de la Mujer. Madrid 1.989.

- Sapiro, V. Women in American society. Mountain View, Ca. Mayfield. 1990
- Vacas MC.; Trujillo J.A. Síndrome de dependencia alcohólica en la mujer. Enfermería científica. Nº 152-153. 1994.
- Vacas, MC., Muñoz, J., Mata, C. Valoración y tratamiento del alcoholismo femenino. Libro de actas de las XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Tomo II. 1998.
- Vannicelli, M. Treatment outcome of alcoholic women. The state of the art in relation to sex bias and expectancy effects. En Wilsnack: becman.eds. Alcohol problems in womwn. New York: The Guilfords Press. 1984.
- Vannicelli M. Nash L. Effect of sex bias women's studies on alcoholism. Alcoholism: Clinical and Experimental research 1984: 8 334-336.
- Wilsnack, S.C. prevention of alcohol problems in womwn. En National Institute on alcohol abuse and lcoholism Special population Issues. Whashington: Alcohol and health. Monography nº 4 , 1982.
- Wilsnack RW. Wilsnck SC. Klassen AD. Retrospective analysis of lifetime changes in women's ddrinking behaviour. Advances on Alcohol and Substance Abuse. 1986; 5: 9-28.
- Wilsnack SC. Klassen AD. Schur BE et al. Predigting anset and chronicity of womens problem drinking: A five year longitudinal analysis. Americam Journal of Public health. 1991: 81: 305-317.
- Winfield I. George LK, Swartz M. et al. Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. Americam Journal of psychiatry 199; 147: 335-341.

3.3 Clínica de la mujer ludópata

J.A. Ramos Brieva. Servicio de Psiquiatría. Hospital "Ramón y Cajal" de Madrid. Universidad de Alcalá (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Forzar la Fortuna a nuestro favor es una aspiración tan antigua como la Humanidad misma. Dada la angustia que genera la incertidumbre ante lo desconocido, el ser humano desarrolló procedimientos que le permitieran mantener la ilusión de conseguir forzar el destino a su antojo; o cuanto menos, conocerlo con suficiente antelación para intentar forzarlo a su servicio. De ahí que surgiera la profesionalización de chamanes y augures tan tempranamente.

Tan antigua como esa vieja aspiración es la capacidad del ser humano para jugar. Con el juego, no sólo se divierten sino que proyectan situaciones sociales que son

desarrolladas en los juegos de un modo simbólico. Así, los niños se socializan y los adultos representan situaciones que de otro modo no se atreverían a ejecutar. Y la aspiración de anular la incertidumbre del futuro forzándolo a nuestro favor encontró, sin muchas dificultades su campo de proyección en el juego.

Los juegos de azar permiten jugar a "como si". Conjurando los temores a la incertidumbre sometiendo al sujeto a los embates de la fortuna de forma simulada y controlada, sin riesgos. Así, si el azar nos es propicio: ¡albricias!, pero si no lo es no pasa nada: tendremos otra oportunidad.

Que los juegos de azar son tan antiguos como el mundo nos lo sugiere la supervivencia de uno tan elemental, por el material que utiliza, como el *juego de la taba* (astrágalo); antecesor del dado. Pero tampoco es necesario especular tanto, ya que existen evidencias arqueológicas de que el dado era conocido en Egipto hace cuatro mil años. De modo que la antigüedad de los juegos de azar está suficientemente documentada.

Sin embargo, nunca se sospechó que los juegos de azar pudieran generar patología alguna hasta momentos históricos más recientes.

Hace doscientos años los sujetos que ahora conocemos como ludópatas eran considerados unos pecadores. Y algo más tarde, con la secularización de la sociedad, simplemente viciosos.

Hasta hace cien años, la Psiquiatría no se ocupó de estos sujetos. Fue Kraepelin quien describió a los "maniáticos del juego". Pero no fue hasta bien

entrado el siglo veinte (que ahora termina) que se incluyó dicho trastorno en un Manual de Psiquiatría (Bleuler, 1924).

A pesar de ello, la ludopatía ha permanecido en un terreno de nadie hasta hace sólo veinte años que recibió el reconocimiento de ser una entidad nosológica independiente tras la edición de la tercera revisión del sistema de clasificación de las enfermedades mentales norteamericano, DSM-III (A.P.A., 1981).

Sólo un año después, en 1981, se creó nuestra Unidad de Ludopatía.

CONCEPTO

La ludopatía se encuentra enmarcada dentro del apartado de los trastornos del control de los impulsos, tanto en el DSM-IV (A.P.A., 1995), como en la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, CIE-10 (OMS, 1993). A pesar de ello, la ludopatía se considera hoy un trastorno adictivo.

Se trata de una adicción a los juegos de azar, con carácter desadaptativo, persistente y recurrente que el sujeto es incapaz de controlar, interrumpir o detener por su propia voluntad. Como sucede con otras adicciones, se trata de una enfermedad crónica, que no tiene cura aunque se pueda controlar. Es, como señalan algunos autores una adicción sin sustancia (Dickerson, 1989; Lesieur y Rosenthal, 1991).

Todo el mundo ha jugado alguna vez a alguno de los juegos de azar que nuestra sociedad nos oferta diariamente, pero sólo algunos sujetos son ludópatas.

Existe una cierta confusión (incluso entre los enfermos) en la conceptualización del trastorno, hasta el extremo que algunas personas no ludópatas se preguntan dónde están los límites entre la ludopatía y el juego social, normal. Incluso algunos ludópatas tienen la ingenuidad de confundirse ellos mismos con los llamados jugadores profesionales. En la Tabla I quedan reflejadas las principales diferencias entre esos tres tipos de jugadores: ludópatas, jugadores sociales y jugadores profesionales.

Así, el jugador social es, por definición, un sujeto que busca interactuar con otros a través del juego (aunque también puede hacerlo solo), juega por la emoción que le supone la expectativa de ganar algún dinero en un juego de premio inmediato (por ejemplo las "tragaperras") o en otro de premio más aplazado (como la lotería), pone límites al tiempo que le va a dedicar al juego, prevé las cantidades que está dispuesto a perder y se mantiene dentro de esas previsiones, finalizando el juego cuando éste ya no le reporta las emociones esperadas o le hace perder más de lo previsto. El jugador profesional juega como un modo de vida; es su trabajo. Así, tiene predeterminadas las cantidades que se va a jugar y muy limitadas sus pérdidas. Por esa razón, nunca juega a juegos de azar, sino a los de envite, aquellos en los que puede

controlar la jugada y prever movimientos. Su disciplina de juego es férrea y abandona en cuanto no adquiere las ganancias previstas.

En cuanto al tipo de contacto que el ludópata tiene con el juego, difiere notablemente de los dos anteriores. Así, el ludópata se arriesga con juegos de azar que proporcionen una recompensa económica inmediata ("tragaperras", bingo y algunos juegos de casino), suele jugar solo y no prevé ni el límite de sus pérdidas (en realidad siempre juega con la fantasía de que va a ganar y recuperar pérdidas anteriores), ni el tiempo que va a permanecer jugando. En realidad, es incapaz de controlar ambas cosas una vez a empezado a jugar. Y realmente juega durante el tiempo que le dure el dinero en el bolsillo; carece de la libertad que tienen los otros dos tipos de jugadores para parar cuando lo desean. Se insistirá sobre ello más adelante.

PREVALENCIA DE LA LUDOPATÍA.

La extensión de la ludopatía en España, como en otros países de nuestro entorno es muy alta. Tal y como queda resumido en la Tabla II, aproximadamente un 2% de los españoles adultos son ludópatas, a los que hay que añadir otro 2% de adolescentes. A estos hay que añadir un 3% de sujetos llamados jugadores-problema. Esto es, jugadores que no reúnen los criterios diagnósticos para ludopatía pero que tienen una implicación tan desproporcionada con los juegos de azar que presentan un alto riesgo de caer en la adicción.

Todo ello supone más de casi dos millones de españoles directamente implicados en la problemática de los juegos de azar. Casi dos millones de familias indirectamente afectadas por la adicción de su familiar.

Del conjunto de ludópatas españoles, son mujeres, al menos, una de cada tres (Becoña, 1993); lo que indica que en España existen, como poco, medio millón de mujeres afectadas por esta patología. Es bastante probable que existan más, dada la mayor clandestinidad con la que las mujeres llevan su ludopatía. Lo cierto es que solicitan ayuda bastantes menos. En nuestros grupos de ludópatas, rara vez las mujeres superan el 15% de los asistentes.

CLÍNICA DE LA LUDOPATÍA.

No existe una sintomatología propiamente femenina de la ludopatía, aunque existen algunos elementos diferenciadores propiciados, más bien, por la diferente socialización que tienen la mujer y el hombre en nuestros días.

Así, está documentado que la aparición de la ludopatía es tanto más precoz cuanto antes se produzca el contacto con los juegos de azar (Moran, 1995). Como el 70% de los hombres entran en contacto con los juegos de azar antes de los veinticinco años, mientras que las mujeres lo hacen en su mayoría (70%) después de esa edad, y el tiempo necesario para engancharse al juego es

similar en ambos sexos, las mujeres inician la ludopatía más tarde que los hombres (Ibáñez, 1997). Frecuentemente estando ya casadas.

El carácter de actividad socialmente indeseable que tiene jugarse el dinero en apuestas hace que las mujeres lleven su ludopatía en la clandestinidad. Mayor aún que la de los hombres. Pero al permanecer la mujer más tiempo en casa y ser, en una proporción elevada de casos, la que lleva el control administrativo de la familia, pueden permanecer en la clandestinidad durante más tiempo. Una de nuestras pacientes no fue descubierta hasta que, tras años de matrimonio, el esposo se jubiló. Al estar más tiempo en casa, pudo controlar las salidas de la enferma y los extractos bancarios, descubriendo la verdad.

Esta clandestinidad es la que impide que la mujer acuda en busca de ayuda con la misma frecuencia que el hombre a pesar de ser tradicionalmente una mayor consumidora de recursos sanitarios.

Entre las ludópatas existe una relación especial con el juego (Tabla IV). Cabe destacar su actitud frente al juego. En líneas generales, aunque estén jugando en familia a un juego de tablero sencillo, como puede ser el parchís, puede observarse entre las ludópatas un afán de ganar y una hiperactivación vegetativa superior a las de los demás; sufren una verdadera pasión por el juego. Éste, y me refiero ya al juego adictivo, progresivamente va inundando la vida del sujeto hasta el punto que dedica al mismo todas sus horas de ocio y, progresivamente, sus horas laborales y familiares. Este afán de juego está presidido por tres fantasías: 1) que puede vencer a la máquina; 2) que puede recuperar el dinero perdido; y 3) que es una forma de inversión. Y todo ello presidido por un desmesurado optimismo en cuanto a sus posibilidades de triunfo ("estar en racha").

Por esa razón, ante la evidencia de las cada vez más numerosas pérdidas, la ludópata frecuenta el juego cada vez más frecuentemente. Aunque en algún momento piensen que no está bien lo que les ocurre, las ludópatas siempre minimizarán su grado de dependencia del juego bajo la creencia de que pueden controlarlo por sí mismas.

Una característica básica de las ludópatas es que al pensar en el juego siempre recuerdan las partidas en las que fueron afortunadas. Pero si se les pregunta más a fondo y se inquiriere por el destino de sus ganancias, invariablemente responden que lo perdieron en otra máquina.

Lejos de lo que sucede con los jugadores sociales y los profesionales, la ludópata se siente incapaz de retirarse del juego mientras está ganando. Y lo peor es que tampoco puede hacerlo aunque esté perdiendo. Muchas pacientes nos comentan que en ocasiones ellas mismas piensan mientras juegan que actúan absurdamente pues, por ejemplo, llevan echadas en una máquina "tragaperras" cincuenta mil pesetas, cuando el mayor premio que les puede dar son diez mil. Pero, aun con ese pensamiento en sus cabezas, la ludópata es

incapaz de parar. Y no lo hará hasta que se quede sin dinero en el bolso. O hasta que haya agotado las posibilidades de préstamos inmediatos.

Cuando la ludópata no juega (por ejemplo porque no tiene posibilidades económicas para ello) se siente vacía, además de irritable y ansiosa; un verdadero síndrome de abstinencia. Durante el juego presiden fantasías de control sobre el mismo. A ello contribuye pensar que se siente "en racha" y que la máquina "está a punto". A esas fantasías de control sobre el juego contribuye que la mayor parte de estas máquinas ofrezcan la posibilidad de manipular botones. Pues con ello, la ludópata siente que está manipulando el destino y forzando la ley de probabilidades a su favor.

Durante el juego, la ludópata se muestra absorta, como ausente de tan concentrada que está en el juego, con signos de excitación vegetativa tales como sudoración y rubicundez facial. Desde el punto de vista psicopatológico (Tabla V), pueden apreciarse signos de ansiedad, irritabilidad, abatimiento, ideación suicida (no es raro que el primer contacto con los servicios sanitarios se produzcan tras una tentativa ocasionada por la situación "sin salida" a la que se ven abocados estas enfermas) y depresión. El 75% de los casos padecen síntomas depresivos derivados de su situación con el juego; son síntomas que desaparecen cuando el sujeto deja de jugar y se pone en manos sanitarias (Taber et al., 1987). Sin embargo, hay casos en los que la ludopatía desencadena una depresión clínica. Se ha encontrado un 23% de mujeres ludópatas con cuadros depresivos de este tipo (Ibáñez, 1997).

Durante los periodos de tiempo que no juegan, las ludópatas presentan verdaderos signos de abstinencia, tales como irritabilidad, sensación de vacío y sentimientos de culpa.

Es frecuente que para defenderse de sus familiares acusadores tiendan a inculparse de lo que les sucede. Y entre las que consiguen largos periodos sin jugar, no es raro un exceso de confianza que les coloca en situación de riesgo de una recaída.

Para los ludópatas, el juego lo significa todo y poco a poco dejan ocio, familia, trabajo con el fin de disponer de tiempo para jugar. El juego les "absorbe como una esponja" (Bergler, 1957) y frena cualquier otro tipo de interés, incluso sexual. Una paciente nuestra afirmaba que el placer que le proporcionaba el juego era muy superior al orgasmo.

Y así, surge el mundo paralelo a las ludopatías que es el de las mentiras. Éstas intentan ocultar el grado de enganche que tiene el sujeto con el juego, pero también para conseguir (y ocultar) préstamos con los que hacer frente a las deudas ocasionadas por la ludopatía y el tiempo dedicado a la misma. El trato con el ludópata se torna hosco, desatento, lo que deteriora las relaciones (familiares, sociales, laborales). También se reduce el rendimiento (académico o laboral) debido a que el ludópata sólo tiene pensamiento para su adicción, y porque dedica menos tiempo a cumplir sus tareas (para poder jugar más).

Abocados a la ruina económica no es extraño que cometan delitos encaminados siempre a obtener beneficios inmediatos para cubrir sus deudas de juego o para jugar. En ocasiones se trata de dinero que extraen de la caja de sus trabajos, con la esperanza de devolverlo sin que nadie aprecie la ausencia temporal del mismo. Eso no siempre sucede, son descubiertos y puestos en la calle o denunciados. Otras veces se cometen delitos propiamente dichos como robos y desfalcos, con el mismo destino.

Así, los ludópatas arruinan sus economías, su situación laboral (paro, despidos), y sus relaciones familiares (divorcios), cuando no, además, se ven internados en prisión para purgar sus delitos.

Los *signos externos* que permitirían entrar en sospecha de que un familiar es ludópata son cambios en su actitud y comportamiento que permiten establecer la existencia de un antes y un después. Así, el ludópata es percibido, a grandes rasgos, como diferente a como era antes.

“No son ello/as mismo/as”, refieren los familiares. Se han vuelto más irritables, más hoscos, más nerviosos. Están menos abordables, pues se muestran silenciosos, ausentes, e indiferentes. Manifiestan un rechazo o cierta indiferencia por la vida familiar y social. Y no es difícil apreciar en sus rostros cambios importantes: la facies está alterada (sudorosa, ojos inyectados, movimientos oculares rápidos y huidizos).

Además, es posible apreciar la presencia de lo que denominamos “inexplicables”: largas ausencias mal justificadas; gastos excesivos como el cambio de una rueda, arreglos del coche, etc.; faltan algunos ingresos esperados como por ejemplo pagas extraordinarias, devoluciones del fisco, etc. El caso es que sin que la economía familiar haya cambiado de un modo importante, no se llega a fin de mes. En ocasiones se echan en falta dinero u objetos de valor en casa (que han sido transformados en dinero contante y sonante para jugar o cubrir deudas), así como aparecen movimientos bancarios inesperados, sobre todo del tipo de pequeñas cantidades extraídas en el mismo día.

Y son estas sospechas las que alertan a las familias hasta que, de un modo u otro, les llega el conocimiento de que el ludópata ha acumulado deudas por un monto importante a las que se debe hacer frente. En tales situaciones es cuando la familia, tras el disgusto y el pago de las deudas, se enfrentan al ludópata exigiéndoles que se pongan en manos profesionales para controlar su adicción.

Tabla I.- Diferencias entre varios modos de jugar

CARACTERÍSTICAS	LUDÓPATAS	JUGADOR SOCIAL	JUGADOR PROFESIONAL
Modo de jugar	Aislado	Acompañado	Acompañado
Duración	Ilimitado	Limitado	Limitado
Motivación	Recuperar pérdidas	Emoción ganancias	Modo de vida
Control sobre la apuesta	No	Sí	Sí
Disciplina	Nula	Alta	Férrea
Pérdidas	No previstas	Previstas	Previstas
Fin del juego	Pérdida completa del dinero	Predeterminada diversión/ emoción	Predeterminada relación Ganancias/Pérdidas
Tipo de juego	Azar	Azar/envite	Envite
Premio	Inmediato	Inmediato/aplazado	Medio aplazado

Tabla II.- Prevalencia de la ludopatía en España

Autor	Ludopatía (%)	jugador - problema (%)
Becoña, 1993	1,73	1,60
Cayuela, 1990		2,70
JARCA, 1996	1,91	3,82
Legarda et al., 1992	1,67	5,18
Becoña, 1997	2,4 (solo adolescentes)*	
Promedio	1,77**	3,32***

* 170.000 habitantes

** 600.000 habitantes

*** 900.000 habitantes

(Total de afectados directos: 1.670.000 habitantes)

TABLA III.- Elementos específicamente femeninos en la ludopatía

- Inicio más tardío - Padecimiento más soterrado - Control más difícil - Salidas más justificadas (de compra) - Llenado de vacío (matrimonio, viudedad, monotonía)
--

TABLA IV.- Relación del ludópata con el juego

Actitud: ▶ pasión por el juego ▶ el juego como exclusiva diversión ▶ el juego como evasión ▶ el juego como "inversión" ▶ exagerado optimismo de triunfo ▶ frecuentación "<i>in crescendo</i>" ▶ minimización de la dependencia ▶ maximización ganancias ▶ minimización pérdidas ▶ fantasías de recuperación ▶ incapacidad retirarse mientras gana ▶ apuesta todo lo que tiene o más ▶ abstinencia si no juega (vacío, irritación)
Durante el juego: ▶ fantasías de control sobre el juego (la máquina está a punto, están "en racha", manipulación botones) ▶ obcecados, abstraídos ▶ silenciosos, solitarios ▶ abatimiento ▶ signos de excitación vegetativa

TABLAV.- Psicopatología

MIENTRAS JUEGAN	ABSTINENTES
Ansiedad Irritabilidad Abatimiento Depresión* Ideación suicida Culpa Autodepreciación	Irritabilidad "Mono" Sensación de vacío Culpa Negación Inculpadores Exceso confianza

TABLA VI.- El comportamiento de las ludópatas

COMPORTAMENTAL: ▶ Acaparamiento ("absorbe como una esponja") ▶ Freno de todos los demás intereses ▶ Ocultación (enganche, deudas) ▶ Mentiras (justificativas de deudas, tiempo perdido, préstamos) ▶ Trato hosco, desatento ▶ Deterioro de relaciones (familiares, sociales, laborales) ▶ Reducción rendimiento (académico o laboral) ▶ Actos delictivos ("préstamos"/robos) ▶ Ruina, divorcios, paro, enjuiciamientos
LOS SIGNOS EXTERNOS: ▶ "No son ello/as mismo/as" ▶ Irritabilidad, hosquedad, nerviosismo ▶ Silencioso, ausente, indiferente ▶ Facies alterada (sudorosa, ojos inyectados, movimientos oculares rápidos y huidizos) ▶ Inapetencia sexual ▶ Rechazo o indiferencia por vida familiar y social
PRESENCIA DE "INEXPLICABLES": ▶ Ausencias ▶ Gastos ▶ No se llega a fin de mes ▶ Faltan ingresos esperados ▶ Desaparece dinero u objetos de valor en casa ▶ Movimientos bancarios inesperados

Bibliografía:

Asociación de Jugadores de Azar en Rehabilitación del Campo de Gibraltar: *Estudio sobre el juego de azar en Algeciras: Prevalencia y características sociodemográficas*. JARCA. Algeciras. 1996.

Asociación Psiquiátrica Americana: *DSM-III Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona. 1981.

Asociación Psiquiátrica Americana: *DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona. 1995.

Becoña, E.: The prevalence of pathological gambling in Galicia (Spain). *J. Gambl. Stud.*, 8: 353-369, 1993.

Becoña, E.: Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychol. Rep.*, 81: 275-287, 1997.

Bergler, E.: *The psychology of glambing*. Hill&Wang, New York.1957.

Bleuler, E.: *Textbook of Psychiatry*. MacMillan. New York. 1924.

Cayuela, R.: Characteristics and situation of gambling addiction in Spain: Epidemiological and clinical aspects. Comunicación presentada al: VIII International Conference on Risk and Gambling. London. 1990.

Dickerson, M.: Gambling: A dependence without a drug. *Intern. Rev. Psychiatry*. 1: 152-172, 1989.

Ibáñez, A.: *Bases genéticas de la Ludopatía* (tesis doctoral). Universidad de Alcalá. Madrid. 1997.

Legarda, J.J. et al.: Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (Spain). *Br. J. Addict.*, 87: 767-770, 1992.

Lesieur, H.R. & Rosenthal, R.J.: Pathological gambling: A review of the literature. *J. Gambl. Stud.*, 7:5-40, 1991.

Moran, E.: Gambling with the nation's health. Majority of secondary school children buy tickets. *Br. Med. J.*, 311: 1225-1226, 1995.

Organización Mundial de la Salud: *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales, del Comportamiento y del Desarrollo. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Meditor. Madrid. 1993.

Taber, J. et al.: Follow-up of pathological gamblers after treatment. *Am. J. Psychiatry*, 144: 757-761, 1987.

3.4 Trastornos de la alimentación. Aspectos clínicos-fenomenológicos.

Benito Peral, profesor de psicopatología de la Universidad de Comillas. Madrid

Hablar de trastornos de la alimentación exige por su amplitud una necesaria acotación. Hablaremos aquí de los trastornos de la alimentación que aparecen en la mujer del primer mundo. Es en los países occidentales industrializados donde se dan casi de forma exclusiva dos enfermedades aparentemente contrapuestas. Dos trastornos propios de nuestra sociedad: la anorexia y la obesidad. Que la obesidad aparezca en la sociedad de la abundancia resulta lógico. Pero que en la sociedad de la opulencia se extienda como una plaga la enfermedad de la inanición resulta impactante, contradictorio, disparatado, paradójico y debería hacernos pensar. Porque sin duda alguna, y a pesar del aparente sinsentido, todo lo que es tiene una razón por la que es.

Qué sentido tendrá que en unos países se muera de hambre por falta de alimentos y en otros se muera de hambre en plena abundancia. Mientras el primer mundo se preocupa de regímenes para no engordar (y ello constituye la primera preocupación existencial de millones de personas); en el tercer mundo la preocupación vital es sobrevivir a la inanición.

Tendremos que hacer necesariamente otra acotación más. Aunque muchos pacientes transitan desde la anorexia restrictiva a la obesidad pasando por la bulimia, nosotros vamos a centrarnos en la anorexia y en la bulimia, aquellos trastornos más genuinamente psiquiátricos. Las pacientes con obesidad mórbida son tratadas fundamentalmente por especialistas en metabolismo y sólo los casos complicados con una notable y evidente psicopatología son transferidos al psicopatólogo.

En España hemos asistido a un cambio espectacular en muy poco tiempo. Hace poco más de veinte años los trastornos de la anorexia nerviosa y la bulimia eran una curiosidad en la clínica, ahora su extensión es enorme y constituye un fenómeno que trasciende el ámbito de la medicina para erigirse en un problema social de primera magnitud. En la Italia de los años sesenta, Mara Selvini intentó publicar un libro sobre la anorexia nerviosa y fue rechazado por el editor al considerar éste que trataba de un extraño trastorno de interés restringido a algunos pocos especialistas. Pero han cambiado en estos años muchas cosas. Los patrones estéticos de nuestras abuelas no diferían en gran medida de los de Rubens. Un cierto sobrepeso no sólo era valorado estéticamente, sino además era signo de salud física y psicológica. Ahora muchos padres ponen a dieta y en tratamiento con endocrinólogos a sus hijas prepúberes cuando éstas comienzan a tener un ligero sobrepeso.

No sólo advertimos un cambio en la estética. Hay cambios que afectan a estructuras más profundas de nuestra sociedad, a nuestro sistema de valores. Se habla del hedonismo que impera en las sociedades occidentales como un factor facilitador de determinadas conductas. De lo meramente estético

trascendemos a lo ético. Lo cierto es que vivimos inmersos en una sociedad que tiene en el culto al cuerpo una de sus fijaciones. Se trata de obtener *cuerpos Danone*.

Si todo en medicina es bio-psico-social, los trastornos que vamos a tratar representan un ejemplo claro. Aunque el orden casi sería inverso, si nos atenemos a la importancia de los factores etiológicos. Los trastornos de la alimentación en nuestro país son socio-psico-biológicos.

Hasta hace relativamente poco tiempo la anorexia era tratada por pediatras y por endocrinólogos. Esto suponía aplicar a su estudio todo el andamiaje conceptual de la medicina que fundamentalmente es biológico. Y sin embargo, la anorexia en su esencia tiene más en común con la comunicación que con la biología. Si nos encasillamos en el modelo médico y en el concepto clásico de enfermedad no veremos el plano psicosocial. La mal llamada anorexia puede también considerarse como una forma de comunicación no verbal y entonces, como lenguaje, tiene poco interés hablar de causa, cura y tratamiento, y sí de aprendizaje y de sentido. La Anorexia puede ser vista también como una conducta que forma parte de un juego (no precisamente lúdico), donde se advierten determinados roles, reglas y estrategias de dominio. La llegada de otros profesionales con modelos distintos ha supuesto un avance extraordinario en el conocimiento de estos trastornos. Hoy nadie duda que el abordaje de estos casos debe ser multidisciplinar. El congreso trata sobre la adicción en la mujer y puede resultar gratuito hablar de Anorexia Nerviosa, sin embargo no lo es en nuestra opinión al menos por dos razones. En muchas anorexias se asocia bulimia que como veremos enseguida es una conducta donde podemos apreciar marcados rasgos adictivos. Por otro lado y aunque se dice que la Anorexia es una fobia a la obesidad, no es menos cierto que constituye igualmente una filia a la delgadez. Los términos picrofobia y leptofilia dirían bastante más de la esencia del trastorno que el de anorexia nerviosa, como veremos, nada afortunado. Fobia y filia son términos antónimos que sin embargo coinciden en estos trastornos, pues se tiene fobia a la obesidad y filia a su contrario. Picrofobia versus Leptofilia. No es fácil situarnos cuánto hay en cada caso de cada una de ellas. En aquella lo patológico sería el temor excesivo y desproporcionado a la obesidad, en ésta lo patológico sería la tendencia excesiva y nunca satisfecha por la delgadez. Pero vayamos más allá del síntoma y cuestionémonos si subyacen en la personalidad estructuras fóbicas o fílicas.

En la Anorexia Nerviosa distinguiremos en principio dos grupos: Las restrictivas (que cumplen todos los criterios diagnósticos para anorexia nerviosa y que no presentan atracones) y las bulímicas (que cumplen los criterios para Anorexia Nerviosa y además presentan frecuentes atracones). La paciente bulímica puede también no cumplir criterios de anorexia y mantenerse en un peso adecuado, o bien puede cumplir criterios de obesidad. En estas pacientes bulímicas y obesas se ha descrito en los últimos años el síndrome de Stunkard, caracterizado por la triada: bulimias nocturnas, obesidad y depresión.

En muchos casos de bulimia, especialmente en aquéllas que acompañan a depresiones atípicas, los alimentos ingeridos son ricos en hidratos de carbono. Esta apetencia por los glúcidos es misteriosa y descrita hace siglos en algunos

enfermos melancólicos. Sorprende a veces incluso a pacientes que en condiciones normales no son proclives a los dulces, pero que al deprimirse desarrollan una extraordinaria tendencia hacia ellos. Una interpretación de esta conducta llega obviamente desde la satisfacción oral, se trataría de llenar un vacío, o de calmar un sentimiento de ansiedad, como antaño cuando vivíamos en plena oralidad. Que sea con glúcidos resulta difícilmente interpretable, si no apelamos a la extendida expresión de *hay que endulzarse la vida*. Sin embargo resulta explicable: una ingesta masiva de hidratos de carbono provoca una elevación de la glucemia, ésta a su vez ocasiona una liberación de insulina que, además de facilitar el metabolismo de los glúcidos, aumenta la permeabilidad de la barrera hematoencefálica para el aminoácido triptófano, y éste es el sustrato para la síntesis neuronal de la serotonina, neurotransmisor que se encuentra a la baja en muchos estados depresivos. Hay pues un intento por parte del organismo de restablecer la homeostasis mediante la ingesta de determinados alimentos. Las bulimias serían así un intento de modulación de estados de humor disfóricos.

Hay una línea de investigación con numerosos trabajos publicados en las dos últimas décadas que relacionan la bulimia con las adicciones, intentando demostrar la implicación de los opiáceos endógenos en la fisiopatología del trastorno bulímico. Huebner señala la importancia del ciclo atracón-purga y advierte que no sólo el atracón sino también el vomitar tiene un efecto relajante. El ciclo comienza con un estado anímico negativo, un estado de "no refuerzo". Los sentimientos pueden ser de vacío y falta de satisfacción, en cuyo caso el atracón funcionaría como "refuerzo vicario", o también de nerviosismo y ansiedad, es decir un estado de desequilibrio interno que precisa ser calmado. Si el sentimiento negativo es de tensión u hostilidad se hace necesario un "refuerzo correctivo". Existe otra forma de refuerzo, que con frecuencia en conjunción con las anteriores, puede provocar un atracón, sería un "refuerzo biológico correctivo" subyacente a la regulación de la alimentación. Este es un mecanismo que se pone en marcha tras un ayuno de cuatro a seis horas. Se experimenta como hambre intensa, como un deseo irresistible a comer que incluso aumenta al iniciar la ingesta. La mayoría de las pacientes bulímicas ponen en marcha este mecanismo al retrasar su primera comida diaria hasta bien entrada la tarde. Sería algo semejante a lo que acontece con la respiración que lleva a la sobreventilación cuando se interrumpe durante un tiempo más prolongado de lo habitual. Tras el atracón llega los sentimientos de culpa y el vómito que trae la calma. Todo ello constituiría un tipo de comportamiento autorregulatorio mediado por recompensas, una forma de adicción en la que la vida de una persona está dominada no por el alcohol o la heroína, sino por los ciclos de atracón y vómito. La frecuencia de ciclos atracón-vómito podría servir como medida del grado de adicción en la Bulimia. Estudios experimentales han mostrado niveles elevados de endorfinas en bulímicas vomitadoras en comparación con controles normales y con bulímicas no vomitadoras. Igualmente hay constancia de éxitos en el tratamiento de bulimias con dosis altas de naltrexona, un bloqueador de los receptores opiáceos.

El término Anorexia Nerviosa merece algún comentario. Condillac decía que una ciencia es un lenguaje bien hecho. Esperemos por el bien de todos que sea algo

más. Pero en todo caso una buena terminología es condición "sine qua non" para cualquier ciencia. Pues bien, la denominación de Anorexia Nerviosa para este trastorno no puede ser más desacertada y lleva desde el primer momento a la confusión. Anorexia significa pérdida de apetito. Pareciera que estas pacientes carecen de apetito, que por ello no comen y llegan a la caquexia. Cuando evidentemente no es el caso. Muchas pacientes tienen apetito y, en todo caso, la pérdida de peso es siempre "intencional", esto es, procurada por la enferma. Hay una negativa a comer. Lo esencial del trastorno es esta negativa a comer para huir de la obesidad y mantenerse en una delgadez extrema. Por otro lado el calificativo de "nerviosa", podemos calificarlo de ambiguo, carente de rigor y propio del lenguaje coloquial ("esto es de los nervios").

En cuanto al término Bulimia, procedente del griego y que significa muy hambriento, es algo más afortunado. Tendríamos que advertir no obstante que en ocasiones no es la sensación de hambre la que lleva a la bulimia, sino el vacío, la ansiedad, el desconsuelo y un largo etcétera. Es el atracón, la ingesta masiva en poco tiempo y con carácter impulsivo, lo que caracteriza la conducta alterada.

Afrontaremos a continuación el apartado del diagnóstico de ambos trastornos. Como la práctica totalidad de los diagnósticos psiquiátricos son exclusivamente clínicos, siguiendo los criterios operativos diagnósticos de cualquiera de las clasificaciones vigentes, DSM-IV de la APA o CIE-10 de la OMS. Estamos viviendo una época en la psicopatología donde en aras de la operatividad sacrificamos la profundidad. La fiabilidad interobservador está mermando de forma alarmante el conocimiento y el análisis fenomenológico. No negaremos la utilidad y el avance indiscutible que los criterios de diagnóstico han traído a la clínica psiquiátrica. Afortunadamente hemos acabado con cientos de farragosas clasificaciones. Todos utilizamos un lenguaje común y no el dialecto de cada escuela. Tenemos que ser operativos y pragmáticos, pero sin perder el norte.

Vivimos bajo la influencia imperante de la Psiquiatría anglosajona. El mundo anglosajón siempre se destacó por ser fundamentalmente práctico. Dicen que la diferencia entre un latino y un anglosajón es que ante un problema el latino se pregunta por el origen, el anglosajón se plantea la solución. La psiquiatría anglosajona siempre adoleció de una carencia: el escaso interés y conocimiento de la fenomenología aplicada a la psicopatología. La Psicopatología General de Jaspers fue traducida al inglés muy tardíamente y el pensamiento de Jaspers influye escasamente en los autores norteamericanos. En la DSM no hay apenas huella de Jaspers, lo cual entre nosotros, como apuntaba hace años López-Ibor no es un comentario muy halagador. E ironizaba: " Para un pueblo práctico y empírico qué valor puede tener la descripción de los fenómenos. Lo que importa es actuar sobre ellos".

En esta exposición pretendo acercarme a la anorexia y a la bulimia desde un enfoque fenomenológico. Intentaremos llegar más allá de los simples criterios diagnósticos muy operativos y fiables pero escasos de calado fenomenológico.

Con frecuencia en la bulimia oímos, decimos, leemos y hasta escribimos que es comer compulsivo. Igual que hay compras compulsivas y otras muchas conductas compulsivas. Pero es un acto compulsivo o un acto impulsivo. La compulsión y la impulsión son estructuras vivenciales distintas. Desde un análisis estructural-fenomenológico, el acto compulsivo pertenece al mundo obsesivo, mientras que el impulso se relaciona con el descontrol instintivo.

Lo obsesivo es vivenciado como un dominar sin motivo. Esto es, el paciente obsesivo se siente cercado por unas vivencias cuyos contenidos tienen un cierto grado de absurdidad. Dichas vivencias podrán ser actos, ideas, temores o cualquier otro fenómeno de conciencia, pues todo puede tornarse obsesivo. En el caso del acto obsesivo, es decir de la compulsión, el paciente no desea, en ningún sentido, llevar a cabo el acto, se ve forzado a realizarlo sin que ello aporte *quantum* de placer alguno. El acto en sí parece más relacionado con lo mágico que con lo instintivo. Escaso de racionalidad hasta tal punto que muchos pacientes no quieren verbalizar los contenidos para que no le tomemos por locos. Ellos son los primeros en reconocer el carácter absurdo. La realización de la compulsión evita o mitiga una ansiedad tímérica.

En el acto impulsivo sin embargo, falta ese carácter de absurdidad. Lo instintivo se trasluce fácilmente. No hay necesidad de apelar a interpretaciones atrevidas para apreciar que las "impulsiones" se relacionan con la sexualidad, la agresividad o la alimentación, pautas de comportamiento dirigidas a la satisfacción de pulsiones. Aunque el sujeto vivencie también cierta forzosidad en la realización del acto, en cuanto a merma de libertad, hay no obstante sintonía con alguna instancia de la personalidad. Hay placer asociado a la ejecución del acto. En este sentido podemos decir que es egosintónico mientras se ejecuta, aunque ulteriormente aparezcan sentimientos de culpa, indignidad o asco y surja la egodistonia. Suele estar precedido de una sensación de tensión creciente que desaparece con la realización. Como todo lo instintivo es tensión que busca descarga. Con mucha frecuencia el acto impulsivo acontece en un breve espacio de tiempo. Todo su desarrollo suele aparecer en cortocircuito; en los casos más graves sin apenas lucha. Por el contrario el obsesivo suele resistirse y luchar mucho más oponiéndose a la realización, aunque una y otra vez fracase en su empeño. Al impulsivo hay que animarle a la lucha, mientras que al obsesivo persuadirle de la inutilidad de la misma.

Después de estas consideraciones fenomenológicas de carácter general parece evidente que en las bulimias no estamos ante un comer compulsivo, sino impulsivo. En la mayoría de los casos las pacientes bulímicas tienen muy poco en común con el paciente con trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque sean cuadros muy diferentes tanto fenomenológicamente como nosológicamente, resulta curioso que desde el punto de vista del tratamiento psicofarmacológico utilicemos las mismas sustancias. Casi todas las indicadas y que han mostrado su eficacia potencian la actividad serotoninérgica. Cabe pensar que la fisiopatología de ambos trastornos tenga aspectos similares. Sin duda se precisan avances en esta área que permitan a su vez tratamientos más específicos y eficaces. No podemos ni mucho menos estar satisfechos con los resultados actuales obtenidos en los trastornos impulsivos y aún menos en el TOC.

Otro aspecto en el que deseo detenerme es en el criterio diagnóstico referido a la alteración en el esquema corporal. ¿En qué consiste esta alteración en el esquema corporal? Las pacientes aseguran “verse gordas”, cuando resulta sorprendente el grado de caquexia y delgadez extrema en el que se hallan. Al mirarse al espejo comprueban que su tripa abulta y que sus glúteos y piernas son voluminosos. Desde el punto de vista fenomenológico esto supone un trastorno relacionado con la sensopercepción, similar a los fenómenos ilusorios. Esto es, habría una deformación de lo percibido. Creo sin embargo que debemos analizar cada caso. Hay pacientes extraordinariamente graves que exhiben su delgadez en piscinas públicas o en la playa, por lo que tenemos que cuestionarnos la autenticidad del “me veo gorda”.

La información exhaustiva que sobre este trastorno se da en los medios de comunicación, condiciona en mi opinión que se haya escrito una especie de guión al que muchas pacientes se atienen rigurosamente, sin que necesariamente en todas se produzca por igual los mismos fenómenos. Algo aparentemente uniforme puede ser muy diverso en su estructura.

En la anorexia nerviosa podríamos describir una traslación desde la fobia al delirio, como acontece en otros cuadros clínicos tales como la hipocondría o la dismorfofobia. Este paso de una estructura neurótica como la fobia a otra psicótica como el delirio puede producirse sin duda en la paciente anoréxica. En psicopatología concebimos que un temor desproporcionado e incontrolable que lleve a conductas de evitación continuas, vaya produciendo paulatinamente ideas sobrevaloradas que acaben minando el control de la realidad y lleven al delirio. Como pueden imaginar resulta de crucial importancia por lo tanto no conformarnos con constatar superficialmente la llamada alteración del esquema corporal, sino plantearnos qué estructura psicopatológica está presente, porque dista mucho de ser igual el abordaje terapéutico de una fobia que el de un delirio.

Casi todos los clínicos apreciamos una diferencia extraordinaria entre las pacientes anoréxicas restrictivas y las pacientes bulímicas, cumplan éstas o no los criterios de anorexia. Desde el punto de vista fenomenológico en las restrictivas no hay impulsión, nunca fracasan en su control restrictivo de la dieta. En ellas, como diría Frith, hay una fobia cuyo objeto lejano sería la obesidad y como objeto cercano los alimentos. La conducta de evitación sería la negativa a comer. Hay una fobia cuya conducta de evitación es la negativa a comer. Sería una fobia obsesiva. Von Gebssatle distinguía cinco tipos de fobias: comunes, temporales, espaciales, traumáticas y anancásticas. A estas últimas nos referimos. Tendría una estructura intermedia entre lo obsesivo y lo fóbico. De lo uno su persistencia, su penetrancia y su reiteración (obsidere = cercar), de lo otro su temor desproporcionado, incontrolable y su conducta de evitación.

Las enfermas restrictivas suelen presentar unos rasgos de personalidad en cierto modo opuestos a las bulímicas. Y ya decía nuestro Letamendi: “ Más vale saber que tipo de enfermo tiene la enfermedad que qué tipo de enfermedad tiene el enfermo”. El mundo de una chica con anorexia restrictiva suele ser muy distinto al de una chica con anorexia bulímica. La restrictiva se nos muestra en

términos generales con más tendencia a la inmadurez. En los casos de comienzo más precoces pueden pasar los años y mantenerse en una eterna infancia. Hay un temor al mundo de los adultos y por lo tanto un esfuerzo titánico por seguir siendo niñas. Resulta curioso comprobar un signo como la presencia del lanugo que habitualmente sólo vemos en los recién nacidos. No cabe mayor regresión. El interés mostrado por la sexualidad y por las relaciones con los chicos suele ser escaso o nulo, constituyéndose toda una negación de la sexualidad. Los rasgos obsesivos son los más marcados en la personalidad de estas pacientes. Tienen un alto sentido del deber, del orden, del perfeccionismo y son extremadamente meticulosas. Todo en ellas es rigidez y hay gran resistencia a cualquier cambio. Se ha planteado que determinadas conductas obsesivas podrían estar relacionadas con la desnutrición extrema. En animales sometidos a privación larga de alimentos se han observado estereotipias y conductas que recuerdan los modelos animales para el TOC.

En la bulímica sin embargo no aparecen estos rasgos anancásticos, se han señalado por algunos rasgos histriónicos de personalidad, aunque probablemente no sean ni mucho menos constantes. Apreciamos labilidad y cambio. Parece evidente que en estas pacientes hay otra dinámica. Queda placer y deseo, de hecho siguen manteniendo interés por la sexualidad y con cierta frecuencia erotizan las relaciones interpersonales, aunque obviamente como en todo conflicto subyace la ambivalencia. En todo caso la inmadurez y la regresión no resultan tan marcadas.

Me gustaría terminar haciendo hincapié en la diversidad que presentan estos trastornos y del peligro que supone considerarlos como trastornos uniformes. La diversidad no es sólo fenomenológica como he intentado mostrar, sino que trasciende a los planos clínico, evolutivo y terapéutico. La uniformidad es sólo aparente y deberíamos replantearnos la validez de los actuales criterios operativos de diagnóstico. La mayoría de los cuadros son incompletos si seguimos esos criterios, y lo que es aún menos asumible, hay cuadros en extremo graves que no cumplen todos los criterios. He tenido enfermas con menos de 30 Kilos que reconocían su extraordinaria delgadez y con gran autenticidad manifestaban su deseo de ganar peso, al tiempo que mostraban todo un trastorno obsesivo que les incapacitaba por completo.

Por último quiero recordar un enunciado que Szas señalaba en su obra el mito de la enfermedad mental. Decía que la predicción de un acontecimiento puede ser la causa de su ocurrencia. A veces pienso que la continua información que de este trastorno se da en los medios de comunicación está contribuyendo a su propagación y desarrollo, pero esto es harina de otro costal.

Bibliografía:

HUEBNER, H.F.: *Endorphins, Eating Disorders and other Addictive Behaviors*. Editor Norton, New York. 1993.

II CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN DE ESTUDIOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona. Vol. 26 Num. 4 Julio-Agosto 1999.

ALONSO-FERNANDEZ, F.: *Formas actuales de las Neurosis*. Editorial Pirámide, 1981.

BRUSSET, B.: *La Anorexia*. Editorial Planeta. Barcelona, 1985.

TORO, J.: *El cuerpo como delito*. Anorexia, bulimia y cultura. Editorial Ariel. Barcelona, 1996.

TURÓN GIL, V.: *Trastornos de la alimentación: Anorexia Nerviosa, bulimia y obesidad*. Editorial Masson. Barcelona, 1997.

CAPARRÓS, N.: *La Anorexia: una locura del cuerpo*. Biblioteca Nueva. Madrid, 1997.

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

3.5 Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de actitudes

Juan José Llopis. D^a Montse Rebolida. Irefrea España.

RESUMEN

En la presente ponencia se hace un análisis de los datos correspondientes al estudio realizado por Irefrea con una muestra de 80 mujeres diagnosticadas de adicción a opiáceos en tratamiento en diferentes servicios de toxicomanías del Estado Español.

Por una parte se muestran los datos sociodemográficos y de consumo más significativos con especial incidencia en las relaciones interpersonales relacionadas con su adicción y las consecuencias de ella. En segundo lugar se analizan las opiniones vertidas por una parte de estas mujeres en entrevistas abiertas y en "focus group", referidas a los puntos clave en el desarrollo de su toxicomanía.

Aspectos como la inestabilidad y baja cualificación laboral junto con la dependencia económica de terceros se muestran relevantes en las expectativas de cambio de la conducta adictiva. Así mismo gran repercusión en patologías asociadas tiene relación directa con un mayor uso de jeringuillas, con sus hábitos de consumo y las prácticas sexuales de mayor riesgo. Es significativa la alta incidencia de malos tratos tanto en edades previas a la iniciación de la adicción como en épocas posteriores, la presencia de psicopatologías es notablemente mayor que en los estudios de adictos varones, sobre todo los trastornos afectivos, al igual que la presencia de trastornos adictivos en el entorno familiar inmediato de las toxicómanas.

Factores determinantes se muestran la maternidad y sus consecuencias, la alta tasa de abortos, las circunstancias en que se producen y el papel de los hijos. Estos son aspectos que van marcando la evolución de la toxicomanía en la mujer dando lugar a diferencias notables que se reflejan tanto a la hora de acceder a los programas de tratamiento como en los resultados del mismo.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del presente trabajo se ha encontrado con serias dificultades debidas a la escasa investigación de la incidencia y características de la drogodependencia en el sexo femenino. Este desconocimiento de su especificidad en determinadas características de la adicción ha propiciado que exista un concepto general del drogodependiente que divulga un único perfil

aceptado como el perfil medio del heroinómano sin distinción de género. Es necesario recurrir, en la mayoría de las ocasiones, a publicaciones extranjeras referentes a la problemática de la adicción en diferentes países y, consecuentemente, en entornos muchas veces de difícil comparación entre ellos. Las condiciones socioculturales españolas no tienen demasiados puntos comunes con las que envuelven a las mujeres de Nueva York, Londres o Sydney. Tampoco la tradición investigadora de otros países en este campo tiene mucho que ver con la española puesto que ni siquiera los periodos históricos de desarrollo de las drogodependencias son comparables. Cuando en nuestro país la adicción a heroína no llegaba a plantear prácticamente ninguna iniciativa sanitaria o social, en otros países ya se determinaban diferencias en los adictos según su sexo y se planteaban iniciativas terapéuticas diferenciadas (Ellinwood et al 1966).

DIMENSIÓN LABORAL

La practica totalidad de las entrevistadas refieren haber trabajado desde el mismo momento de abandonar los estudios. Normalmente son trabajos de escasa cualificación (25 % trabaja en limpieza, reparto de publicidad o camarera) en la mayor parte de las ocasiones con contrato temporal o sin contrato laboral y un 39% de desempleo en el momento de la entrevista.

Lo más frecuente es observar degradación del puesto y del nivel profesional que llega en algunas ocasiones a pasar a ejercer la prostitución. El 47% alternen periodos de trabajo con periodos de paro y el 30% califican su estabilidad laboral como muy precaria.

"A los 13 años en una pastelería, luego empleada del hogar limpiando y sin contrato, ama de casa 9 años y luego prostitución hasta ahora" (*madre, 36 años*).

" Comencé como secretaria luego estuve de camarera en un restaurante, más tarde en empresas de limpieza sin contrato y lo ultimo en reparto de publicidad, llevo dos años sin trabajar" (*Sin hijos, 32 años*).

A pesar de encontrar muy pocos casos con trabajo estable y cualificado, son minoría las mujeres que califican, espontáneamente, a su carrera laboral de precaria, creencia en la que tiene gran influencia la visión pesimista de futuro que les provoca su toxicomanía aceptando la repercusión de la adicción sobre su situación laboral.

" Mi toxicomanía ha influido en la falta de aspiraciones, he perdido ocasiones laborales y no he buscado trabajo por que era más prioritaria la toxicomanía" (*Madre, 24 años*).

" El trabajo fue estable hasta comenzar con la heroína, a los 26 años, a pesar de que bebía mucho. Luego ya fue un desastre, no rendía hasta que en la empresa supieron que me drogaba y estando de baja laboral

me dieron una carta de recomendación para que me fuese... Llegamos a un acuerdo y me aconsejaron que no volviese por el trabajo." (*Madre 30 años*).

La misma adicción ha sido determinante en la actividad laboral según la opinión del 74% de las entrevistadas.

"Si tenía dinero me drogaba, llegaba tarde al trabajo y al final lo dejaba antes de que me echaran, luego buscaba otro cada vez con menos dinero y peor..." (*Madre, 32 años*).

En algunos casos puntualizan más y ven en el deterioro físico consecuencia de la toxicomanía, el motivo de la discriminación laboral, reproduciendo el tópico social de que las oportunidades profesionales en las mujeres van en relación a su belleza.

" Si físicamente estas muy deteriorada aunque ya no tomes drogas no te creen y no te dan trabajo, otra cosa es si tienes un buen cuerpo, como tu, aunque te drogues..." (*En pareja, sin hijos*).

La mayoría están de acuerdo en que la discriminación laboral que han sufrido u observado en otras compañeras se limita a reproducir los modelos socialmente establecidos con relación al sexo de cada uno (77%).

" En una mujer está peor visto que se emborrache o este drogada... tengo un compañero en la cocina conmigo que es heroinómano, todo el mundo lo sabe y nadie le dice nada... yo si voy dos veces al servicio ya me llaman la atención, ¿por qué?. Por que él es hombre y yo mujer" (*casada, un hijo*).

Recaltar que estos datos coinciden con lo señalado en las encuestas de población general y en la "Encuesta de estructura salarial" (INE 1996) en la que las ganancias de la mujer trabajadora pueden ser entre 300 mil y un millón de pesetas anuales menos que para el hombre.

La misma circunstancia la encontramos al valorar las aspiraciones de las mujeres encuestadas o si se han sentido satisfechas en su trabajo. Las aspiraciones se concretan en tener un trabajo estable y no sentirse discriminadas frente a los hombres.

" Me gustaba lo que hacía en la hostelería, en el club de chicas no,... me gustaría tener posibilidad de volver a un trabajo normal" (*No hijos, 25 años*)

"... que me den las mismas oportunidades y me traten igual que a los hombres" (*No hijos, 26 años*).

La ocupación laboral suele ser mínima o nula y su economía se basa en una relación de dependencia con sus padres o su pareja para su sustento o en la

percepción de una paga por enfermedad, normalmente por VIH, o de la caridad pública. Esto no es más que una prolongación de la situación que vivía durante su adicción activa en la que se sigue manteniendo una actitud de sumisión que la vuelve a poner en situación de dependencia de otros. En el discurso referido a la situación actual no aparecen actividades de prostitución o de tipo delictivo.

“ No tengo trabajo, estoy pendiente de una pensión por enfermedad. Mi economía esta a cero, vivo de lo que me dan. Vamos a comer a un sitio de precocinados que una señora nos da lo que le sobra... el tema económico no me preocupa, con poder comer y dormir... pero afecto ahora no lo tengo”. *Cristina*.

“Solo tengo la no-contributiva y entre el alquiler y papear y yo que sé... por que el chocolate ya les dije que no lo dejaría por que aunque digan que no, te relaja”. *María*.

Diversos autores (NIDA 1994, Allen 1994, Spiral 1995, Llopis1997, etc.) coinciden en señalar menor cualificación profesional, mayor índice de desempleo y también mayor dificultad para una independencia económica de la mujer adicta respecto del hombre.

DIMENSION DE LAS DROGAS

Los **Primeros Consumos De Heroína** se producen, en la mayor parte de los casos, junto con el novio o marido (46%) que tiene una participación determinante como inductor o bien modificando su actitud hacia las drogas e incluso en algunos casos como “ejecutor” de la primera administración de heroína en la mujer.

“ Mi marido llevaba tiempo vendiendo heroína y la tenía a mi alcance, eso me decidió a probarla” (*Madre, 36 años*)

“El estaba enganchado a la heroína y yo le ayudé a salir varias veces, un día acabé probándolo, sobre todo por curiosidad y falta de información... si hubiera sabido que yo también llegaría a estar como él no hubiera empezado” (*No hijos, 21 años*)

“ Mi novio se drogaba, era hijo de un militar de clase social alta, entonces yo normalice el tema de las drogas. Siempre lo había visto como marginal, pero entonces lo vi como normal, que hacia sentir bien a la gente y decidí probarlo”. (*Madre, 32 años*).

“...me había costado mucho salir con él y no quería perderle. Él consumía y no vi otra alternativa que consumir con él para acercar más nuestra relación. Además yo estaba convencida de que podía tomar la heroína cuando yo quisiera, que iba a controlarlo... pero me equivoque” (*No hijos, 29 años*).

El Instituto de la mujer en su estudio de 1996, *Mujer y drogas* pone especial énfasis en el factor pareja adicta y considera que “muchas mujeres heroinómanas empiezan a consumir a través de su pareja, para sentirse unida a él o a ella, o porque se sienten presionadas para compartir también esa experiencia”. Llopis señala en 1997 que a diferencia de los hombres el uso inicial de heroína en la mujer está influenciado por el hombre, especialmente por su pareja sexual que suele ser un adicto a la heroína.

Frente a ese inicio propiciado por la pareja masculina se produce la paradoja de que más adelante el varón no quiere que ella siga drogándose argumentando que no quiere que se enganche, y tomando una postura de oposición al consumo de ella que no suele solucionar nada.

“ Llegó el momento en que él vio que yo me podía enganchar por que le pedía muy seguido y me dijo que ya no me daba, entonces yo me busque la vida por otra parte” (*Casada, un hijo*).

“...si pero tu te pones cabezona, que sí, que quiero que me des, que si tu tomas yo también tomo.” (*Separada, sin hijos*).

Algunas de las mujeres encuestadas indican como factor de iniciación la imitación de otras personas consumidoras de drogas, señalar la circunstancia de que no tenían pareja en ese momento.

“ Al año ya estaba enganchada. Primero no te enteras, decía que cuando quería lo dejaba... yo no me engancharé... (con la voz quebrada y conteniéndose las lagrimas)... Mi hermana fue quien me pinchó por primera vez y la otra me invitó. Ellas eran más mayores y para que no las sobaran yo iba por las dos... me puse a hacerlo para su tío pero cuando vi que la había puesto a ella en la carretera dije ime caguen la putai... ¿que conmigo no hay bastante?” *María*.

Es curioso comprobar que cuando se refieren al **Momento Más Difícil En Su Trayectoria** no hablan de prisión o de enfermedades físicas, malos tratos, etc. sino del momento en que son conscientes de su drogodependencia, el momento en que se les “derrumba todo”.

“ Cuando vi que necesitaba meterme lo que fuese, verme degradada, que se me había escapado el control de las manos” (*Madre, 38 años*)

“ Cuando ya estaba enganchada a la heroína y me tenia que inyectar mi pareja, dependía totalmente de él y de la droga” (*Madre, 32 años*).

“ El peor momento fue cuando tuve que elegir entre mi novio (drogadicto) o mi familia... me fui con él” (*No hijos, 25 años*).

“ Yo vendía y esnifaba al principio, mi marido estaba enganchado y no sabia que yo también me hacia. Me invitaba alguna vez pero no quería

que yo lo hiciera todos los días... yo no sabía nada, una noche que dormía en casa de mis padres no sabía lo que me pasaba. Por la mañana esnifé y se me quitó el mal rollo y entonces fue cuando me dije ¡Madre mía!" *Ana*.

Esa relación de dependencia de la pareja adicta, tanto en el ámbito afectivo como en el aspecto proveedor de la droga, hace que la mujer se mantenga en el desconocimiento e inconsciencia que acabamos de observar y que sitúa a la adicta ante la impotencia de abordar su propio problema en el momento en que la relación de pareja se rompe. Según el estudio de la Fundación Spiral (1995) la existencia de esta bidependencia en la mujer es fundamental en la evolución de la adicción así como en la reanudación del consumo

"Cuando metieron preso a mi marido, él vendía y entonces pense que si me daba el mono. Eso me hizo pensar que estaba enganchada... tenía 17 años y vi que mientras estaba con él no me faltaba nada y cuando lo encarcelaron ya no tenía nada... en aquella época no se sabía nada... él me inyectaba" *Clara*.

Comenzamos a constatar que la aparición del Síndrome de Abstinencia de heroína, independientemente de lo que lo motive, es la causa principal por la que la mujer toma consciencia de su adicción y comienza a plantearse buscar ayuda. El síndrome de abstinencia no suele ser una motivación consistente y puede que tan solo sea la luz roja de alarma pero no la causa real de buscar ayuda.

" Me di cuenta cuando me levanté un día y no pude funcionar... bueno no, entonces me buscaba la vida... busqué ayuda cuando lo emocional se me rompió, se me iba el cariño y perdía las relaciones..." *Gracia*.

Lo que realmente ve la adicta como necesidad esencial es el Apoyo Psicológico para superar la dependencia. Necesidad que no suele verse cubierta con eficacia desde los centros de tratamiento.

"Hay mucho pastel (engaño) en esto. En un centro que estuve nos pasábamos el día haciendo pegatinas y lazos del SIDA y luego te ponían en un semáforo o en el mercado a pedir. La ayuda que necesitaba yo era psicológica y no eso". *Cristina*.

" En mi primer tratamiento me faltó algo psicológico. El apoyo." *Sandra*.

" Eso es lo fuerte. El mono es lo más fácil, lo difícil es pasar luego sin hacerte nada". *María*.

La ambigüedad de querer y no querer, la necesidad de dejar de drogarse y el deseo patológico que caracteriza la dependencia psicológica acaban confundiéndose en los primeros intentos de tratamiento y dando lugar a graves discordancias entre demanda y oferta terapéutica lo que no beneficia para nada a la adicta

"Estuve tres veces en la Cruz Roja y siempre era lo mismo, volvía a recaer... hasta que mi madre me echó de casa por que ingresé en Proyecto y le dijeron a mi madre que a la calle... estuve un año durmiendo en una fabrica... que te echen a la calle no te ayuda, a mí me hacia falta lo contrario... apoyo". *Sandra.*

El síndrome de abstinencia, la necesidad de tratamiento psicológico y de apoyo afectivo junto con la desinformación durante los primeros años de su adicción son elementos clave que mediatizan la búsqueda de ayuda y la eficacia de la atención recibida.

Las Sobredosis y los Intentos de Suicidio (38% y 42% respectivamente) referidos tienen una estrecha relación ya que muchas veces las toxicómanas se han autoprovocado sobredosis con finalidad suicida. Otras veces es accidental causada por que suele ser su pareja quien le inyecta la droga, con lo que las sobredosis suelen ser múltiples (24%). Muchos de los intentos de suicidio son resultado de un estado depresivo como consecuencia del deterioro personal por la adicción o bien por la conflictividad de su relación de pareja o con la familia.

"... quería dejar de vivir así... estaba en tratamiento de desintoxicación viviendo con pareja toxicómano, sin trabajo y muy mal anímicamente" (*Madre 27 años. A los 21 años sobredosis con pastillas*).

" Para aumentar los efectos me ponía más de lo que toleraba... en la calle con otros drogadictos, sin trabajo y con mi pareja en prisión" (*Madre, 34 años*).

"Mezclaba heroína y cocaína con mi novio y un amigo, mi novio era el que me pinchaba y se pasaba con la dosis... en una pensión nos quedamos los dos y el otro llamó a la ambulancia." (*Sin hijos, 28 años*).

El motivo principal de Recaída es el mantenimiento del deseo de consumir drogas, la Dependencia Psicológica. Algo que de una forma común denominan ansiedad y que muchas veces se mantiene desde el mismo momento de la desintoxicación.

"Volví a consumir por que el deseo era superior a todo, aunque yo sabia que me volvería a enganchar" (*Madre, 35 años*).

" Seguía teniendo la ansiedad, me quitaron los tranquilizantes y a la mínima tomaba heroína...ningún tratamiento me valía, siempre tenia ganas de consumir" (*No hijos, 28 años*).

En algunos casos la recaída parece motivada por un estado depresivo que permanece durante las primeras épocas de la deshabituación.

" No le encontraba sentido a nada, me sentía estresada en el trabajo y deprimida, no valía la pena lo que estaba haciendo..." (*Madre, 30 años*).

Las mujeres toxicómanas manifiestan el vacío que sienten tras superar la sintomatología de abstinencia, cuestionando indirectamente los programas de tratamiento centrados en aspectos puramente físicos de la adicción.

“ Me llevaron a una clínica que te duermen y te despiertan al tercer día. Pero cuando volví aquí fue fatal. Me sentía sola, perdida, que no era nadie, como si llevara un letrero en la frente que pusiera iyonquii... claro, acabé poniéndome”. *Clara*.

Es claramente manifiesta la impotencia que siente para superar La Dependencia Psicológica que acaba llevándola de nuevo a tomar drogas para no sentirse “perdida... sola...”. Este es otro de los puntos que define claramente la conducta de adicción. ¿Qué ocurre cuando se supera el malestar de la privación?. El vacío interior y la extrañeza ante el mundo que les rodea cuando dejan de tomar drogas las sitúa ante una gran contradicción, no pertenecen al mundo de los que no se drogan pero tampoco pueden volver al mundo de los que si lo hacen, apareciendo una falta de identificación prácticamente imposible de superar sin un buen trabajo de apoyo e intervención psicosocial.

“ Estaba en el programa de reinserción de Proyecto Hombre, cuando salía con amigas positivas me sentía rara y luego no lo decía ni en casa ni en Proyecto, no era sincera. Me fui desvalorizando y pense que estaban conmigo por lastima, en ese momento me sentí igual a los otros, a los toxicómanos y por eso fui de nuevo con ellos y volví a drogarme... me pasó por tragar y ser deshonesto” (*No hijos, 25 años*).

La mujer adicta vuelve al consumo como reacción, como respuesta a su extrañeza vital, buscando su lugar en el mundo, en ese mundo en el que ha aprendido a vivir durante años.

DIMENSIÓN SENTIMENTAL

La **Influencia de la Pareja Drogodependiente** sobre las **Recaídas** en el consumo de la mujer toxicómana es uno más de los aspectos de la influencia determinante de este sobre todo el proceso de adicción incluyendo el **Inicio en el Consumo** o la imposibilidad para realizar un **Tratamiento**.

“ Si mi marido consumía a diario en casa como me iba a desintoxicar...era imposible iniciar un tratamiento” (*Madre, 34 años*)

La práctica totalidad de las encuestadas (72%) ha tenido varias **Parejas** drogodependientes diferentes desde el inicio de su adicción, que han ejercido influencia muy variada sobre su propia toxicomanía. La mujer adicta se muestra en su **Vida Sexual** significativamente distinta del hombre adicto. La practica totalidad mantiene relaciones sexuales y muchos autores señalan los elevados índices de promiscuidad (más de dos parejas en los últimos seis meses) desde

el 31% de Llopis (1997) al 77% de Borrego (1994), con la particularidad de que muchos de ellos también son adictos

“ Conocí al hombre que está conmigo estando ya enganchados los dos. No tiene ninguna influencia sobre mi adicción, mi primer marido si fue determinante en que yo me enganchara” (*Madre, 32 años*)

“ Desde siempre nos hemos influido los dos para consumir... yo también tengo que ver en su adicción” (*Madre, 36 años*)

La relación con la pareja que, como vemos, suele ser un adicto, no solo conlleva el riesgo de iniciar en el consumo a la mujer sino que se agrava con la aparición de transmisión de enfermedades por no tomar precauciones, tanto en el uso de jeringuillas como en las relaciones sexuales, y sobre todo por la falta de sinceridad que suele acompañar a la adicción. El Instituto de la Mujer (1996) señala que la existencia de pareja adicta influye negativamente en la evolución del trastorno e incrementa el riesgo de patologías secundarias al consumo de drogas en la mujer.

“Cogí el SIDA por contagio sexual antes de empezar a drogarme. Yo no sabía que él se pinchaba y nunca me lo dijo.” *Sandra.*

“He tenido tres parejas, todos yonquis, al principio me inyectaban ellos por que yo no sabía. Hace 4 años que vivo con el de ahora y nos estamos deshabilitando, solo nos hacemos algún chute... pero somos más de heroína que de coca”. *María.*

El 46'5% de las encuestadas han **Compartido Jeringuillas** frecuentemente, posiblemente por la tendencia a inyectarse junto a su pareja adicta y compartir, o más bien inyectarse después que él con la misma aguja y jeringa que éste ha usado previamente. La practica totalidad de los autores coinciden en la mayor tendencia de la mujer a compartir agujas en su consumo

En muchos casos la percepción que tienen de su relación de pareja y de cómo le ha influido a ella está francamente distorsionada.

“Tuve una pareja durante 8 años, primero bien pero luego lo tuve que dejar por que era venir a casa y paliza diaria y eso que no se hacia heroína... no más parejas hasta la de ahora... él está en metadona y no consume nada. Es gitano pero muy bueno y no quiere ni oír hablar de chutes (dosis intravenosa)”. *Laura. Su pareja anterior era bebedor excesivo y consumidor habitual de cocaína, la actual abusa de los psicofármacos al igual que ella.*

La **Influencia de Marido o Novio Drogodependiente** es fundamental sobre la **Reanudación del Consumo** de heroína en la drogodependiente (20%).

“ Estabamos los dos en tratamiento y no había nadie que controlara si tomábamos la naltrexona. Él se pinchó y yo fui detrás” (*Madre, 32 años*)

“ Creía que él estaba abstinente y era falso, volví con él e hice lo mismo...”(*No hijos, 27 años*)

La relación de pareja unida a la adicción de ambos no aparece como desencadenante de **Conductas de Prostitución**, por lo menos reconocida, entre las mujeres entrevistadas, pero si reconocen haber ejercido la prostitución en alguna ocasión el 32% y además conocen abundantes ejemplos tanto de chicas como de chicos que para poder pagarse el consumo se han prostituido. En España según señala Borrego en 1994, el 70% de las mujeres y el 12,3% de los varones adictos, reconoce el ejercicio regular de la prostitución.

Para Bravo et al en 1994 las mujeres que comparten jeringuillas ejercen con mayor frecuencia la prostitución, por la mayor intensidad de su adicción y menor posibilidad de otras fuentes de ingresos junto con mayor coste de su consumo. Al mismo tiempo son quienes menos usan **Preservativo** entrando así en una espiral de factores de riesgo que se incrementa exponencialmente.

Mayoritaria es la opinión que relaciona adicción, mujer y prostitución, aunque ellas mismas plantean ciertos matices en esa relación.

“ Se creen que porque eres una mujer yonqui enseguida te buscas la vida en la calle”. *Clara.*

Las mujeres aceptan esta relación que, por otra parte, es una opinión generalizada en la sociedad y confirman que está basada en una realidad constatable, aunque no siempre es la mujer quien a de seguir esa actividad para sufragar su consumo, e indefectiblemente el de su pareja.

“...En el noventa por ciento acaba siendo así, pero... también hay muchas que están con un hombre que las ha obligado a hacer la calle.” *Laura.*

“...a la mujer le es más fácil tener pareja y conseguir dinero”. *María.*

¿Conseguir dinero para quien?. Esa sería una pregunta sin resolver por parte de las adictas, por que muchas veces la prostitución es un medio de mantener económicamente el consumo de los dos.

DIMENSIÓN MATERNIDAD

Encontramos una incidencia muy elevada de **Abortos** entre la muestra encuestada (52%) y en algunos casos son varios los abortos sufridos por la misma mujer. Entre aquellas del estudio que no tienen hijos únicamente una no ha sufrido aborto alguno. La mayor parte son voluntarios (40%) y en relación con la adicción, sobre todo con su situación social y de salud.

"Estaba con mi pareja de ahora y me quede embarazada después de reanudar el consumo, me encontraba mal física y psicológicamente ya que era la primera vez que recaía después del tratamiento... eso me llevó a abortar" (*Madre, 30 años, aborto voluntario al tercer mes*)

"Mi pareja y yo nos drogábamos con heroína y cocaína, estábamos sin trabajo y no quería tener un hijo con SIDA" (*Sin hijos 34 años, aborto en el 2º mes*).

" He tenido dos abortos, el ultimo espontaneo en el primer mes. Soltera, sin pareja fija y drogándome..." (*Sin hijos, 21 años*).

En muchos casos la decisión de abortar se toma en el contexto de un sentimiento de inmadurez que se verbaliza como no sentirse preparada para el parto o la maternidad.

"Mi pareja es toxicómano, estaba sin trabajo y en tratamiento en Proyecto Hombre... no me creía preparada ni madura para ser madre" (*No hijos, 26 años. Aborto voluntario al 2º mes*)

"...Tenia pareja y nos drogábamos pero no quería tener hijos. En vez de utilizar anticonceptivos me deshice luego de él" (*No hijos, 28 años. Varios abortos en el 2º mes, el último voluntario*).

"...Estaba sin trabajo, tomando drogas y vi que no era el momento de tener un hijo... estaba enganchada y no podía tenerlo" (*No hijos, 32 años. 4 abortos, el último voluntario al 4º mes*).

La incidencia de abortos entre las mujeres drogodependientes es muy superior a la de la población general española que alcanza el 17%, lo mismo ocurre con las interrupciones voluntarias del embarazo con una incidencia muy superior entre las heroinómanas a la que presenta la población general española según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo publicados en 1993.

La mayor preocupación durante el embarazo era que todo fuera bien y más concretamente que el bebe naciera libre de anticuerpos de VIH y sin problemas. En algunos casos la mayor preocupación era la posibilidad de que les quitaran el bebe tras el parto.

" Tomé drogas durante todo el embarazo, me daba miedo que me quitaran el bebe por ser toxicómana... no fui al ginecólogo por miedo, por la misma razón no acudí a ningún servicio para toxicómanos. Vivía con mi marido y otra pareja de toxicómanos en el mismo piso" (*Madre, 36 años*).

En general son pocas las mujeres encuestadas se han realizado controles ginecológicos durante todo el embarazo (31%), en ellas fue esa la razón para disminuir o abandonar el consumo. En muy pocos casos han recibido

tratamiento con metadona durante el embarazo ya que en España, hasta hace pocos años los PMM han tenido una implantación irregular e insuficiente. El 73% de ellas se drogaba en el momento de la gestación y el 43% siguió consumiendo a lo largo de la práctica totalidad del embarazo.

“ En mi último embarazo tomaba drogas de forma esporádica pero solo cocaína y alcohol, vivía con mi pareja, me hice los controles ginecológicos y seguí trabajando en el hotel hasta el final de la temporada turística... me preocupaba que naciera bien y por eso baje el consumo e iba al ginecólogo” (*Madre, 30 años*).

Los Partos suelen presentar como complicación la aparición de síndrome de abstinencia en el bebé (30%) lo que suele dar lugar al ingreso hospitalario de este entre 2 y 40 días. Prácticamente no hallamos episodios de trato discriminatorio para el recién nacido en el trato que recibieron en el hospital, en cambio no es raro que la madre se haya sentido discriminada por parte del personal médico, casi siempre por parte de ginecólogos, y sanitarios varones del hospital.

“ Me trataron fatal, no me pusieron al niño encima cuando nació por ser una sucia drogadicta. Luego tuve muchas hemorragias y casi me muero, me hicieron firmar un papel como que me había atendido el ginecólogo y no era verdad, en el parto había una enfermera mayor y una chica que hacía prácticas... si no fuera drogadicta no me hubiera pasado eso” (*Madre, 33 años*).

“ En el primero me apartaron del resto de mujeres por tener anticuerpos, a mi hijo lo trataron bien, pero lo tuvieron pocos días en la incubadora... en los otros partos ha sido diferente nos han tratado bien” (*Madre, 34 años*).

La relación de la madre adicta con su hijo/a viene apareciendo sistemáticamente como tema de gran preocupación que invade otras esferas de su vida y es que las repercusiones de la adicción tienen gran relevancia cuando nos referimos a la descendencia.

“Cuando estaba con el rollo mi hijo estaba con mis padres. Mi hijo es fuerte, no tiene secuelas, siempre he estado con él... solo lo dejé unas horas” *Ana. Vive con sus padres y su hijo.*

“ Mi hija tampoco tiene secuelas, pero algo tiene que tener ahí dentro... me ha costado mucho pero he conseguido recuperarla a pulso y currármelo porque mi hija siempre ha estado con mis padres. *Clara. Vive con su hija y sus padres.*

Está claro que la visión de la mujer adicta sobre la Relación Maternofilial está bastante deformada. Son conscientes de que algo no funciona pero aceptan, resignadamente, la intervención de los abuelos reservando para ellas un papel

meramente secundario de "... estar ahí y currármelo..." al mismo tiempo que expresan su temor por el sufrimiento que la adicción acarrea a sus hijos/as.

"... lo oye todo (su hija)... se ve que tiene un nudo en él estomago. Hace poco le pregunté si este verano iba con su padre y se me puso a llorar enseguida... va al psicólogo del colegio y le ha ido bien. Tiene que ser duro por que ella ha visto todo lo que ha pasado". *Clara.*

"... los que lo sufren todo son los niños... me da miedo". *Cristina.*

Mantener un papel activo como madre y al mismo tiempo continuar con la adicción presenta en muchos casos incompatibilidades manifiestas. El sentimiento de incompetencia y el reconocimiento de no haber atendido a los hijos como debieran es común al discurso de todas. Una realidad contrastada es la incompatibilidad que presentan los programas de tratamiento para mantener esa relación, lo que se puso de manifiesto durante los grupos como una opinión generalizada.

"En los tratamientos nunca hemos recibido ayuda para los niños... siempre se han quedado con nuestros padres." *Cristina y Ana.*

"A mi hijo no le alimentado como debía, siempre ha ido limpio pero comía lo que había" (*casada, un hijo*)

Esta situación propiciada por la adicción lleva a una desestructuración de la relación familiar con perversiones en la dinámica, de forma que las madres pierden la custodia de sus hijos para pasar a ser las abuelas quienes se hacen cargo de los nietos pasando estos a ser educados como si fueran sus hijos.

"...mi hijo y yo tenemos que cumplir las normas que ponen mis padres..." (*Viuda, un hijo de 15 años*).

De este modo desaparece una generación, la generación intermedia de la mujer-madre adicta, con las consecuencias que esto conlleva en las posteriores fases de rehabilitación. Los hijos pierden el respeto y el referente materno y los abuelos ejercen de nuevo sobre la madre heroinómana un dominio en el que colocan al mismo nivel a la hija y al nieto/a.

"No podía atender a mi hijo por ser toxicómana y me lo quitaron... ahora la custodia la tiene mi madre y lo veo poco" (*Separada, un hijo*).

"Tengo una hija de 16 años que vive con mis padres en Barcelona. Mi madre la cogió de chiquitina y la cuidó... no se nos pasó por la cabeza que yo me la llevara... sabe que soy su madre. Es una egoísta, trabaja y no le da dinero a mi madre y luego está dos o tres días sin ir por casa" *Cristina. Adicta desde los 14 años.*

En cuanto al **Apoyo Familiar**, materializado en la persona que se responsabiliza del tratamiento, Llopis (1997) aprecia que la mujer se enfrenta sola al tratamiento en mayor medida que el hombre, 51% y 37% respectivamente, y es mayor en el segundo, el apoyo de la familia de origen. La madre es la persona que más participa como responsable del tratamiento, pero el autor destaca la ambigüedad de ese apoyo que muchas veces está mediatizada por el tipo de programa terapéutico que sigue la adicta.

DIMENSIÓN SALUD

Las mujeres toxicómanas sufren las consecuencias de su adicción/ hábitos de consumo de forma especialmente grave. En general encontramos un gran número de infectadas por VIH (45%) y de afectación por Hepatitis B (35%) siendo alarmante el 70% de infecciones por Hepatitis C. A pesar de la gravedad de estas patologías, las participantes no muestran gran conciencia de enfermedad centrándose, como máximo, en el VIH y menospreciando otras como la tuberculosis o las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

“De salud estoy como una pera. Después de una recaída el cuerpo se recupera, el coco es lo que se queda mal”. *Gracia. Enferma de SIDA en tratamiento y hepatitis C activa.*

“Tengo hepatitis C desde hace 7 años, me dijeron que estaba bien y hace años que no me hago revisiones... pero yo no me noto nada”. *Ana sufre Hepatitis C crónica.*

Uno de los factores asociados a la infección por VIH en las mujeres es el elevado número de parejas sexuales drogadictas vía parenteral señalado por Lacoste y Gallo en 1991 que observan como tan solo el 44% de las adictas VIH positivo usan preservativo en sus relaciones sexuales con la circunstancia de no producirse cambios una vez conocida su seropositividad. De ello se desprende que existe un continuo incremento de los casos de SIDA en mujeres y especialmente en mujeres drogodependientes, comparado con los hombres, sobre todo por su relación con varones ADVP que las conduce a una mayor exposición a prácticas de riesgo en el consumo, pero sobre todo a través de las relaciones sexuales.

Según el informe de 1996 de la Unidad Móvil de Médicos del Mundo en Baleares, entre las prostitutas atendidas el 50% consumen drogas y el 80% utilizan la vía parenteral de forma preferente, el 92% tiene dificultades para utilizar preservativos en sus relaciones, un 23% son portadoras de VIH y un 43% de hepatitis (Orte, 1998).

Existe escasa conciencia de enfermedad, lo que unido a la deficitaria información sobre sus patologías es determinante en los hábitos de salud de las toxicómanas. Por otra parte es ciertamente alarmante el bajo índice de cumplimiento de los tratamientos e incluso de los controles médicos de su estado físico.

"De salud estoy mal, en la granja ya me lo pasé muy mal. Tengo SIDA y hepatitis C pero no me tomo el tratamiento". *Cristina. Enferma de SIDA, hepatitis B, C y varias ETS.*

"Soy seropositiva pero hace años que no me hago análisis, paso de todo. Mi pareja y yo hacemos lo mismo". *María. Enferma de SIDA, Hepatitis C y tratamiento por TBC.*

Parecen existir determinantes psicológicos, elaborados como creencias, que vienen a marcar la conducta respecto de sus dolencias físicas y sobre todo de los tratamientos médicos. En algunos casos y a pesar de ser conscientes de la necesidad de tratamiento, estas creencias actúan impidiendo que la adicta tome las medidas oportunas para impedir la progresión de la enfermedad o que, como acabamos de ver, se mantenga una conducta de reinfección constante en parejas adictas y seropositivas.

" Voy a las visitas de medicina preventiva por el VIH pero no me tomo nada porque me da paranoia". *Sandra. Enferma de SIDA y Hepatitis B y C.*

"Me dieron tratamiento pero me puse a vomitar y tuve cólicos por que también tengo piedras en el hígado y deje de tomarlas... luego cuando vuelvo a tomarlas me dan como nauseas y para mí que es todo psicológico, porque no estoy preparada... no me lo había planteado... pero a las revisiones si que voy, la carga viral se me negativizó pero he dejado el tratamiento". *Clara. Enferma de SIDA.*

En estas primeras opiniones ya es evidente que el aspecto psicológico y la información sanitaria deformada o deficitaria provocan una mínima cumplimentación de los tratamientos farmacológicos. Todo ello infiere una mayor gravedad a las patologías y, sobre todo, por la relación directa entre uso de jeringuilla, hábito de compartir el material de inyección, mayor actividad sexual, relaciones con alto índice de promiscuidad y, especialmente, la escasa representación de métodos de barrera como protección en esas relaciones sexuales entre el grupo de mujeres heroinómanas, datos señalados por el Registro Nacional de Casos de SIDA en 1996 y Llopis en 1997.

De lo que sí parecen ser más conscientes es de la fragilidad de su Salud Mental. La vertiente psicológica de su estado de salud les preocupa, a pesar de ello son escasos los tratamientos psicológicos realizados. Las participantes en los grupos se mueven en la ambigüedad entre lo necesario y lo urgente, entre aquello que para ellas sería necesario y la angustia de abordar situaciones o conflictos que no se ven capaces de resolver, lo que las acaba llevando a la demora en la toma de decisiones.

"...tengo problemas emocionales y de comidas de tarro, los tengo en la mochila y cuando sea el momento ya los veré" *Gracia 30 años.*

"Tengo una depresión de caballo por problemas familiares (llorando)... no me dejan en paz nunca y no tengo relación con ellos, no me dejan entrar ni nada... mis padres me rechazan" *María 25 años*

Los aspectos psicológicos van a ser una de las claves de la discusión, girando muchos de los temas alrededor de la falta de cariño, apoyo y comprensión por parte de terceros y sobre todo en la relación con sus padres.

"Me ha costado mucho salir... (sollozando) porque mis padres han muerto y me he visto sola... salir de un hoyo para de repente meterme en otro... me ha costado mucho yo sola... sin nadie. Tengo depresión y tomo Prisdál, antes tomé otras pastillas." *Laura, 26 años.*

"Ellos prefieren no saber, no quieren saber y a mí también me es más cómodo. Ahora ya no es el momento de que ellos me ayuden, tengo que ser yo. Ellos que estén ahí, pero solo ahí, por si necesito algo afectivo". *Gracia.*

La incidencia de **Malos Tratos** es importante. El 84% de nuestra muestra refiere haber recibido malos tratos físicos y el 61% psíquicos, en ambos casos en la adolescencia y sobre todo una vez instaurada la adicción. Suelen ser malos tratos derivados de la toxicomanía y desarrollados en un ambiente de gran deterioro de la relación de pareja con lo que algunas de las encuestadas lo califican de agresiones mutuas entre los dos, no conceptuándolo de malos tratos. Existe también una importante representación de malos tratos y agresiones de tipo sexual acontecidos en el contexto de la toxicomanía y ejercidos por la pareja o por personas con la que se tiene una escasa relación, frecuentemente otros drogadictos. Además el 37% ha sufrido abusos sexuales en su infancia.

"Mi pareja era muy agresiva conmigo, era un psicópata... no tiene nada que ver con que yo me drogara" (*Madre, 34 años*).

" Me ha maltratado desde muy jovencita... los dos nos pinchábamos y los malos tratos eran consecuencia de eso" (*Sin hijos, 26 años*).

" Me pegaban cuando estaba drogada y luego me robaban el dinero o la papelina, más de una vez han abusado de mí" (*Sin hijos, 32 años*).

La literatura internacional dedicada a la mujer adicta señala en lo referente a **Antecedentes de Malos Tratos y Abuso Sexual** un dato que nos parece importante destacar: las poblaciones clínicas de mujeres adictas muestran elevadas proporciones de abuso sexual durante la infancia. En nuestro país solo hemos encontrado un par de estudios que analice este dato, la presencia de antecedentes de abuso sexual en la infancia es de un 1,5% en el trabajo de Llopis de 1997, resultados muy inferiores a los que señala la literatura internacional (Blume 1992, NIDA 1994, Block 1998) y nuestro estudio. Según algunas autoras, estas experiencias de abuso sexual en la infancia, la mayor

parte de las veces ejercida por el entorno familiar inmediato a la niña, pueden predisponer al alcoholismo y/o la drogodependencia (Orte 1998).

También encontramos la existencia de malos tratos físicos o psíquicos (22%) previos a la drogadicción por parte de familiares directos, en relación con problemas de alcoholismo.

“ Mi padre siempre ha maltratado físicamente a mi madre. Yo era la hija pequeña y me iba pronto a casa para estar allí y tratar de que mi padre no golpease a mi madre. Yo era quien la llevaba a los médicos. Vivía pendiente de esas palizas, me hacían sufrir mucho” (*No hijos, 26 años*).

PSICOPATOLOGIAS A NIVEL FAMILIAR

Encontramos sobre todo **Antecedentes de Alcoholismo en el Padre**, 41%, en la mayor parte de las ocasiones sin recibir tratamiento de esa adicción.

“La relación con la familia sí que influye, y mucho... mi padre es un alcohólico descontrolado y le entran rollos depresivos. Mis hermanos también beben, hay uno que vive conmigo y repite lo que hacía mi padre”. *Gracia*.

En la prevalencia de trastornos psicopatológicos en familiares inmediatos la literatura señala que la mujer heroinómana convive en mayor medida que el hombre con trastornos adictivos, padre alcohólico en un 24% y un 25% de hermanos con adicción a opiáceos (Llopis 97).

El ambiente familiar se complica ya que también es importante la representación de otras **Adicciones entre los Hermanos**, 49%, con lo que la mujer toxicómana convive mayoritariamente, dentro de un ambiente de gran conflictividad y desestructuración de los patrones educacionales y de relación.

Respecto a los antecedentes psicopatológicos entre los hermanos, todos los autores recalcan la mayor incidencia de trastornos adictivos y señalan una mayor repercusión en el caso de la mujer adicta, (García López y Ezquiaga 1991, Valverde et al 1991, Ochoa et al 1994, Spiral 1995, etc.)

Finalmente señalar que según Sánchez y Berjano en 1996, las variables significativas predictoras de adicción a heroína son los antecedentes de alcoholismo paterno y de toxicomanía en la pareja y en los hermanos de los adictos, comparados con el grupo control.

En el caso de la **Madre** encontramos antecedentes de **Trastornos Psicopatológicos** que se mantienen todavía en el momento de realizar el estudio (30%), seguramente en relación con la alta incidencia de alcoholismo y adicción a drogas en la familia.

DIFERENCIAS EN LA ATENCIÓN TERAPÉUTICA RECIBIDA SEGÚN EL GÉNERO

La mayor parte de los pacientes de los estudios de **Tratamiento por Adicción a Heroína** han tenido contacto previo con la red de atención a drogodependientes. Las mujeres han realizado un mayor número de tratamientos en todas las modalidades excepto en comunidades terapéuticas no profesionales. La mayor representación en ambos sexos la ofrecen los tratamientos ambulatorios. Según los datos del SEIT las mujeres que demandaron tratamiento por adicción a heroína en España en 1995, presentan mayor proporción de tratamientos previos que los hombres.

"No sé si es cuestión de sexo o de persona" *Gracia*.

"Yo... creo que es lo mismo." *Ana*.

Las mujeres no son conscientes de que existan diferencias ni siquiera cuando sitúan la adicción en un contexto de actividades calificadas como marginales, tal es el caso de la prostitución.

" No veo diferencias... en Barcelona en el barrio chino era lo mismo." *Cristina*.

Las diferencias son vistas unánimemente cuando nos referimos a aspectos que atañen a su implicación con el tratamiento y también en cierta manera a la dependencia.

"Las mujeres somos más viciosas y ellos tienen más voluntad en los tratamientos... las posibilidades de salir son las mismas pero las ganas no." *Sandra*.

De forma unánime se ve a la mujer con mayor dependencia psicológica, posiblemente porque la mujer parece buscar en el efecto de la droga un alivio al disconfor psíquico, pero también con mayor decisión a la hora de abandonar la adicción, aunque con menor apoyo externo, tal como ya hemos visto previamente.

" Si que somos más viciosas, pero con más fuerza a la hora de desengancharte... somos tres hermanas yonquis y nos dicen – mira ahí van las hijas de... las drogadictas-. La familia ayuda más a los hombres que a las mujeres." *María*.

Si antes veíamos que la mujer parece tener menor apoyo a la hora de abandonar el consumo y llevar un tratamiento, las opiniones del grupo, en un principio, van encaminadas a destacar la uniformidad en la atención recibida y no refieren discriminaciones terapéuticas por razón de sexo.

" En general me han atendido bien." *Gracia*.

“ No he notado que me traten peor o mejor por ser mujer.”
Cristina.

A pesar de que la opinión generalizada refleja igualdad en el tratamiento recibido, es una opinión que se sustenta en un análisis por defecto de sus experiencias terapéuticas. Las mujeres del grupo han observado que las tratan igual que a los hombres y ahí es donde está el problema. Las han tratado igual que a los hombres precisamente porque no se han tenido en cuenta ni las más mínimas diferencias y necesidades específicas de las mujeres a la hora de recibir tratamiento.

“Te tratan igual que a un hombre. Análisis como a todos, pero revisión ginecológica nunca...” *Ana.*

De hecho los programas de tratamiento vemos, una vez más, que están diseñados para hombres y son las mujeres quienes tienen que adaptarse al programa y no el programa a las necesidades de la enferma.

“ Los hombres son más de Centro y menos de psicólogo, porque piensan en pasar el mono y estar ocupados. A mí el mono no me asusta, pero sí el vacío interno después de desintoxicarte y eso no se trabaja... yo no se como pero habría que trabajarlo, en grupo o como fuera... pero tener contactos de afecto es necesario.” *Gracia.*

Donde quizá la diferencia es más trascendental es en aquellos aspectos que se refieren a la relación entre la madre adicta y sus hijos dentro del tratamiento, lo que determina que muchas veces la madre deba decidir entre dos opciones que hasta este momento parecen incompatibles.

“ Creo que no esta bien montado para nosotras... no poder estar con los hijos si haces un tratamiento es muy fuerte”. *Gracia.*

En este punto debiéramos tener muy en cuenta que entre las mujeres adictas las Causas Principales de Inicio del Tratamiento son las presiones legales centradas en la posibilidad de perder la custodia de los hijos o poder recuperarla. El deseo personal y la circunstancia de que la pareja adicta haya decidido ponerse en tratamiento son las siguientes causas en importancia

Respecto de los programas de tratamiento y ayuda a mujeres heroinómanas, son bastante críticas, expresando una cruda realidad que los profesionales no podemos ignorar por las repercusiones que han provocado a lo largo de las últimas décadas.

“ Yo no encontré mucha ayuda, porque entonces los profesionales no teníais la información de ahora.” *Gracia.*

CONCLUSIONES

Vistas las notables diferencias entre los drogodependientes de sexo femenino y masculino, consideramos necesario profundizar en el estudio de la posible influencia de esas diferencias en el pronóstico y gravedad de la dependencia y en la evolución del tratamiento de las adictas. Sin olvidar la necesidad de un tratamiento diferenciado de la adicción de la mujer, fomentado el desarrollo de programas complementarios con apoyos externos que incidan en la relación de pareja, los factores de riesgo del consumo, las conductas asociadas y la atención y cuidado de los/las hijos/hijas de las drogodependientes.

El objetivo final es poder ofrecer tratamientos que reduzcan las dificultades con que se encuentra la mujer a la hora de abordar el cambio de una conducta dependiente a una conducta normalizada.

Bibliografía:

ALLEN, K. (1994): "Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective". *The International Journal of The Addictions*, 29 (4), p.p. 429-444.

ALLEN, K. et al (1994): "Psychometric Assessment of the Barriers to treatment instrument". *The Internacional Journal of the Adictions*". 29 (5). p.p. 545-563.

BALLESTEROS, J. et al (1992): "Factores asociados a la no utilización de preservativos en adictos vía parenteral. *Adicciones* 4 (1), p.p. 7-13.

BLOCK, J. BLOCK J.H. y KEYES, S. (1988): "longitudinally foretelling drug usage in adolescence: eaerly childhood personality and enviromental precursors". *Child Development* nº 59, p.p. 336-355.

BLUME, S.B. (1994): " Women and addictive disorders". American Society of Addiction Medicine 1994, p.p. 1-16.

BRAVO, M. et al (1994): "Sharing Injecting equipment and sexual behaviour in ambulatory intravenous drug users: A national survey (Spain)". *The International Journal of the Addictions*. 29 (14), p.p. 1893-1907.

DIRECCIÓN GENERAL SALUD PÚBLICA (1995): "Interrupciones voluntarias del embarazo en la Comunidad Valenciana." *Informes de salud* nº26. Conselleria Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana.

ELLINWOOD, E.; SUNTER, W.; VAILLANT, G. (1966): "Narcotic addictions in males and females: a comparison". *Int. J. Addict* 1, p.p. 33-41.

GARCÍA LOPEZ,A., EZQUIAGA TERRAZAS,E. (1991): "Estudio clínico- descriptivo por sexos de una muestra de 433 drogodependientes." *Adicciones*. Vol 3,nº 4., pp 349-357.

INE (1996): " Encuesta de estructura salarial 1995." *Ultimas cifras* 12/96. Instituto Nacional de Estadística. Madrid.

INSTITUTO DE LA MUJER (1996): " Mujer y drogas". *Salud XIII*. Instituto de la mujer. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid.

LACOSTE MARÍN, J. y GALLO VALLEJO, M. (1991): "La embarazada toxicómana ante el SIDA. Conocimientos y actitudes" *Adicciones* vol 3,nº2. Pp 141-151.

LLOPIS LLACER, J.J.(1998): " Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes: Un estudio con mujeres heroinómanas, su

personalidad y evolución" Tesis Doctoral. Fac. medicina. Universidad de Valencia.

LLOPIS LLACER, J.J. (1997): " Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia." Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. , pp 363-398. Ed Dupont Pharma. Madrid 1998. ISBN 84-605-7459-8.

NIDA (1994): " Women and drug abuse". Department of health and human services. Public Health Service. National Institute on Drug Abuse NIH publication, nº 94-3732.

ORTE SOCÍAS, C. (1998): " Sexualidad, mujer y drogodependencia." Rev. Proyecto, nº 26. Junio 1998. Pags 7-12.

PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (1996): "Memoria 1995, Plan Nacional sobre Drogas." Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Interior. Madrid

REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA (1996): "Vigilancia epidemiológica de SIDA en España. Informe trimestral Nº 5/1995." Centro Nacional de Epidemiología. Instituto Salud Carlos III. Madrid.

SPIRAL (1995): "La mujer drogodependiente: características, tratamiento y estudio de evaluación." Fundación Instituto Spiral. Madrid 1995

SANCHEZ, E.; BERJANO, E. (1996): "Predicción de la conducta de adicción a heroína: un estudio experimental". Adicciones vol. 8, nº 2, p.p. 149-160.

3.6 Las dependencias relacionales (D.R.): dependencia emocional, codependencia y bidependencia

Carlos Sirvent, psiquiatra de Fundación Instituto Spiral. Oviedo.

1 Introducción y concepto

El presente trabajo tiene por objeto clasificar y definir las principales dependencias relacionales incidiendo especialmente en un tipo peculiar de las mismas, la denominada *bidependencia*, aportando resultados de investigaciones propias de naturaleza cualitativa y cuantitativa tanto en bidependencia como – en menor grado- en codependencia.

Etimológicamente, el concepto *dependencia relacional* (D.R.) define el conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal. Una característica frecuente es la asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva del miembro dominante. El resultado final es la disolución de la personalidad del sujeto dependiente en la del sujeto dominante que puede o no ser consciente de lo que hace. No obstante hay una clase de D.R. denominada bidependencia en la cual el sujeto dependiente es a la vez el dominante y en lugar de disolver su personalidad en la del otro, la fagocita creando una atmósfera asfixiante. Lo veremos más adelante.

Un aspecto sustancial es la *actitud dependiente*, de manera que aunque el sujeto con D.R. se libere (o mejor dicho rompa) una relación, fácilmente reproducirá los mismos esquemas de interrelación con la siguiente pareja dado que muestra una tendencia natural a repetir comportamientos y –sobre todo- actitudes que favorecerán que cada sucesiva relación acabe a lo postre convirtiéndose en relación dependiente.

Pese a la dificultad de encontrar datos epidemiológicos, parece que estadísticamente afecta más a las mujeres, cupiendo aducir que los varones tienen otra forma de vivir la D.R. quizá debido al rol social, necesidad de no exteriorizar su debilidad, patrones de conducta aprendidos, etc. de manera que la expresión masculina de la dependencia es más larvada, incluso disimulada o disfrazada de todo lo contrario: de una aparente dominación, y –en no pocos casos- hasta de una agresividad que esconde la dependencia manifestada ocasionalmente como amenaza (“si me dejas, te mato”). Judith Bardwick (San Francisco, 1976) afirma que la excesiva dependencia puede significar una hipersensibilidad ante las reacciones de los demás, motivada por un enfoque egocéntrico y no por un sentimiento de participación.

2 Clasificación de las dependencias relacionales (D.R.)

Aunque bastantes autores utilizan el término codependencia por antonomasia para referirse a cualquier dependencia relacional, lo cierto es que dicha acepción tiene su origen en la descripción del vínculo patológico que caracteriza la relación de ciertos allegados a alcohólicos y –por extensión- a abusadores de drogas, por lo común familiares de primer orden y, sobre todo, parejas.

Consideramos que las D.R. pueden ser *genuinas* cuando es esta la única patología por dependencia afectiva existente, y *mediatizada* (por otro trastorno adictivo) cuando el sujeto está afecto o convive con un sujeto adicto (por lo común a drogas o alcohol, aunque se citan casos de codependencia en familiares de ludópatas). (Véase esquema I). El fundamento de esta clasificación no obedece únicamente al criterio de mera ordenación taxonómica, sino a bases nosológicas, ya que la etiopatogenia, sintomatología y problemática sociofamiliar asociada también diferencia ambos subtipos de D.R. En definitiva, el sujeto con una drogodependencia padece o hace padecer un tipo de D.R. sustancialmente diferente, como se verá más adelante, de aquel otro que tiene solamente una dependencia emocional. Así pues, subdividimos funcionalmente las dependencias relacionales en aquellas que tienen entidad propia: las denominadas dependencias emocionales: adicción al amor, interdependencia, dependencia afectiva, etc., y otras secundarias a trastornos adictivos (sobre todo drogas y alcohol), como la codependencia y la bidependencia tal y como podemos observar en el esquema I

Esquema I: "Clasificación de las dependencias relacionales"

Carlos Sirvent, 2000

Genuinas:

- Dependencia emocional o afectiva
- Adicción al amor
- Otros: tendencia dependiente, apego ansioso, trastornos de personalidad (por dependencia, límite y antisocial, fundamentalmente)

Mediatizadas(por trastornos adictivos sobre todo drogas y alcohol):

- Codependencia
- Bidependencia

Hay una tendencia cada vez más generalizada a considerar las D.R. como trastornos de la personalidad, de hecho muchos rasgos son comunes, de manera que determinadas alteraciones del carácter como la personalidad límite, el trastorno de personalidad por dependencia e incluso la personalidad antisocial pueden ser conceptos afines que precisen un diagnóstico diferencial.

Estimamos importante dejar claras las diferencias conceptuales entre codependencia, bidependencia y el resto de dependencias emocionales (ver esquema II). Así, la *codependencia* sería la peculiar relación de dependencia que establece un sujeto *normal* (por lo común familiar o muy allegado) respecto a un sujeto adicto (se ha descrito sobre todo con alcohólicos) debido – entre muchas otras cosas- al doble rol que forzosamente tiene que asumir en el núcleo familiar y a las relaciones patológicas largo tiempo mantenidas que propician unas reglas de juego que cambian abruptamente si el sujeto dependiente se cura y empieza a recuperar su rol; paradójicamente y cuando menos se espera surge la codependencia que deviene de la mala adaptación al nuevo papel del sujeto considerado *normal*. También se considera codependencia cuando la persona que convive con un alcohólico (o adicto a otra sustancia) hiperprotege y justifica los comportamientos aberrantes de este. En fin hay muchas modalidades de codependencia, todas ellas mediatizadas por la relación entre un sujeto dependiente y otro que no lo es pero que *se hace* D.R. del primero.

Esquema II: "Diferencias entre codependencia, bidependencia y dependencia emocional (© Carlos Sirvent, 1999)

Codependencia = **SND / SD** la codependencia es la D.R. de un sujeto **no adicto** respecto de un sujeto **adicto**

Bidependencia = **SD / SND (ó SD)** la bidependencia es la D.R. de un sujeto **adicto** respecto a un sujeto **no adicto** (o también **adicto**)

Dependencia emocional = **SND / SND** la dependencia emocional es la D.R. entre dos sujetos **no adictos**

.....

SD: sujeto dependiente **SND:** sujeto no dependiente

La bidependencia es un término acuñado por quien esto suscribe en 1991 se refiere a la D.R. que puede presentar un sujeto adicto añadida a su propia adicción y que tiene unas características distintas del resto de dependencias relacionales

Por ultimo, la dependencia emocional es el término que utilizaremos por extensión para referirnos al resto de D.R. (adicción al amor, interdependencia, dependencia afectiva, etc.). Aunque sabemos que son muy diferentes entre sí, el objetivo de este trabajo es profundizar –sobre todo– en las bidependencias, de ahí que en este epígrafe no nos extendamos más.

3 D.R. genuinas: dependencia emocional y adicción al amor

Pese a ser la dependencia afectiva o emocional una alteración frecuente, prácticamente ningún trabajo consultado aporta datos estadísticos, aunque muchos técnicos están de acuerdo en dos aspectos: 1º la mayoría de dependientes emocionales no piden ayuda profesional, 2º las mujeres son quienes solicitan más frecuentemente. De hecho casi todos nuestros pacientes, cuya petición de consulta fue debida a dependencia emocional como única patología, han sido del sexo femenino. Los hombres que la padecían acudían en principio por otra patología: depresión, estrés, alcoholismo, etc. En ningún caso la razón principal admitida por los varones fue la dependencia emocional.

C. Yela (Madrid, 2000) define el amor como un estado al cual se llega tras un proceso de enamoramiento, un afecto por el cual busca el ánimo el bien verdadero o imaginado y apetece gozarlo. El mismo autor siguiendo a Solomon (Nueva York, 1988) afirma que el enamoramiento es un estado pasivo, pasajero y pasional, en tanto que el amor sería un proceso activo, duradero, de ofrecimiento activo y de identificación (fusión progresiva de las dos identidades) José Luis Sangrador (Madrid 1993) plantea una distinción entre el amor entendido como una *actitud*, y el amor conceptualizado como una *emoción*, (refiere una tercera vía entendido el amor como una conducta)

Quienes entienden el amor como atracción lo refieren al constructo *actitud*, que es una actitud positiva hacia una persona y tiene un carácter *cuantitativo*. Las actitudes tienden a la estabilidad, lo que difícilmente explica su fragilidad. En cambio quienes conceptúan el amor como una *emoción*, le aportan un carácter *cualitativo*, lo que explicaría mejor la fragilidad del fenómeno amoroso. El amor como *comportamiento*, se refiere a las respuestas del otro (cuidados, atención, permanencia, etc.)

Este mismo autor define la adicción al amor como una necesidad patológica del otro y se explicaría por la inmadurez afectiva del individuo: personas que no han superado el amor tiránico y posesivo del niño y para quienes amar es meramente el deseo de ser amado, debido a factores más o menos neuróticos que –aunque se *vende* como amor por el otro– en el fondo busca su satisfacción egocéntrica y conducen al sujeto a ser víctima de su pasión.

Peele (1975) define la dependencia afectiva como aquella adicción en la que la ingesta de una droga es reemplazada por una relación romántica o de pareja. En ella, la persona se dirige hacia el otro con la intención de llenar un vacío, pasando la relación enseguida a ser el centro de su vida. Cuando la exposición constante a la relación se hace necesaria, entonces se ha caído en la trampa de la adicción. El casi siempre presente peligro de la retirada crea el casi siempre presente deseo irresistible por la relación (craving).

Louis Anspacher matiza irónicamente el constructo D.R. cuando afirma que el matrimonio americano es aquella relación donde la independencia es

equivalente, la dependencia mutua y la obligación recíproca, considerando la presión institucional justificadora de la interdependencia.

Wayne Dyer enumera las compensaciones psicológicas que aporta dicha interdependencia: 1.- mantenerse bajo la protección de otro 2.- no necesidad de trabajar por el cambio, seguridad en la desdicha 3.- poder culpar a los demás (de tus propias deficiencias) 4.- sentirte bien porque satisfaces al otro (u otros) 5.- conseguir evitar la culpa cuando te comportas autoafirmativamente; es más fácil seguir así que aprender a eliminar culpas 6.- no necesitar tomar decisiones ni hacer elecciones.

R. Norwood (1985) -a propósito de la regresión que supone toda dependencia emocional- asegura que los adictos al amor intentan llenar sus deseos amorosos insatisfechos y su falta de afecto con relaciones que recrean dolorosas condiciones infantiles. Para Beck la activación crónica de los esquemas negativos del yo genera tendencias pesimistas que si se activan mucho pueden ejercer distorsión sobre el pensamiento que aboca en esa especial depresión reactiva de los D.R.

Scott Peck (1978) opina que las D.R. son típicas de personalidades pasivo dependientes, y que la relación para estos es más cuestión de necesidades que de amor, llegando a involucrarse tanto en la relación que sin el otro no se es nada, perdiéndose la identidad aún cuando el otro le maltrate. A veces es porque no se conocen las propias capacidades y necesitan verlas y *tenerlas* en los demás.

Seymour Epstein destaca lo inadecuada que puede ser la imagen que las personas tienen de sí mismas (positiva o negativa) atribuyendo decisiva importancia a la autoestima. El sistema del yo encarna la sensación de estima y de valor y toda amenaza a esa visión de uno mismo es angustiosa y provoca la necesidad de recuperar la identidad

Martha Bireda (Tampa, 1990) refiere tres tipos de respuestas amor-adictivas en las relaciones personales: 1.- reaccionar desmesuradamente en relación con el otro; 2.- imbricarse en exceso en el otro o en la relación; 3.- albergar esperanzas o expectativas irreales.

Olga Jiménez (Benidorm, 1999) se pregunta si podría diagnosticarse la adicción al amor como un trastorno de personalidad que podría ser por dependencia, o bien histriónico e incluso mixto (por dependencia e histriónico). En el mismo sentido Castelló Blasco (Valencia, 2000) se adscribe al numeroso grupo de defensores de la asimilación del constructo D.R. a la constelación de los trastornos de personalidad, definiéndolo (en términos DSM) como un patrón crónico de demandas afectivas frustradas que buscan desesperadamente satisfacerse mediante relaciones interpersonales estrechas casi siempre destinadas al fracaso.

Scott Peck(1978) enumera las características del dependiente afectivo con trastorno de personalidad pasivo-dependiente de la siguiente manera:

- 1.- Voracidad por el ser amado, obteniendo sin dar nada a los demás
- 2.- Experimentan un vacío interior que nunca llenan
- 3.- Insatisfacción: nunca están plenos, algo les falta
- 4.- Intolerancia a la soledad
- 5.- No tienen un verdadero sentido de la propia identidad, definiéndose solo por sus relaciones.

- 6.- Presentan rápidos cambios emocionales
- 7.- No importa la persona de quien dependan si tienen alguno de quien depender
- 8.- Necesitan, pues, que alguien les dé identidad

4 Codependencia

4.1 Introducción.

En la literatura anglosajona es habitual encontrar el término codependencia como sinónimo de todas las D.R. No pocos autores emplean dicho vocablo como acepción única definitoria de todas las dependencias emocionales. En la tabla I utilizamos como ejemplo la base de datos psychlit donde se puede comprobar que el término *codependency* es el más utilizado en tanto que el *emotional dependence* está cada vez más en desuso. No ocurre igual entre nosotros donde la expresión dependencia emocional tiene entidad propia y un arraigo cada vez mayor. (tabla 1).

TABLA 1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL NÚMERO DE INVESTIGACIONES SOBRE CODEPENDENCIA Y DESCRIPTORES EQUIVALENTES
(FUENTE: BASE DE DATOS PSYCHLIT, 1999)

	Hasta 1982	1983- 1988	1989- 1993	1994- 1997	1998- 1999
CODEPENDENCE	0	3	28	14	5
CO-DEPENDENCE	0	3	8	5	1
CODEPENDENCY	2	12	113	71	27
CO-DEPENDENCY	0	3	34	13	6
EMOTIONAL DEPENDENCY	20	6	7	8	3
EMOTIONAL DEPENDENCE	34	14	8	8	2

Como vemos una confusión conceptual en torno al término codependencia. La mayoría de libros escritos tanto en inglés como en castellano que abordan este tema son manuales de autoayuda con escaso rigor científico (lo que por otro lado no pretenden). Hay que recurrir inexorablemente a artículos y bases de datos de trabajos publicados para reunir datos suficientes sobre codependencia. En la tabla 2 vemos algunos manuales de influencia sobre el tema que abundan a este respecto.

TABLA 2. - ALGUNOS ÁMBITOS Y MANUALES DE INFLUENCIA EN EL ESTUDIO DE LAS DEPENDENCIAS RELACIONALES

ÁMBITO	AUTOR Y FECHA	MANUAL
Psicología popular	(Norwood, 1986)	<i>Women who love too much</i>
Psicología feminista	(Peck, 1978)	<i>The Road Less Traveled</i>
12 Pasos	(Beattie, 1987)	<i>Codependent No More</i>
Anti-12 pasos	(Whitfield, 1983)	<i>Codependency an emerging Illness</i>
Counselling	(Peele, 1975)	<i>Love and addiction</i>
Psicodinamia	(Pia, 1992)	<i>Facing Love Addiction</i>
Sociología moralista	(Schaeffer, 1987)	<i>Is it Love or is it Addiction?</i>
Adicción al sexo	(Schaefer, 1987)	<i>When society becomes an addict</i>
Bioquímica	(Carnes, 1983)	<i>Sex addiction</i>
Psicología del amor	(Liebowitz, 1983)	<i>The Chemistry of Love</i>
Diagnóstico	(Sternberg, 1986)	<i>Triangular Theory of Love</i>
psiquiátrico	(Cermak, 1986)	<i>Diagnosing and Treating Codependence</i>

Cuando utilizamos el vocablo codependiente nos solemos referir a sujetos que mantienen un determinado tipo de patrón comportamental, actitud y demás elementos cognitivos respecto a un sujeto adicto (alcohólico casi siempre) con el que conviven y con quien mantienen un vínculo y unas relaciones patológicas. No obstante se han efectuado estudios poblacionales sobre otros colectivos cuya relación se muestra en la tabla 3. Sirvent y Martínez (Madrid, 2000) también incluyeron en el trabajo de investigación que se presenta más adelante un estudio sobre codependencia en distintos grupos de población: familiares de alcohólicos, familiares de adictos, adictos y población general.

TABLA 3.- POBLACIONES SOBRE LAS QUE SE HA ESTUDIADO LA CODEPENDENCIA (TRABAJO DE REVISIÓN PSYCHLIT 1989-00)

MUESTRA	REFERENCIA
FAMILIARES DE ALCOHÓLICOS y OTROS ADICTOS	Loughead, Kelly y Bartlett-Voigt (1995), McGrady , Epstein y Hirsch (1999), Brissett (1988). Sirvent y Martínez (2000)
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA	Hall y Ray (1989), Martsolf, Hughes-Hammer, Estok y Zeller (1999)
ESTUDIANTES POSGRADUADOS Y DE ENSEÑANZA SECUNDARIA	Crothers y Warren (1996), Lyon y Greenberg (1991), Meyer (1997) Lindley y Giordano (1999) O'Brien y Gaborit (1992), Gotham y Sher (1995) Roehling y Gaumond (1996)
POBLACIÓN NORMAL NO UNIVERSITARIA	Harvey (1995), Hammer, Martsolf y Zeller (1998 ^a y b)
PACIENTES DE SALUD MENTAL	Prest, Benson y Protinsky (1998)

4.2 Concepto, etiología y definición de codependencia.

4.2.1 Conceptualización

En realidad existen numerosos tipos de codependencias cuyo denominador común sería el vínculo patológico dependiente o interdependiente que mantiene un sujeto *no adicto* (sujeto *codependiente*) con un *sujeto adicto* (alcohólico, drogodependiente o ludópata).

Un factor que delimita bien la morfología clínica del codependiente es la cronología del proceso. Efectivamente el codependiente es distinto según el sujeto adicto esté consumiendo, remitido o recaído. Cuando –por ejemplo- un alcohólico está en etapa de consumo activo, la esposa se adapta a esa situación asumiendo el papel familiar propio al que añade el de padre vicario. Poco a poco la esposa va intentando controlar (infructuosamente casi siempre) el comportamiento alterado del marido, contemporizando en los conflictos, intentando obsesivamente que no beba, y –en definitiva- ofreciendo toda su vida a la servidumbre de la adicción marital. Lo habitual es que la situación degenera hacia un permanente estado de conflicto que puede abocar incluso en la separación. En ocasiones se advierte una ceguera patológica de manera que la mujer se convierte en una especie de mártir por la causa, más bien resignada que masoquista, que se comporta con una irracional abnegación aduciendo argumentos que le justifiquen como “él es bueno en el fondo”, o que “no quiere conflictos por no herir a los niños” o que “adónde voy a ir yo si me separo”. El marido así se convierte en el centro de su universo particular pese a que su actitud exaspere a propios y extraños, y de poco sirvan consejos de trabajadoras sociales, psicólogos, familiares, etc. El final es una

autoanulación absoluta con perpetuación de la entrega parental que acaba convirtiéndose en una situación de cuasi esclavitud voluntaria.

Los adictos a drogas duras (heroína o cocaína) tienen una convivencia todavía más difícil, si cabe, que la del alcohólico, ya que la escalada se produce de manera mucho más rápida y maligna, y rápidamente el adicto empieza a comportarse –si se le deja– agresivamente, en un tono tiránico y parasitario que suele resolverse de forma traumática aunque también se observan padres y más aún madres hiperprotectoras que presentan una ciega y autodestructiva codependencia, especialmente peligrosa con este tipo de adictos.

Pero la forma más interesante, a nuestro modo de ver, de codependencia es la que mantiene la persona codependiente con el adicto ya curado. ¿Qué ocurre cuando, por ejemplo, un alcohólico se deshabituá? En el mejor de los casos la esposa codependiente se alivia de su situación y recupera a un marido que tenía perdido; pero en no pocas ocasiones la situación de la esposa paradójicamente empeora, añorando su antiguo rol de cuidadora, de mujer abnegada entregada a la causa de cuidar a los hijos e intentar salvar al marido.. Además el esposo al recuperar su rol de padre y la autoridad inherente a dicho rol *desplaza y priva* inconscientemente a la esposa (codependiente) de unas atribuciones que había adquirido cuando él no podía asumirlas (rol de jefe de familia, celos por recuperar el cariño de los hijos, discusiones por temas domésticos y de la administración de la casa que antes llevaba ella en exclusiva, etc.) de manera que en la codependiente emerge un malestar enfurruñado, una protesta larvada y una extraña sensación de desidentificación que se exterioriza en forma de equivalentes clínicos tales como desconfianza sobre la curación del marido, reproches por cualquier cosa que él haga mal, echar en cara problemas del pasado alcohólico, añoranza del papel de víctima que le lleva a buscar nuevos motivos para sentirse como tal al menor problema que surja, etc. que en el fondo es trasunto de la difícil readaptación a una nueva situación que le resulta paradójicamente más dolorosa que la anterior situación de víctima. Con los adictos a drogas pudiera suceder algo parecido pero es mucho menos frecuente (imenudo alivio quitarse de encima el problema de un toxicómano en casa!), aunque hemos tenido bastantes casos en nuestra experiencia clínica, por lo que no debe desdeñarse esa posibilidad.

Otra situación poco descrita pero interesante es el de aquellos familiares que se incorporan a asociaciones de autoayuda y se entregan tanto *a la causa* que se convierten en denodados luchadores por las vindicaciones de las asociaciones o federaciones con descuido o relegación de sus papeles de padres. Se convierten en expertos (o pseudoexpertos) en el manejo de adictos y pueden suponer una gran ayuda a padres desorientados, pero aquello que predicán no lo aplican de igual modo en casa con su hijo adicto, oscilando desde el trato frío de *padre metido a terapeuta* a la debilidad incongruente del que enseña mucho a los demás padres pero en su propia casa es un fiasco. Por lo general se distancian afectivamente del familiar obsesionados con lo que *deben* hacer antes que con lo que su conciencia de padres les dicta, aplicando de forma radical e insensible lo *aprendido en las reuniones*. Algunas asociaciones incluso –con toda su buena fe– favorecen la creación de padres *profesionalizados* que son una buena referencia para los demás y un verdadero

desastre en casa. A veces estos padres (digo padres aunque por lo común nunca son los dos, casi siempre es uno de ellos el *profesional*) no son tan duros y todo se queda en una imagen de fortaleza cara a la galería que no se corresponde con la debilidad que manifiestan en casa (esto ocurre más en adictos a sustancias que con alcohólicos). Es otro de los comportamientos paradójicos que conlleva la codependencia, que, como vemos, bajo un sustrato nuclear de vinculación patológica con desdibujamiento de rol y anulación propia del self, puede presentarse de múltiples y antitéticas formas clínicas.

4.2.2. Etiopatogenia:

Recordemos también que en la etiopatogenia de este proceso no existen antecedentes caracteropáticos ya que tienen su inicio en la edad adulta. Tampoco puede asimilarse a la caracteropatía tardía adquirida por la morfología clínica del trastorno que no comparte elementos sustanciales del trastorno de personalidad. Así, la codependencia tiene elementos de altruismo, entrega al otro, desatención de la propia necesidad, etc. que contrastan con el egoísmo, falta de sintonización afectiva, explotación del otro, etc. propios de los trastornos de personalidad. No se puede desechar –como en cualquier otro proceso– que puede haber una predisposición individual o factor genético de vulnerabilidad.

En nuestra opinión el factor *primum* etiológico es sobre todo adaptativo (reactivo si se quiere) y crónico: situaciones conflictivas e intensas que se perpetúan y abocan a un proceso neurótico de diferenciación media pero acusada virulencia de manera que cada esquema o pauta comportamental adquirida tiene una extraordinaria raigambre y los principales estigmas codependientes son difíciles de erradicar aunque no tanto como los de los demás tipos de D.R. cuyo origen en unos casos parece que se remonta a la infancia, como en el caso de las dependencias emocionales (alteraciones estructurales, disposiciones afectivo-cognitivas), o tienen una comorbilidad asociada grave, como las bidependencias que –según se verá más adelante– tienen un factor de agravamiento sobreañadido.

Hammer, Martsolf y Zeller (1998) estiman que la codependencia deviene de la situación de estrés que supone la convivencia con un adicto, estando asociada a un fenómeno de escalada. Otros autores como Hall y Wray (1989) afirman que la codependencia surge en los contextos donde existe una demanda afectiva mayor de lo normal implicando perfeccionismo en exceso y negativismo, así como pobreza comunicacional; posteriormente aparecen los sentimientos de culpa secundarios a una percepción irreal de “falta de empatía”. Para Schaffer (1997) la codependencia es bidireccional; en este sentido, más que tratarse de un problema individual sería una patología relacional-situacional.

Una apreciación interesante de Stewart, Birchler y O’Farrell (1999) tiene que ver con la teoría de incompatibilidad de rol según la cual mantener un patrón de abuso de sustancias o cualquier otra conducta poco normativa es incompatible con establecer lazos relacionales duraderos. Así, los conflictos relacionales son resueltos por los adictos acompañados de: a) un deterioro o disolución de la relación, b) reducción o discontinuidad en el patrón de abuso

de sustancias y c) modificación de la relación adecuándola al abuso de sustancias. Según los autores las mujeres tienen más probabilidades de adecuar su consumo en función de su dinámica relacional.

4.2.3. Definición:

Basándonos en Hands y Dear (1994) los criterios que definen la codependencia son: 1º) intentos fallidos por controlarse a uno mismo y a los demás, 2º) toma excesiva de responsabilidades sobre las necesidades de los otros hasta el punto de la autonegligencia, 3º) distorsión de las fronteras entre la separación y la intimidad y 4º) relaciones interpersonales inescapables

Una de las definiciones más utilizadas es la de Whitfield (1991), a saber:

“La codependencia es el comportamiento aprendido, expresado por dependencias de la gente y las cosas; estas dependencias incluyen la negligencia y la merma de nuestra propia identidad. El falso yo que emerge es a menudo expresado a través de hábitos compulsivos, adicciones y otros trastornos para aumentar más tarde la alienación de la persona y su verdadera identidad, desarrollando un sentimiento de vergüenza”

Whitfield considera la codependencia no como una enfermedad sino como la *reacción normal frente a un sujeto anormal*.

Los criterios descriptivos de Cermak (1986-1991) son considerados algo más que una definición ya que fueron incluidos en el DSM-III-R y posteriormente en el DSM-IV, Cermak ofrece los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad codependiente:

1º.- Criterios patognomónicos: (los que mejor definen la codependencia)

- Inversión continuada de tiempo en intentar desarrollar habilidades de control de uno mismo y de los demás con serias consecuencias adversas. En definitiva, intentos fallidos por controlarse a uno mismo y a los demás
- Asunción de responsabilidades en el conocimiento de las necesidades ajenas hasta el punto de obviar las propias (autonegligencia)
- Ansiedad y distorsión de las fronteras de intimidad y separación.
- Implicación en relaciones personales con sujetos que presentan trastornos de la personalidad, químicos dependientes, codependientes o trastornos de impulsividad.
- Distorsión de las fronteras entre la separación y la intimidad

2º Criterios no patognomónicos:

Son inespecíficos pero contribuyen a perfilar el proceso. Deben presentar tres o más de los siguientes síntomas

- 1.-Excesiva dependencia o negativismo
- 2.-Repliegue emocional (con o sin accesos de dramatismo)
- 3.-Depresión
- 4.-Hipervigilancia
- 5.-Compulsividad

- 6.-Ansiedad
- 7.-Abuso de sustancias
- 8.-Ha sido o es víctima de abuso sexual o físico recurrente
- 9.-Estrés asociado a condiciones médicas generales
- 10.-Ha mantenido una relación con un abusador activo de sustancias sin buscar ayuda durante al menos dos años.

En la tabla 4 encontramos algunas definiciones de codependencia entre las que diferentes autores coinciden en lo siguiente: 1º es una dependencia de personas que implica la pérdida o menoscabo de la propia mismidad, 2º supone un déficit en la expresión de emociones 3º hay una meridiaana pérdida de la propia identidad 4º es más propia de mujeres.

TABLA 4.-DEFINICIONES DE CODEPENDENCIA

DEFINICIÓN	REFERENCIA
"Comportamiento aprendido que se manifiesta como una dependencia hacia la gente y las cosas, esta dependencia incluye negligencia y disminución de la identidad personal. El falso "yo" que emerge se expresa a través de hábitos compulsivos, adicciones y otros trastornos que concluirán con la alienación de la identidad y alimentando el sentido de culpa"	Whitfield (1991)
"Patrón de relación con los otros caracterizada por una focalización extrema fuera del yo, déficit en la expresión de emociones, así como un desplazamiento de las verdaderas intenciones de la relación"	Spann y Fischer (1990)
"Comportamientos disfuncionales propios de las familias de químico- dependientes que impiden a cada uno de sus miembros expresarse y abrirse emocionalmente de forma individual"	Wegscheider-Cruse (1985)
"Adicción a la gente, las conductas o las cosas"	Hemfelt, Minirth y Meier, (1989)
"La codependencia ha sido usada para describir a gente (normalmente mujeres) cuyas vidas se han vuelto inmanejables como resultado de su implicación con alguien químicamente dependiente"	Beattie (1987)
"A falta de una definición precisa, la dinámica de la codependencia es como sigue: las personas codependientes se centran de tal modo en lo que está ocurriendo con quienes están a su alrededor tratando de tener algún control sobre sus vidas que pierden el contacto con sus propios pensamientos y sentimientos. Ellos por tanto, usan ese control para ganar en realización y soporte emocional a partir de su relación con los demás"	Lindley y Hammer (1999)

4.3 Evaluación y diagnóstico diferencial.

Por lo general resulta fácil diagnosticar una dependencia emocional. Con los elementos definitorios antes descritos y lo peculiar que es la población afectada no resulta complicado un diagnóstico positivo. Además suelen ser casos muy típicos: familiar (por lo común esposa o madre) de un adicto generalmente alcohólico que vive entregada al problema, asumiendo el rol de padre recreándose en su papel de víctima y que no controla la situación, pareciendo como si su queja fuera asimismo su situación deseada, es decir gozando de su sufrimiento. Cuando el marido se cura y la situación se resuelve, como si de una evolución metamórfica se tratara, la misma mujer que antes se quejaba de sufrir a un marido alcohólico, en vez de aliviarse entra en un estado de pesadumbre que puede llegar casi al vacío existencial, como si añorara su pasado de mujer abnegada y hasta maltratada.

En cuanto a los marcadores biológicos, algunos autores han encontrado niveles alterados de serotonina (implicada en las patologías afectivas) (Guerra, Caccavara, Zaimovic et al, 1997).

La evaluación psicométrica de la codependencia no es difícil, existen diferentes instrumentos de medida que enumeramos en la tabla 4. En nuestra investigación con el CdQ encontramos datos interesantes aunque echamos de menos un test que se adapte mejor a este ámbito cultural y a los diferentes tipos de codependencia existentes.

En el apéndice I encontramos una adaptación al castellano del test de codependencia CdQ de Roehling y Gaumond (1996) efectuado por Sirvent y Martínez en 2000.

En la tabla 5 tenemos una relación de los principales tests que miden codependencia. El SF-CDS (test de Spann- Fischer) tiene 16 ítems, es de tipo Likert y seguramente es el más utilizado de todos (en su construcción partieron de 255 ítems) desde luego es el más citado en la literatura.

TABLA 5.- PRINCIPALES TESTS QUE MIDEN CODEPENDENCIA

TEST		REFERENCIA
SF-CDS	<i>Spann-Fischer Codependency Scale</i>	Fischer, Spann y Crawford (1991)
CdQ	<i>Codependent Questionnaire</i>	Roehling y Gaumond (1996)
CODAT	<i>Codependency Assessment Tool</i>	Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller (1998)
CoDAC	<i>Co-Dependents Anonymous Checklist</i>	Whitfield (1991)
FCAI	<i>Friel Codependency Assessment Inventory</i>	Friel (1985) Friel y Friel (1987)
IDI	<i>Interpersonal Dependency Inventory</i>	Bornstein (1994)
CAST	<i>Children of Alcoholics Screening Test</i>	Jones (1983)

El test CdQ de 36 ítems de Roehling y Gaumond (1996) es el que hemos utilizado en nuestra investigación

El CODAT de Hughes-Hammer, Martsolf y Zeller (1998) es muy parecido al anterior y al Spann-Fischer, utiliza el mismo sistema de gradación tiene la ventaja de estar más actualizado ya que es del 98. Puede encontrarse en el artículo de Hughes Hammer que se titula como el propio test.

El CoDAC de Whitfield (1991) es una lista de adjetivos de alcohólicos anónimos

El FCAI de Friel (1985) y Friel y Friel (1987) es un protocolo. Incluye muchas preguntas de tipo sociodemográfico.

IDI de Bornstein (1994) se basa en el concepto analítico de dependencias objetales

El CAST de Jones (1983) consta de 10 preguntas cerradas que se le hacen al familiar (pensado para hijos de alcohólicos) sobre su relación con el alcohólico.

El diagnóstico diferencial de la codependencia debe establecerse en primer lugar con el resto de D.R., tanto genuinas (dependencia emocional) como mediatizadas (bidependencia y otros tipos de codependencia).

Los constructos asociados con los que podemos efectuar un diagnóstico diferencial se describen en la tabla 5

Con los trastornos de personalidad ya hemos establecido anteriormente las diferencias (carencia de altruismo y entrega en los sociópatas, diferencias en la autoimagen e impulsividad en los codependientes, etc.,).

Respecto al burn-out (síndrome de *queme* profesional) y al cuidador informal está claro que ambos tiene una situación de estrés crónica acompañada de una mirada autocompasiva y cansada dirigida hacia sí mismo (centrípeta), en tanto que los codependientes –en su abnegación y entrega- dirigen su mirada cansada y ansiosa hacia fuera (centrífuga).

La bidependencia es un proceso inverso a la codependencia; mientras aquella la padece un adicto o ex adicto, esta es típica de familiares de adictos, de etiología, naturaleza y manifestación clínica tan distinta que huelgan comentarios, baste para ello ver la descripción de bidependencia que se efectúa más adelante.

Los adictos al amor también tienen una etiología diferente más relacionada con el desapego afectivo en la infancia, mientras que los codependientes iniciaron su proceso de forma reactiva en la edad adulta. Las diferencias clínicas se pueden constatar comparando descripciones.

En la tabla 6 encontramos constructos asociados a la codependencia que complementan los comentarios de anteriores párrafos.

TABLA 6.-CONSTRUCTOS ASOCIADOS A LA CODEPENDENCIA

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE TIPO LÍMITE Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad. (DSM-IV, 1994).
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE TIPO DEPENDIENTE Necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. (DSM-IV, 1994).
SÍNDROME DE BURN-OUT El síndrome del quemado conlleva los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la realización personal (con autopercepción y autoevaluación negativas), y puede aparecer principalmente en profesionales que trabajan con personas y se implican en los problemas de éstas. Cuando se dice que este profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación (Maslach, 1977)
SÍNDROME DEL CUIDADOR INFORMAL Consecuencia del estrés crónico que supone la situación de "cuidar a personas con problemas, normalmente degenerativos" se pone de manifiesto una sintomatología psicopatológica consistente en: trastornos del sueño, neurosis agresividad, ansiedad, trastornos psicosomáticos, depresión, autopercepción negativa y desvalorización (Flórez, 1996)
BIDPENDENCIA La bidependencia o doble dependencia es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal) existe una dependencia de personas o situaciones que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El adicto adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción. (Sirvent, 1999).
ADICCIÓN AL AMOR Es aquella adicción en la que la ingesta de una droga es reemplazada por una relación romántica o de pareja. En ella, la persona se dirige hacia el otro con la intención de llenar un vacío, la relación pronto pasa a ser el centro de su vida, si además le ofrece un consuelo que no encuentra en ninguna otra parte de modo que retorna a ella una y otra vez porque la necesita, de otro modo su vida sería estresante y displacentera. Cuando la exposición constante a la relación se hace necesaria entonces, se ha caído en la trampa de la adicción. El casi siempre presente peligro de la retirada crea el casi siempre presente deseo irresistible por la relación (craving). (Peele, 1975).

Bidependencia

5.1 Introducción

El concepto *bidependencia* pretende conferir un cuerpo teórico-práctico a un trastorno que de forma más o menos tácita suelen manejar los profesionales de las adicciones, conocedores de la existencia de una patología relacional sobreañadida a la meramente adictiva. En anteriores epígrafes señalábamos que se suele sobregeneralizar el término codependencia para describir cualquier D.R. Intentaremos demostrar que ambos conceptos (codependencia y bidependencia) son diferentes.

En definitiva, el presente trabajo tiene como objetivo fundamental verificar el constructo y profundizar en algo importante y no bien filiado que puede lastrar severamente la recuperación si no se tiene en cuenta y actúa en consecuencia.

La bidependencia o doble dependencia es una forma particular de D.R. que pueden presentar sujetos adictos a sustancias (más frecuentemente mujeres), consistente en un hábito relacional acomodaticio donde la relación del bidependiente con el sujeto del que depende, se parece sobremanera a la que mantenía con la droga, extrapolándose aspectos tales como la necesidad imperiosa del otro, la reiterada búsqueda de estimulación y sensaciones fuertes, se delegan o evitan responsabilidades con autoanulación y disolución de su personalidad en la del compañero y mantenimiento de un estrecho y peculiar espacio de (pseudo)intimidad que no comprende nadie más que el bidependiente y quizá su pareja. Es un comportamiento derivado y connotado por el primariamente adictivo. Equivocadamente se le puede denominar codependencia, lo que no solo es erróneo sino antitético, de ahí la importancia de conocer bien las peculiaridades de este tipo de D.R.

Existe un subtipo de bidependencia denominada *parasitaria* menos frecuente y cualitativamente distinto que se observa más en hombres y se asemeja a ciertos rasgos de la personalidad antisocial, como el chantajismo con aprovechamiento material del otro, la presencia de un egoísmo (que a lo mejor antes no tenía) con manipulación sentimental, y -lo más característico- una sistemática tendencia a parasitar a la pareja de la que solo le interesa lo que ésta le pueda aportar material o afectivamente (por ejemplo protección y compañía mientras no encuentra otra pareja de la que aprovecharse mejor)

5.1.1. Origen del concepto

Durante bastantes años tuvimos ocasión de examinar la evolución que mantenían hombres y mujeres en programas asistenciales compartidos, tanto ambulatorios como residenciales, hasta que en 1990 se inauguró un programa terapéutico específico para mujeres adictas (sin abandonar las demás opciones asistenciales). Desde entonces venimos atendiendo a hombres y mujeres en programas específicos y también en tratamientos mixtos, tanto en régimen

ambulatorio como residencial. Pilar Blanco (Madrid 2000) publicó un extenso trabajo comparando la evolución de unos y otros en diferentes dispositivos terapéuticos.

Pasado un tiempo prudencial, se pudo comprobar que muchas de las mujeres que evolucionaban de forma natural en el tratamiento se comportaban de manera inmadura y pasivo-dependiente en la relación de pareja hasta el punto de representar este aspecto un importante factor de recaída¹¹. Con los hombres no ocurría igual debido a circunstancias que trascienden este trabajo y tienen que ver con elementos culturales, estereotipos de género, rol social, etc. que protegen más al varón. Las mujeres en tratamiento mixto presentaban este mismo problema en igual o mayor intensidad y frecuencia, con el agravante de la frecuente formación de parejas intracentro. Nos preguntábamos qué podía ocurrir para que aquellas mujeres que conseguían avanzar y/o terminar un programa demostrando madurez en bastantes planos cognitivos, se derrumbasen estrepitosamente en su relación de pareja, comportándose como piltrafas a merced de sujetos que por lo común tenían acusados rasgos caracteropáticos y las trataban de forma primitiva y violenta. De poco o nada servían argumentos disuasorios, ya que cuanto más agresivo era el trato recibido parecía que más les atraía la relación, llegando a disculpar al compañero o mentir para poder estar a su lado. Las que lograban superar el problema no sabían como habían podido estar tan ciegas. Algunas afirmaban que "les va la marcha" y que lo que les da un toxicómano no se lo puede dar ningún otro chico..."la gente normal me aburre, solo me entiende mi colega y solo soy feliz con él aunque me dé caña y me pegue" afirmaba en una entrevista una bidependiente recalcitrante. En parecidos términos se expresan chicos bidependientes respecto a su pareja aduciendo lo mismo: "las chicas normales no me dan buenas vibraciones. Sin embargo las consumidoras solo con la mirada ya saben lo que queremos y nos entendemos casi sin necesidad de hablar".

5.2 Aproximación conceptual

.Del testimonio del propio adicto y su pareja, de sus padres y hermanos e incluso de sus amigos, inferimos lo siguiente:

1º.-El bidependiente extiende la psicopatología propia de toda adicción a las relaciones interpersonales durante la etapa de consumo con unas características sobradamente conocidas: egoísmo, egocentrismo, manipulación, chantaje y extorsión, parasitismo, insinceridad, acomodamiento, etc.

2º.- Durante la etapa de consumidor activo en que mantiene dicho modelo patológico de interrelación se va adquiriendo un *aprendizaje caracteropático* que sienta las bases de la ulterior dependencia.

¹¹ por cierto, este aspecto no está recogido en los programas de prevención de recaídas ni entre los factores de recaída de Marlatt y Gordon y constituye un elemento sustancial más del denominado *estilo dependiente* específico del adicto

3º.- en el caso de la mujer adicta acaecen contingencias que configuran un modelado distinto, sobre todo si se unen a parejas con las que comparten su vida de adicción. Factores culturales de un lado y el aprendizaje por otro abocan en un modelo de interrelación peculiar para la mujer¹².

4º.- El varón adicto también *aprende* un modelo de interrelación peculiar, que más adelante se describe, y que en líneas generales es vivido como una necesidad parasitaria y utilitarista del otro (en general de alguien a quien explotar), a diferencia de la mujer que tiene una dependencia afectiva más clara. La mujer muestra sumisión, falta de autonomía y fijación afectiva irreductible en tanto que el hombre siente que *necesita a alguien* a su lado (sea cual sea esa pareja) con tal de no estar solo y poder tener a quien recurrir (más en lo material más que en lo afectivo). En el fondo ambos utilizan al otro pero la mujer lo hace más desinteresadamente. Por descontado que no siempre es así y que muchas ex-adictas pueden llegar a utilizar fríamente a sus compañeros y – a la inversa- bastantes varones adictos presentan un tipo de dependencia similar al modelo femenino antes descrito. Incluso un mismo adicto puede tener las dos formas de bidependencia según el tipo de pareja con quien conviva.

El caso de una paciente (llamémosle Vanesa) ilustra perfectamente como en un sujeto adicto se pueden dar simultáneamente los dos tipos de bidependencia:

"A lo largo de mi vida he tenido muchas relaciones, pero destacaría dos. Conocí a un señor (llamémosle Eduardo) de edad madura pero no viejo, culto y bondadoso, que me enseñó muchas cosas: como comportarme en un restaurante, como moverme en sociedad con corrección y buenos modales, me llevaba a visitar museos y leer libros de buena literatura, me daba dinero y me mantenía. Por aquel entonces yo apenas consumía, llevaba varios meses sin meterme heroína, aunque bebía y de cuando en cuando me hacía una raya de coca. Al lado de Eduardo me sentía como una reina y aunque realmente no le quería, sí que le apreciaba y le necesitaba por todo lo que me daba. Mi relación era amyormente de admiración y amistad. Lo peor venía cuando teníamos que hacer el amor y yo debía fingir pasión. Poco a poco me di cuenta que le

12

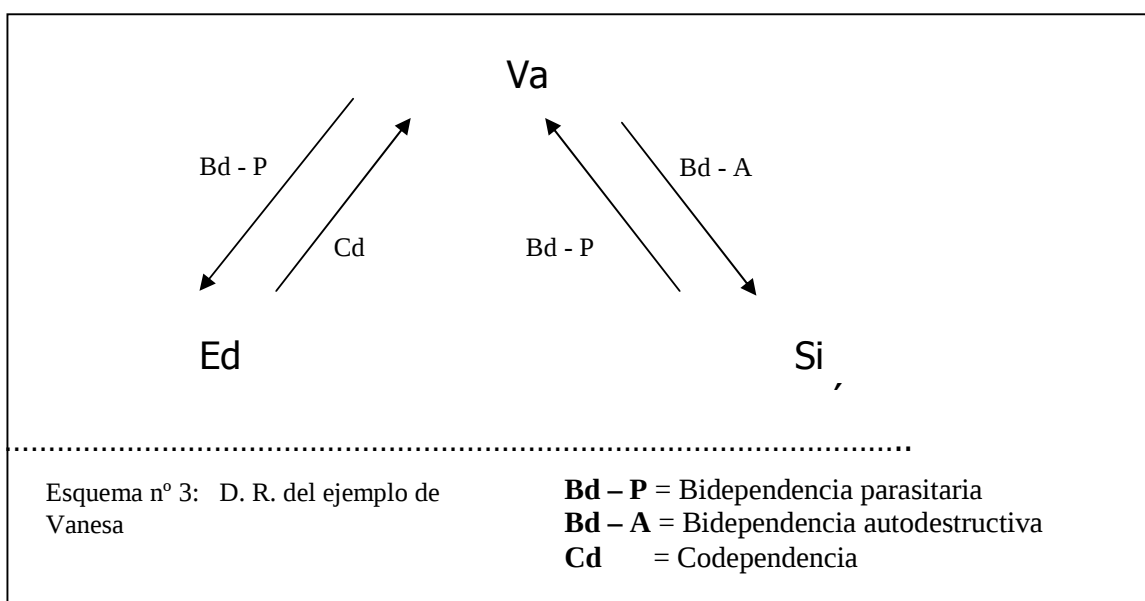
¹²Efectivamente un posible y estereotipado caso de aprendizaje bidependiente femenino podría ser el de aquella mujer adicta con un novio toxicómano que le suministra droga a la vez que la utiliza para conseguirla. Ambos forman una unidad frente al mundo donde –pese a sus inevitables desencuentros- solo se sienten comprendidos y solidarios el uno junto al otro. Esa especial unión (más bien comunión) presenta unos vínculos interdependientes que, aunque racionalmente entendidos como patológicos incluso por ellos mismos, tienen una consistencia difícil de neutralizar porque "nadie de fuera lo entendería". Y cuanto mayores son los esfuerzos de padres, hermanos y terapeutas por disuadirles más fuerte se hace su unión "frente al mundo"

"vampirizaba" pero él no se daba cuenta o parecía no importarle. Paralelamente mantenía relaciones con otros chicos casi siempre consumidores, con los que me sentía más auténtica y, aunque con ellos solo bebía o me hacía alguna que otra línea de farlopa, me encontraba a gusto con ellos, me daban el puntillo que yo necesitaba. Pero no quería perder a Eduardo, no solo por el interés, sino que en el fondo le apreciaba mucho. Pero esta rutina poco a poco fue degenerando. Le saqué todo el dinero y conocimientos que pude de una forma cada vez más implacable y egoísta. Yo me daba cuenta de que él notaba que cada vez le correspondía menos a su cariño pero a estas alturas ya no me importaba porque me servía, le utilizaba. Conocí a un chico (llamémosle Simón) heroinómano con el que me entendía cojonudamente y que me hacía sentir yo misma. Al principio toda nuestra relación era una fiesta, puro goce, diversión y un entendimiento especial en el que casi no hacían falta las palabras. Él tenía un carácter fuerte y un amigo común me advirtió que aunque Simón era un tipo carismático y simpático cuando estaba "de buenas", tenía que tener ojo porque era un sujeto con un carácter violento. "Ándate con cuidado, me decía". No le hice mucho caso, estaba fascinada por su carisma y con lo que me hacía sentir. Nadie me había hecho vibrar así en toda mi vida y las consecuencias no me importaban o no quería pensar en ellas. Sabía que él se metía droga pero me aseguraba que lo tenía controlado. Empezamos a consumir juntos de forma esporádica al principio pero cada vez más frecuente hasta que definitivamente nos enganchamos. A partir de entonces Simón se puso más agresivo exigiéndome que le sacara pasta a Eduardo para podernos meter. Cada vez necesitábamos más y yo ya no sabía que hacer para mantener ese ritmo de vida y de consumo. Ya no tenía argumentos que ofrecerle a Eduardo. Simón comenzó a pegarme y humillarme, pero yo seguía ciega; solo el pensar que podía perderle me volvía loca. Me pegaba cada vez más, pero no dejaba de quererle ni un ápice, y no es que yo fuera masoquista, muchas veces me enfrenté y le mandé a la mierda pero en cuanto pasaban unas horas le daba vueltas a la cabeza obsesionada con él y me entraba el pánico solo con imaginar que podía perderle. Eduardo al final se enteró de todo. El pobre vivió una temporada superpendiente de mí, obsesionado con atenderme y ciego con mi adicción, ya que no parecía o no quería darse cuenta de lo chunga que yo estaba. Al final yo pasaba olímpicamente de él, solo me interesaba verle para sacarle dinero, pero el muy imbécil tragaba, conformándose tan solo con tenerme cerca y cuidarme, cosa que no consiguió porque yo seguía a mi pedo. Tras mucho aguantar Eduardo no tuvo más remedio que dejarme antes de que su propia vida se hundiera más Yo ya había adelgazado 12 Kg. Simón empezó a explotarme sin escrúpulos haciendo que me prostituyera, pero como estaba tan delgada los hombres no me querían. La propia dueña del prostíbulo me dijo que si no engordaba y me quitaba la pinta de yonki no tendría ningún cliente. Nuestra vida era un caos, dormíamos a cualquier hora, comíamos mal y muy poco, sin horarios, no teníamos trabajo ni casa. En una ocasión fuimos de cunda a pillar a un poblado. Simón se cabreó conmigo por traer poco dinero diciéndome que qué mierda íbamos a pillar con eso, yo le dije que apenas me salían clientes y lo tenía que hacer por dos duros. Entonces se encendió y me pegó una fuerte paliza delante de los colegas que nos llevaban en el coche. Yo me revolví como una loca, diciéndole de todo. Él me sacó del coche

arrastrándome por los pelos y dejándome tirada en un descampado de chabolas en pleno invierno y sin abrigo mientras me decía "desgraciada que ya no vales ni para puta". Esa noche creí morirme de frío y de miedo.

Todavía hoy que han pasado dos años y me estoy rehabilitando de la droga, sigo acordándome de él con nostalgia. Le odio porque es un cabrón pero le quiero porque es fue único que me hace sentir algo especial."

Esta historia muestra las dos modalidades de bidependencia de forma gráfica aunque un tanto extrema (esquema nº 3). La relación de Vanesa con Eduardo era de tipo parasitario, al igual que la mantenida por Simón respecto a ella, esta todavía más típica y carente de remordimientos, en tanto que la de Vanesa respecto a Simón era una bidependencia autodestructiva. Si Eduardo no hubiera roto sus vínculos con Vanesa, y hubiera consentido una relación donde el era explotado por ella, se hubiera convertido en un codependiente



La bidependencia no es exclusiva de la mujer adicta, representando una DR con entidad propia ya que no es ni una adicción al amor ni una codependencia, siendo de signo opuesto a esta última tanto en la morfología clínica, como en sus antecedentes patogénicos. Se podía incluso afirmar que la bidependencia es compatible y a veces superponible a una alteración caracteropática adquirida que guarda más elementos en común con los trastornos de la personalidad que con las propias dependencias relacionales. En el fondo la bidependencia es una actitud y como tal tiende a estabilizarse, de ahí su resistencia al cambio.

5.3 Definición del constructo BIDEPENDENCIA

La primera definición publicada (Sirvent, 1994) decía así: "la bidependencia o doble dependencia es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de

personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción (buscar recursos, comprar droga, etc.). En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante”.

Desde el primer quinquenio de los 90 venimos proponiendo operativamente el término bidependencia o doble dependencia (a sustancias y afectiva respectivamente) para describir la naturaleza de la dependencia relacional que pueden presentar sujetos adictos como un fenómeno comportamental derivado de la propia adicción y añadido a ésta que *suele perdurar* tras la deshabitación dado que tiende a ser una faceta estable de tipo cuasi caracterial que se aprende y adquiere durante la etapa de consumo activo.

La **bidependencia** la **definirían** asimismo las siguientes **características**:

- Es un hábito relacional acomodaticio, pasivizante e inhibidor de la autonomía, específico de adictos a drogas, sin descartar que se pueda presentar en adicciones no químicas ya que el condicionante *no es* la sustancia sino el *tipo de vida* que realiza el adicto
- Provoca la dependencia de personas y situaciones con tendencia a la reiteración. El bidependiente busca obsesivamente a la pareja, minimizando, obviando u ocultando sus defectos a la vez que destacando que dicha persona es la única que le estimula como ella quiere.
- Se suele tener una falta de conciencia real del problema con inhibición de la propia autonomía o delegación de la toma de decisiones
- Suelen presentarse sentimientos de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia las relaciones intensas y hasta peligrosas (aunque sean perniciosas).
- La bidependencia tiene **dos subtipos** clínicos: **autodestructiva** y **parasitaria**. La primera, que es la más común, se da más frecuentemente en mujeres, es la que venimos describiendo a lo largo de todo este apartado. El segundo subtipo, bidependencia parasitaria, es una forma clínica sociopática más frecuente en varones caracterizada por parasitismo, búsqueda de sensaciones, manipulación sistemática, egoísmo y egocentrismo
- Tendencia a la reiteración. Cuando el bidependiente por fin consigue romper la relación patológica, reanuda otra con un sujeto de parecidas características con el que mantiene similares vínculos y análoga problemática, lo que refuerza la sensación de que –ante todo– la bidependencia es una *actitud* vital y por tanto un rasgo del carácter estable y difícil de cambiar. Los mismos pacientes admiten que son así, que parecen condenados al sufrimiento en sus relaciones.
- Diferencias entre las bidependencias masculina y femenina: en la tabla 7 enumeramos algunas diferencias dignas de consideración. Realmente no son modalidades específicas del hombre o la mujer aunque sí predominantes.

Tabla 7: Diferencias entre las bidependencias masculina y femenina

Bidependencia predominantemente femenina	Bidependencia predominantemente masculina
Más frecuente	Menos frecuente
.....	
Modalidad; autodestructiva	Modalidad: parasitaria
Necesita obsesiva y pasionalmente a la pareja	Utiliza a la pareja para conseguir algo
Se somete a la pareja	Somete a la pareja
Sentimiento de inescapabilidad	Sentimiento de posesión
Analogía con los trastornos de la personalidad límite y dependiente	Analogía con trastornos de la personalidad límite y antisocial

Respecto a las componentes del amor¹³ intimidad, pasión y compromiso de Sternberg (actualización de 1998), el bidependiente presentaría - en comparación con otros D.R.- los perfiles señalados en la tabla 8.

¹³ Para Sternberg la intimidad se refiere a aquellos sentimientos que se dan en la relación humana y que fomentan la proximidad, el vínculo y la conexión. La pasión es, en gran medida, la expresión de deseos y necesidades tales como la autoestima, la afiliación, el dominio, la sumisión y la satisfacción sexual. El compromiso es la decisión de amar a cierta persona y el mantenimiento en el tiempo de dicho amor.

Tabla 8: Perfil de los dos tipos de Bidependencia

1) Bidependencia pura (más frecuente en mujeres adictas)

D. RELACIONAL	INTIMIDAD	PASIÓN	COMPROMISO
Adicción al amor	-	+	+
Codependencia	-	-	+
Bidependencia	+ (distorsionada)	+	+ (irracional)

2) Sociopatía bidependiente (más frecuente en adictos varones)

D. RELACIONAL	INTIMIDAD	PASIÓN	COMPROMISO
Adicción al amor	-	+	+
Codependencia	-	-	+
Bidependencia	-	+/-	-

5.4 Etiología

La bidependencia *se aprende* durante la vida de adicto y más concretamente durante la escalada de consumo. El adicto, alcohólico, ludópata o drogodependiente, para alimentar su adicción necesita engañar a sus allegados –familiares y amigos– ensimismándose, mintiendo, manipulando y acercándose cada vez más al mundo de la adicción a expensas de un aislamiento comunicacional voluntario. A lo mejor ese aislamiento no se nota porque sigue en contacto con el mundo, pero se comunica de otra manera, más recelosa y desconfiada. Poco a poco se va separando del entorno normal mientras se acerca a su propio ambiente social que en el caso de sujetos alcohólicos, ludópatas o adictos a drogas legales puede ser un bar o la soledad de una habitación en su propia casa. En el caso de drogodependientes su acercamiento será al submundo marginal. Merced a su estilo consumista, hedonista y sociopático se va separando y en la mayoría de ocasiones enfrentando a familiares y allegados o en su defecto viviendo una doble vida a la vez que se aproxima y afilia al grupo de iguales (de adictos), o establece una relación de

pareja o de amistad que le puede aislar de los anteriores entornos. En ese momento el sujeto presenta un *estado especial de disponibilidad* (aislado, enfrentado al mundo, marginado, sin que nadie le entienda, etc.) que le predispone a establecer unos lazos afectivos (T. Reik, 1944) que en otras condiciones no se hubieran dado. El adicto *necesita* a alguien para llenar su vacío interior, siendo este aspecto frecuentemente verbalizado por mujeres adictas¹⁴. Asimismo se produce un *efecto halo* potenciador (teoría del intercambio de Thibaut y Kelly) para el enamoramiento porque en estas circunstancias el nivel de comparación disminuye a la par que se perciben potenciadas las cualidades del otro que se tornan *especialmente atractivas*¹⁵. Otro elemento facilitador concurrente lo encontramos en la adopción de un estilo relacional basado en la similitud de actitudes y la complementariedad de necesidades (teoría del equilibrio de Newcomb). Según la teoría de la reafirmación, la atracción hacia el otro aumenta cuando en su presencia concurren elementos reforzadores (Lott). En numerosas ocasiones la persona adicta, incluso ex-adicta, busca su pareja entre sus iguales, en principio aduciendo que *se aburre con las personas normales* o que no se entiende con los demás (a veces ocurre al revés, que el adicto o ex - adicto odia a sus iguales). A este propósito las teorías de la equidad de Walster y Berscheid (Boston 1978) aseguran que el sujeto se siente más atraído y experimenta mayor intimidad hacia aquellas personas con las que tiene una relación equitativa. Sabido es que la similitud (edad, educación, afinidades, etc.) contribuye a aumentar la atracción interpersonal (Burgess y Wallin, 1953) (Skolnick 1981) Un estudio de Hill, Rubin y Peplau (1976) subraya la importancia tanto de la similitud como de la reciprocidad en las relaciones interpersonales. Más lejos llegan Huyston y Levinger (Palo Alto, 1978) argumentando: 1º que el sujeto considera la similitud como algo positivo en sí misma, 2º la similitud puede potenciar la autoestima, 3º la similitud presagia un futuro de mayor confianza y seguridad y 4º no solo influye la similitud, sino la confianza en las respuestas emocionales.

En mi opinión el bidependiente mantiene relaciones similares pero de reciprocidad asimétrica. Lo que explicaría –al menos parcialmente- cómo llegan a perpetuarse relaciones aparentemente conflictivas o acabadas es que la cantidad de castigos se ve compensada con pocos pero succulentos refuerzos positivos que, por inéditos, resultan doblemente reforzadores (un adicto, en virtud de su condición le *llega* o estimula como nadie a su pareja y viceversa).

¹⁴ Melanie Klein afirma que el amor deriva de la dependencia de los demás para satisfacer necesidades personales

¹⁵ Una intimidad muy especial en la que uno “sabe” lo que hace el otro y se comparten sentimientos solidariamente (ellos dos frente al mundo) pero donde muy pocas veces se tiene una verdadera intimidad, ya que esta está distorsionada por la mistificación (autoengaño de ambos), por la percepción alterada de la realidad que tienen los adictos y por la deseabilidad o fantasía con que envuelven sus argumentos casi siempre apragmáticos.

Otros argumentos quizá más convincentes que justifican la absurda perpetuación de relaciones aparentemente rotas entre adictos se fundamentan en lo siguiente: 1. - La pura inercia: la adicción favorece el acomodamiento a situaciones que pocos soportarían (vivir en cualquier sitio y de cualquier forma, conflictos permanentes, etc.) porque lo único que le motiva es el consumo. Lo demás –incluida la pareja- le da igual. Experimenta la relación como un instrumento necesario para sobrevivir. 2.- Los estudios de Kagan y Moss (1962) descubrieron que la pasividad y la tendencia a depender de los adultos son dimensiones estables en las chicas hasta la época adulta. La niña depende de sus padres y transfiere la dependencia al marido, aunque se muestra independiente con sus amistades. El hombre, por el contrario, se muestra independiente con padres y esposa y dependiente con los iguales (amigos). Interpretando a Jean Baker (Boston 1987), la mujer adicta tendría una insuficiencia, una falta de capacidad para valorar y dar crédito real a sus pensamientos, sentimientos y acciones. Es como si hubiera perdido del todo el sentido de satisfacción o nunca hubiera tenido derecho a la misma a lo que debemos añadir a la sensación de que “aquí debería estar otra persona”. Dicha necesidad produce depresión. Además un rasgo central anterógrado deviene de que la mujer se desarrolla en un contexto de vínculo y afiliación con los demás, El sentido de identidad femenino se organiza alrededor de crear y mantener afiliaciones. Muchas mujeres perciben la amenaza de la ruptura de una afiliación no solo como la pérdida de dicha relación, sino como algo próximo a la pérdida de la identidad. En el caso de la mujer adicta que vive por y para su compañero, el hecho de poder llegar a actuar y reaccionar en función de sus verdaderas necesidades pasaría por la recuperación de la autonomía pagando el precio de prescindir de la afiliación, abocando hacia una redefinición de su identidad independiente y autodirigida, lo que en absoluto es fácil, entre otras cuestiones porque lo anterior supone la mayor parte de veces una larga intervención sobre algo que forma parte del esqueleto caracterial de la mujer adicta (y también del adicto).

Puede resultarle difícil al clínico, empleando el mero manejo de contenidos, averiguar la verosimilitud de lo que expresa un adicto, no porque este voluntariamente le engañe (cosa harto frecuente) sino porque tiene tal mistificación o sesgo de realidad que, aunque manifieste una auténtica voluntad de expresar su intimidad (a la pareja, al terapeuta, etc.) difícilmente será no ya objetivo sino veraz. La insinceridad del adicto es una caracteropatía aprendida, y por tanto un rasgo peligrosamente estable que interfiere sobremanera su intercomunicación. Es lo que Wilhelm Reich denomina *coraza caracterial* o defensa narcisista que puede tratar de compensar un sentimiento de inferioridad. Observamos una pauta típica de resistencia, un mecanismo defensivo cuyo trasunto es el estilo defensivo y afecta al modo de ser global del adicto. El clínico, entonces deberá estar atento a los contenidos explícitos, pero, además –y muy especialmente- al modo en que se comporta el drogodependiente, al estilo y, en definitiva, a su forma de ser, dado que la patología relacional del adicto, y muchas veces del ex adicto, constituye –insistimos- un patrón estable de comportamiento compatible con una caracteropatía o alteración de la personalidad.

En nuestra opinión la alteración caracterial más frecuente en bidependientes, tanto en varones como en mujeres, es un híbrido entre los trastornos límite y por dependencia ¹⁶de la personalidad. Una minoría de mujeres presentan

¹⁶ *Trastornos de la personalidad (DSM-IV) límite y por dependencia*

T. límite de la personalidad:

Esfuerzo frenético por evitar el abandono real o imaginado

Relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por alternancia entre idealización y devaluación

Alteración de la autoimagen y de la identidad acusada y permanentemente inestable

Impulsividad

Intentos o amenazas de suicidio

Intensa reactividad del estado de ánimo que provoca inestabilidad afectiva

Sentimientos crónicos de vacío

Ira inapropiada e intensa

Dificultades de autocontrol

Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés

Trastornos de la personalidad por dependencia

Dificultades para tomar decisiones

Necesidad de que otros asuman responsabilidades

Dificultad para expresar desacuerdos por temor a pérdida de apoyo

Dificultad para iniciar proyectos por falta de autoconfianza

Va demasiado lejos en su deseo de lograr protección

Se siente incómodo cuando está solo debido sus temores para cuidar de sí mismo (falta de autonomía, ver definición original de bidependencia)

Cuando termina una relación busca otra que le proporcione cuidado y apoyo (gran coincidencia con la reiteración de la bidependencia)

Se siente preocupado de forma no realista del miedo a que le abandonen (gran coincidencia con la reiteración de la bidependencia)

trastornos de tipo pasivo-dependiente y una minoría de hombres, trastornos de tipo antisocial ¹⁷. En un estudio psicopatológico comparado de 52 varones y 35 mujeres mediante la escala PAI (personality assesment inventory) (Fundación Instituto Spiral, Madrid 1998) se obtuvieron mayores puntuaciones en la inestabilidad afectiva (BOR- A o rasgos borderline) en una proporción de hasta un 39% de elevación de escala en el grupo de mujeres contra un 8,7% en el de hombres, un 56% de mujeres borderline presentaban problemas de identidad. Otro hallazgo importante era la marcada elevación prevalente en las mujeres de la subescala BOR-S que remite a una mayor frecuencia de conductas autopunitivas (36, 5%).

En la escala antisocial (ANT) se encontró que la prevalencia de rasgos de impulsividad y búsqueda de situaciones de peligro fue la misma en ambos sexos, si bien la búsqueda de estímulos fue el doble de alta en las mujeres que en los varones

El/la adicto se vuelve acaparador y egotista, limitando su comunicación al plano que le resulta menos oneroso y comprometido posible. Transmite sus confidencias a la pareja a la que paralelamente hace cómplice. Si su pareja no es consumidora, por lo general tampoco estará informada de todas las contingencias, salvo en aquellas ocasiones en las que el adicto no tiene reparo en contar lo que le pasa porque domina la relación o la otra parte ignora las consecuencias reales de su trastorno, o acaba teniendo importantes conflictos cuando la pareja definitivamente se da cuenta y conoce lo que le pasa.

Pero las relaciones más interesantes para conocer la bidependencia son aquellas en las que ambos miembros son drogodependientes o cuando solo uno lo es pero el otro está engañado o ignora el problema. En estos casos el adicto se *maneja funcionalmente* y puede permitirse una relación como la expresada en compatibilidad con la vida de consumo, lo que le aporta una intimidad que de otro modo nunca tendría, con lo que incrementa la tasa de refuerzo a la vez que va progresando en el aprendizaje sociopático para mantener este tipo de relación. A este propósito son interesantes los experimentos de Berscheid y Walster (Boston 1978) que prueban como la mutua atracción aumenta cuando el ambiente externo se vuelve hostil o resulta amenazante. El hostigamiento de familiares, allegados, etc. sirve de detonante (arousal) en una situación límite: ellos frente al mundo. Además no podemos olvidar que la vida de un adicto oscila desde la sobreestimulación de la droga, de determinados ambientes, situaciones, estados de riesgo y peligro hasta la privación de estímulos y la falta de actividad que le provoca un insoportable vacío que llena recurriendo a la pareja.

¹⁷ Recordemos que los trastornos de personalidad son patrones inflexibles de experiencia interna y comportamiento, suponiendo el trastorno límite de la personalidad (el más frecuente en esta población) un patrón de inestabilidad en la relación interpersonal, la autoimagen y los afectos y de una notable impulsividad (datos de la clasificación DSM-IV)

Un factor que nutre la bidependencia es la rigidez forzada de los límites del yo del adicto ¹⁸ que en su carrera toxicófila se va paulatinamente impermeabilizando al mundo exterior a la vez que reserva su único espacio de (pseudo) intimidad para la pareja que se hace exclusiva depositaria de la misma. Tanto el uno como el otro *creen* compartirlo todo. Realmente es una fantasía de intimidad ya que durante la etapa de militancia en el consumo el mundo se percibe de forma alterada y el yo tampoco es el auténtico ego del sujeto. Sin embargo la *sensación* subjetiva es que existe una perfecta y armoniosa relación que además es única, ya que nadie puede entrar en la misma ni mucho menos entender lo que hay entre ambos. Este nexo es tan especial e intenso que aboca en dependencia relacional, en una doble dependencia o bidependencia. Y esta dependencia estará más regida por las leyes de la dependencia química que por las de la dependencia amorosa ¹⁹ En realidad es *una fantasía de relación* que –no obstante– evoca un anhelo de la misma incluso cuando se supera la adicción química y que conduce a la reanudación de relaciones con el peligroso código referencial de la época en que se consumía. El ex adicto vuelve con la pareja porque se siente comprometido con la única persona que le entiende y con la que conecta emocionalmente de una forma muy especial, máxime cuando las demás relaciones no solo le aburren sino que le evocan con mas fuerza anteriores momentos de hiperestimulación sensorial y sentimental.

Respecto a la etiopatogenia de este proceso comparado con las otras D.R. estudiadas en la tabla 9 podemos observar que en la adicción al amor o dependencia emocional se presumen antecedentes de carencias afectivas en la infancia que abocan en un proceso caracteropático que bien podría parecerse al trastorno de personalidad por dependencia, aunque otros autores²⁰ proponen una categoría específica. En la misma tabla 9 podemos comprobar que la codependencia se gesta claramente en la edad adulta (los hijos de alcohólicos rara vez lo son) y termina siendo el raro y enquistado proceso adaptativo que se describe en el apartado referido a la codependencia. Por último acabamos de decir que la bidependencia tiene su origen en la adolescencia tardía o –más

¹⁸ Es bastante frecuente que el adicto tenga límites rígidos o autoprotectores. Cuando se enamora consigue eliminar parcialmente los límites fusionándose las dos personalidades, con lo que se supera la soledad y se recupera la autoestima y en cierta medida la identidad. (Scott Peck)

¹⁹ El sujeto bidependiente mantiene una relación con su pareja parecida a la que sostiene con la sustancia. Predomina el egoísmo, la búsqueda de sensaciones, los arrebatos compulsivos, la imperiosidad e impaciencia, la manipulación afectiva del otro y la anteposición de consecución de droga a cualquier otra cosa

²⁰ Castelló Blasco (Valencia 2000) propone que las dependencias emocionales sean consideradas como un trastorno específico de la personalidad, dado que cumple todos los requisitos: afecta la cognición, la afectividad, la actividad interpersonal, el control de los impulsos, es persistente, inflexible, abarca numerosas situaciones personales y sociales, es de larga duración y de inicio temprano y no se debe a otro trastorno mental.

frecuentemente- en la adultez y que por la severidad de su nosología va más lejos que el mero trastorno adaptativo de magnitud neurótica, llegando al nivel caracteropático dado que es una actitud que se manifiesta en forma de tendencia permanente a repetir un comportamiento y es sumamente refractaria a la modificación por la terapia. Tal y como se recoge en la tabla 9 tendría una envergadura patógena semejante al trastorno límite de la personalidad la forma autodestructiva (de bidependencia), asemejándose más al trastorno antisocial de personalidad la forma parasitaria de bidependencia. Hay casos menores o más manejables de bidependencia que se pueden considerar como meros procesos reactivos (neurosis *blandas*) que se tratan con relativa facilidad.

Tabla 9: Etiopatogenia de las dependencias relacionales

Tipo de D.R.	<i>Antecedentes</i>	Psicopatología
Dependencia emocional	Infancia	T. de la personalidad
Codependencia	Edad adulta	T. adaptativo
Bidependencia	Adolescencia / adultez	- Tipo autodestructivo: Tº. por dependencia y Tº. neurótico (casos leves) - Tipo parasitario: Tº antisocial

5.5 Clínica de la bidependencia.-

Una vez definido el concepto de bidependencia y desarrollada su etiopatogenia conviene abundar en la clínica del proceso: descriptores, diagnóstico diferencial, y evaluación, dejando para otro momento el abordaje terapéutico del proceso. Respecto a la evaluación, uno de los objetivos de la investigación que se resume al final de este trabajo era poder crear un instrumento evaluativo seguro y eficaz, por lo que remitiremos al lector a la investigación y apéndices con los cuestionarios y su corrección. Sin embargo, creemos que con la pormenorizada descripción clínica contenida en el trabajo tenemos datos sobrados para efectuar un diagnóstico positivo de los diferentes tipos de bidependencias existentes.

Partimos del supuesto de que la bidependencia es un constructo que significa dependencia sobre dependencia, o, lo que es lo mismo, una dependencia relacional instalada en un sujeto con dependencia de sustancias. El sujeto no adicto puede desarrollar una codependencia como respuesta –entre otros factores- al comportamiento bidependiente del adicto (ver en el anterior ejemplo de Vanesa la figura de Eduardo). En definitiva, la codependencia es la imagen antagonista de la bidependencia

Un constructo de nueva creación precisa de una pormenorizada enumeración de elementos descriptivos con sus correspondientes matices para que el profesional o interesado sepa cualificar lo mejor posible el proceso.

Hemos clasificado los descriptores siguiendo criterios de especificidad o inespecificidad en relación con el constructo, de primero y segundo orden según el nivel de importancia o presumible peso específico que dicho descriptor tenía en relación con el constructo. Dichos descriptores se relacionaron *antes* de efectuar la investigación, siguiendo criterios empírico-observacionales. Tras la investigación matizamos la importancia relativa de algunos de dichos descriptores, pero los desarrollaremos tal como se expresaron en su origen porque creemos son válidos, útiles y de valor heurístico²¹.

5.5.1 Descriptores clínicos de la bidependencia:

Utilizamos este feo pero práctico término para enumerar los principales elementos sustanciales descriptivos jerarquizados relativos al término bidependencia, partiendo de fundamentos observacionales y empíricos junto a varias investigaciones cualitativas y una cuantitativa que nos sirvieron para aquilatar el término y sentar las bases de las siguientes investigaciones, la primera de las cuales se expone en este mismo trabajo y la siguiente –más refinada- se sigue realizando a la hora de redactar estas líneas. La metodología utilizada y los resultados encontrados se explican más adelante.

♦ *Descriptores específicos de primer orden*

Son aquellos que poseen un alto grado de especificidad, los más íntimamente relacionados con el constructo bidependencia y en teoría los más aproximados al concepto nuclear son los denominados de primer orden. Dicha consideración se realizó –insistimos- antes de la investigación, aunque se había efectuado un trabajo pre-test cuantitativo y varios cualitativos, que más adelante se describen, que nos permitieron matizar las hipótesis de trabajo

- a) Capacidad de decisión y determinación voluntariamente anulada o disuelta en el otro, salvo en lo referido a la obtención de droga.
- b) Sojuzgamiento (más frecuente en varones) y sometimiento (más frecuente en mujeres), aunque muchas veces ocurre a la inversa. También es habitual que un bidependiente mantenga alternativamente relaciones de uno u otro tipo (parasitario o de sometimiento), como en la anterior historia de Vanesa de este mismo apartado.

²¹ Insistimos en que varios de los descriptores que no eran de primer orden, tras la investigación, pasaron a serlo. Del primer cuestionario de 85 ítems hemos pasado a otra forma más reducida y eficaz de 25 ítems que –junto a una batería de investigaciones cualitativas- forman el grueso de la última investigación sobre bidependencia, próxima a publicarse

- c) Parasitismo y chantajismo emocional: dar para obtener algo a cambio. Estos comportamientos lo mantienen casi todos los bidependientes en mayor o menor grado, sobre todo si se les permite, es una tendencia natural.
- d) Instrumentalización de la relación en pro de beneficios secundarios (utilización de los demás). Dichos beneficios pueden ser droga, dinero, seguridad, placer, protección, alta estimulación, etc.
- e) Repiten este comportamiento con sucesivas parejas (no aprenden de los errores). Esa tendencia a la reiteración no solo se manifiesta en su conducta, sino que buscan un determinado perfil de sujeto (por ejemplo carismático, agresivo, marginal, consumidor, etc.) que como se ve no coincide con el ideal de príncipe azul. Los bidependientes varones de tipo parasitario buscan mujeres sugestionables de carácter débil a quienes explotar fácilmente.
- f) Necesitan a los demás para sentirse completos. Ellas porque no pueden vivir sin el, ellos porque la necesitan para obtener la droga.
- g) Manipulan sentimientos del otro o de los demás jugando sistemáticamente con la culpa y el reproche.
- h) Piden y esperan amor incondicional (disponibilidad tiránica y permanente del otro).
- i) Se puede presentar tanto en sujetos con adicción actual como en ex adictos o personas ya curadas que se instalan en esta patología relacional. Este es un aspecto muy importante. En su momento afirmamos que la bidependencia era ante todo una actitud con tendencia a la persistencia y reiteración, representando un importante factor de riesgo dado que quienes la padecen tienden a reproducir dicho comportamiento, bien recuperando o manteniendo a su anterior pareja, bien buscando una nueva de características similares. Incluso aun cuando la nueva pareja sea de un cariz distinto, la forma de relacionarse con ella puede conducir a que reaparezca idéntica patología por el estilo o impronta con que el bidependiente contamina su relación.

♦ *Descriptorios específicos de segundo orden*

Son aquellos que aun teniendo un alto grado de especificidad, no se consideraron a priori (antes de la investigación) de primer rango diagnóstico. Luego pudimos observar que no era así, y que la mayoría de bidependientes tienen un buen número de síntomas de esta naturaleza.

- a) Intentan evitar el abandono (real o imaginario). O lo que es lo mismo, temor obsesivo a quedarse solos o privados del ser querido.
- b) Sentimiento crónico de vacío, más acusado en mujeres, aunque también frecuente en hombres.
- c) Tienen dificultades para acotar la intimidad, para definir las fronteras del ego
- d) Incapacidad selectiva para evaluar los efectos adversos de una relación, como una ceguera voluntaria irreductible a los argumentos del exterior.

- e) Inescapabilidad o dificultad para liberarse. A veces aun cuando el sujeto se pueda llegar a dar cuenta de lo que pasa, se siente atenazado, incapaz de salir de la situación.
- f) Tienden a recrear sentimientos negativos.
- g) Puede ser dependencia situacional en vez de relacional. A veces es una situación o circunstancia en la que se involucran una o varias personas la que atrapa al sujeto bidependiente (embarazo en situación difícil, dependencia económica, sojuzgamiento por persona muy violenta, etc.).
- h) Tienden a recrear sentimientos negativos.
- i) Reaccionan extremadamente al cambio o ante lo desconocido: o sienten temor o se lanzan irreflexivamente.
- j) Historia familiar y personal tormentosa (abusos, maltrato, abandono, carencias afectivas, etc.).
- k) Se gesta en la etapa durante la cual el adicto se ve obligado a comprar droga, es –pues– un proceso aprendido en la edad adulta (o en la adolescencia tardía en casos más precoces).

♦ *Descriptores inespecíficos*

Son aquellos que –aunque inespecíficos– pueden aplicarse, incluso describir perfectamente muchos de los aspectos definitorios de la bidependencia.

♦ *Descriptores inespecíficos de primer orden*

Son aquellos que –sin ser específicos– están estrechamente relacionados con el constructo bidependencia. Dicha consideración se realizó antes de la investigación definitiva, aunque se había efectuado un trabajo pre-test cuantitativo y varios cualitativos, que más adelante se describen, que nos permitieron matizar las hipótesis de trabajo

- a) Mantienen relaciones inestables e intensas.
- b) Más frecuente en mujeres.
- c) Tienden a la exculpación propia y a la inculpación del otro
- d) Se quejan pero no se plantean adoptar soluciones (más frecuente en mujeres).
- e) Baja conciencia del problema (más frecuente en hombres).
- f) Busca soluciones fuera de sí mismo/a.
- g) Tiende a relacionarse con personas problemáticas (más frecuente en mujeres).
- h) Autodestructividad, no en forma de comportamientos autoagresivos concretos (ver siguiente epígrafe) sino como una forma insidiosa y continua de irse autoanulando y destruyendo. En ocasiones si aparecen conductas autolíticas fruto de la desesperación o de una personalidad clástica.

1

♦ *Descriptores inespecíficos de segundo orden*

Son aquellos que –sin ser específicos- no se consideraron a priori (antes de la investigación) de primer rango diagnóstico. Luego pudimos observar que no era así, y que la mayoría de bidependientes tienen un buen número de síntomas de esta naturaleza

- a) Intentos fallidos de auto y heterocontrol emocional.
- b) Baja tolerancia a la frustración y al aburrimiento.
- c) Unidireccionalidad (todos sus mensajes van en el mismo sentido).
- d) Rechazan o abusan del compromiso.
- e) Recurren a otros en busca de su propia afirmación y valía.
- f) Presenta anormatividad o problemas con la autoridad.
- g) Autoestima lábil que oscila desde el narcisismo a la infravaloración.

❖ **Descriptores no incluidos**

Son aquellos que no se tuvieron en cuenta tras el filtrado inicial (cualitativo y cuantitativo) por su escasa pertinencia pese a que pueden aparecer en conceptos relacionados o afines con los que establecer diagnóstico diferencial

- a) Actitud expectante (on line)
- b) Defensa inapropiada de sus derechos (hipoassertividad)
- c) Comportamientos autodestructivos (concretos), ya que la autodestructividad es una característica principal que incluso da nombre a la forma clínica más frecuente de bidependencia
- d) Afición desmedida al consejo emocional
- e) Temen el abandono ante la separación rutinaria
- f) Desean y a la vez temen la intimidad
- g) Pueden parecer bidependientes personas no adictas con comportamientos análogos

5.5.2 Diagnóstico diferencial

Al ser un proceso con formas clínicas diversas podemos establecer un diagnóstico diferencial tanto con procesos reactivo- adaptativos, como con trastornos sociopáticos.

Obviamente las D.R. son los trastornos más parecidos a la bidependencia, si bien la codependencia es la que guarda más similitudes. Hemos desarrollado en la tabla 10 algunas de las principales áreas a explorar en codependencia y bidependencia.

La bidependencia no es un fenómeno exclusivo de los drogodependientes clásicos, sino que pueden padecerla sujetos alcohólicos y adictos no químicos. Además hemos encontrado modelos de comportamiento cuasi bidependiente en sujetos no adictos que tenían una especial forma de percibir y actuar en sus relaciones de pareja y a quienes ayudaron más las pautas terapéuticas que adoptamos para bidependientes que las convencionales en terapia de pareja.

Tabla 10: Áreas a explorar en la codependencia y bidependencia

Codependencia	<i>Bidependencia</i>
➤ Libido ¿presenta el codependiente una libido mediatizada por la dependencia relacional?. ➤ Intrusividad, hipervigilancia e hipercontrol de la vida ajena hasta el punto de la autonegligencia. ➤ Hiperfrecuentador del “consejo” sentimental y a su vez hiperconsejero. ➤ Experimenta sensación de indefensión, inescapabilidad, depresión y culpa. Está enganchado a una situación recurrente y sin salida, una pesadilla en la que por más que corre nunca avanza. ➤ Todo pertenece a la zona de intimidad y sin embargo, no es capaz de abrirse a los demás. ➤ Culpa ➤ Infancia (traumática, abusos físicos y psíquicos) ➤ Empatía patológica	➤ Desconfianza ➤ Distanciamiento social ➤ Retracción emocional ➤ Impulsividad ➤ Falta de remordimiento ➤ Relaciones inestables e intensas ➤ Identidad de imagen inestable ➤ Sentimiento crónico de vacío ➤ Baja tolerancia a la frustración ➤ Baja tolerancia al dolor ➤ Susplicacia o sensibilidad ➤ Falta de remordimiento ➤ Irresponsabilidad, imprudencia e inconstancia ➤ Inestabilidad afectiva ➤ Compulsiones

Enumeraremos algunos procesos con los que efectuar **diagnóstico diferencial**:

- ❖ La **bidependencia autodestructiva leve** tendría similitudes con:
 - la reactividad anímica
 - trastornos del estado de ánimo de tipo depresivo
 - trastornos de ansiedad
 - trastornos adaptativos

- ❖ La **bidependencia autodestructiva severa** tendría similitudes con
 - trastorno límite de la personalidad
 - trastorno por dependencia de la personalidad
 - trastornos obsesivo compulsivos
- ❖ La **bidependencia parasitaria** tendría similitudes con
 - trastornos del control de los impulsos
 - trastorno antisocial de la personalidad

❖ **Otros conceptos relacionados**

- Burn-out (codependencia)
- Indefensión aprendida (codependencia y bidependencia)
- Síndrome del cuidador (codependencia)
- Trastorno de la personalidad tipo límite (bidependencia)
- Trastorno de la personalidad pasivo-agresivo (codependencia y bidependencia)
- Trastorno de la personalidad de tipo psicopático (bidependencia)
- Depresión reactiva (codependencia)
- Trastorno de adaptación (codependencia)
- Trastorno de ansiedad por separación (codependencia)

6. INVESTIGACIÓN:

Pretendíamos verificar y describir psicométricamente el constructo *bidependencia* entre la población adicta con hipótesis basadas en el anteriormente descrito conjunto sindrómico estableciendo además un instrumento de evaluación de la bidependencia

1. Punto de partida descriptivo:

Simplemente enumeramos los que nos parecen más concretos a priori con ánimo de establecer una definición final más ajustada, fruto de la investigación. Los **datos seleccionados** son:

- La bidependencia o doble dependencia se referiría a la naturaleza de la dependencia relacional que pueden presentar sujetos adictos, siendo un hábito relacional acomodaticio, pasivizante e inhibidor de la autonomía, específico de adictos a drogas, sin descartar que se pueda presentar en adicciones no químicas ya que el condicionante *no es* la sustancia sino el *tipo de vida* que realiza el adicto
- Necesidad del otro: la bidependencia provoca dependencia de personas y situaciones con tendencia a la reiteración. El bidependiente busca obsesivamente a la pareja, minimizando, obviando u ocultando sus defectos a la vez que destacando que dicha persona es la única que le estimula como ella quiere

- Reiteración
- Falta de conciencia del problema con inhibición de la propia autonomía o delegación de la toma de decisiones e incompetencia resolutoria: los demás le resuelven los problemas

Inescapabilidad

- Es más frecuente en la mujer que en el varón adulto
- ¿De quién se depende? En el caso de mujeres, habitualmente se depende de una figura protectora que puede ser de distinto sexo: padre, marido, pareja, proxeneta, protector (cliente-mecenas), o del mismo sexo: madre, hermana, amiga, pareja.. a veces de varios. Los padres, la familia en pleno, etc.
- Suelen presentarse sentimientos de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia las relaciones intensas y hasta peligrosas (aunque sean perniciosas).
- La bidependencia tiene dos subtipos clínicos: autodestructiva y parasitaria. La primera, que es la más común, se da más frecuentemente en mujeres y guarda semejanzas en su forma leve con trastornos adaptativo-neuróticos y en su forma severa con el trastorno por dependencia de la personalidad. El segundo subtipo, bidependencia parasitaria, es un subtipo clínico sociopático más frecuente en varones caracterizado por parasitismo, búsqueda de sensaciones, manipulación sistemática, egoísmo y egocentrismo que guarda semejanza con el trastorno antisocial de la personalidad. Ambas formas clínicas (autodestructiva y parasitaria) tienen rasgos en común con el trastorno límite de la personalidad
- Clara tendencia a la reiteración. Cuando el bidependiente por fin consigue romper la relación patológica, reanuda otra con un sujeto de parecidas características con el que mantiene similares problemas, lo que refuerza la sensación de que –ante todo- la bidependencia es una *actitud* vital y por tanto un rasgo del carácter estable y difícil de cambiar. Los mismos pacientes admiten que son así, que parecen condenados al sufrimiento en sus relaciones.
- Diferencias entre las bidependencias masculina y femenina: en la tabla 7 enumeramos algunas. Realmente no son modalidades específicas del hombre o la mujer aunque sí predominantes.

2. Método

2.1 Criterios de inclusión en la muestra:

- Ser adicto
- Haber tenido una o más parejas con vínculos como los arriba tipificados de bidependientes, fundamentalmente: dependencia emocional, irracionalidad de la misma o pseudo-conciencia del problema, sumisión, pasividad, delegación de toma de decisiones, tendencia a la reiteración, sentimientos de vacío e inescapabilidad, acomodación relacional.
- Tener al menos 5 ó más descriptores específicos de primer orden, 3 ó más descriptores específicos de segundo orden y 5 ó más descriptores inespecíficos.

- El subtipo sociopático presentaría parasitismo, chantajismo emocional, egotismo, búsqueda de sensaciones, manipulación o extorsión y dominación

2.2 Muestra:

El muestreo fue intencional, voluntario y polietápico. El número total de adictos evaluados fue de 141 y el de controles se formó con 30 personas igualmente voluntarias y sin ningún tipo de filiación con la entidad que realizó el estudio. La muestra de adictos se constituyó con 46 alcohólicos con edades comprendidas entre los 24 y los 59 años. El resto (95) lo constituían drogodependientes cuyas principales drogas de consumo eran heroína y cocaína cuyas edades estaban comprendidas entre los 17 y los 53 años. El grupo control estaba formado por 30 personas de 25 a 57 años, un 52% con estudios de bachillerato. Un 53% de los mismos solteros.

2.3 Instrumentos

Se emplearon métodos de investigación cualitativa y cuantitativa.

- ♦ Para la investigación cuantitativa utilizamos el cuestionario CBp (Sirvent y Martínez, 2000), (ver APENDICE I) primer protocolo que –aunque bastante refinado– tiene como principal objetivo servir de referencia para la creación de otro test más breve y a la vez más preciso. Dicho CBp consta de 85 ítems (likert de 4 puntos) que miden bidependencia con subescalas a priori sometidas a análisis factorial. Las áreas que explora son: ACOMODACIÓN, DEPENDENCIA, REITERACIÓN, CONCIENCIA DEL PROBLEMA, SENSACIÓN DE INESCAPABILIDAD, SENTIMIENTOS DE VACÍO, ANTECEDENTES PERSONALES, RECREACIÓN DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS, CONTROL EMOCIONAL, SENTIMIENTOS DE CULPA, AUTOESTIMA Y LA DENOMINADA SOCIOPATÍA BIDEPENDIENTE (MANIPULACIÓN, BÚSQUEDA DE SENSACIONES, PARASITISMO, ANORMATIVIDAD, EGOTISMO, DOMINACIÓN Y DROGODEPENDENCIA).
- Como cuestionarios de anclaje utilizamos los siguientes:
- ♦ CdQ- Codependence Questionnaire (Modificado) (Roehling y Gaumond, 1996). Adaptación experimental española de Sirvent y Martínez con 36 ítems (Likert de 5 puntos) que miden codependencia y se subdivide en 4 factores: intimidad, control, responsabilidad y enganche. Baremos norteamericanos.
- ♦ ASPA – Test de Aserción en la Pareja (Forma A). (Carrasco-TEA Ediciones, 1998). 40 ítems (Likert de 6 puntos) que miden el estilo de comunicación e influencia en la pareja. Se subdivide en 4 factores: aserción, agresión, sumisión y agresión pasiva. Baremos españoles.

2.4 Procedimiento

Las pruebas fueron administradas de forma colectiva en 2 etapas y en 5 centros diferentes: Madrid, Oviedo (2), Palencia y Gijón. La administración de las mismas fue llevada a cabo por 5 profesionales diferentes de salud mental (2 médicos psiquiatras y 3 psicólogos) estando siempre presentes al menos dos de ellos en cada sesión. Las instrucciones previas a la cumplimentación del cuestionario fueron uniformadas tanto en texto como verbalmente. Fueron anulados 2 cuestionarios por estar claramente manipulados y otras 2 personas del grupo control rehusaron realizar el estudio. Desde el comienzo del muestreo hasta el final transcurrió un período de 1 mes. El estudio fue voluntario y anónimo, si bien se asignó una clave a cada sujeto para poder emparejar el diagnóstico clínico de bidependencia con las puntuaciones en la batería de tests. Para poder garantizar mejor la confidencialidad y controlar mejor la evaluación ciega de bidependencia la persona que procesó los datos fue un investigador externo al centro. El criterio interjueces para establecer un diagnóstico positivo de bidependencia fue de 2 acuerdos sobre 3 entre los miembros de equipo terapéutico, existiendo en todos los casos filiados positivamente acuerdo del 100% en diagnósticos positivos.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS 9.0. Se realizó análisis correlacional de la bidependencia psicométrica y la bidependencia clínica tanto entre ellas como con las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolarización, estado civil y grado de institucionalización) y otras variables de anclaje (codependencia y aserción en la pareja). Asimismo, se sometió a prueba factorial el constructo bidependencia y sus facetas (factores o subfactores). Igualmente, se compararon los grupos derivados de cruzar bidependencia clínica (positiva y negativa) con sexo y con tipo de adicción (politoxicomanía y adicción alcohólica) a lo que hay que añadir el grupo control.

Respecto a la investigación cualitativa se efectuaron las siguientes sesiones:

- Un grupo de 8 mujeres presumiblemente bidependientes
- Un grupo de 6 varones presumiblemente bidependientes
- Un grupo de 3 varones y 3 mujeres presumiblemente bidependientes
- Un grupo de 6 mujeres presumiblemente no bidependientes aunque adictos
- Un grupo de 6 varones presumiblemente no bidependientes aunque adictos
- Un grupo de 3 varones y 3 mujeres presumiblemente no bidependientes aunque adictos
- Un grupo control mixto de 3 varones y 3 mujeres estudiantes no adictos

Todas las sesiones fueron registradas mediante videgrabación autorizada.

3. Resultados

De los resultados obtenidos se deduce la existencia de un factor multifactorial oblicuo denominado bidependencia psicométrica que difiere en parte de la bidependencia clínica aunque guardan cierta relación ($P= 0,22$), entendiéndose la primera como próxima a la sociopatía y la segunda más próxima a la dependencia relacional. Sin embargo, en la depuración de la escala y a partir tanto del análisis factorial como de la correlación lineal de los ítems

con el criterio clínico de bidependencia, se han obtenido como factores determinantes de la bidependencia (por orden de importancia): DEPENDENCIA, ACOMODACIÓN, REITERACIÓN, SENTIMIENTOS DE VACÍO, ANTECEDENTES PERSONALES (HISTORIA DE ABUSOS FÍSICO-PSÍQUICOS), SENTIMIENTO DE INESCAPABILIDAD Y EN UN SEGUNDO PLANO BÚSQUEDA DE SENSACIONES.

Destacar además, que estos factores no parecen ser totalmente independientes y que los cuatro ítems que mejor reflejan la bidependencia clínica son:

Item73: CBp. Me han faltado fuerzas para cortar una relación conflictiva

Item43: CBp. Siento un vacío insoportable cuando no tengo pareja

Item59: CBp. He sido objeto de malos tratos

Item72: CBp. Mi pareja me dice que voy a remolque suyo

Por último, esbozar que de las comparaciones de medias cabe deducir que las mujeres bidependientes no alcohólicas parecen mostrar patrones de conducta diferenciales de los hombres y de las mujeres alcohólicas y en mayor medida de los grupos control.

La investigación cualitativa fue mucho más ilustrativa y refuerza el concepto de bidependencia que de forma exhaustiva se ha venido describiendo a lo largo del trabajo en el apartado "punto de partida descriptivo", y que nos llevaría a concluir lo siguiente:

1º La bidependencia existe y no solo es un constructo consistente sino que tiene una considerable importancia clínica, debiéndose contar con ella a la hora de trabajar una recuperación eficaz

2º Es válida la definición genérica que se hace de bidependencia

3º Se confirma que la bidependencia es un hábito relacional acomodaticio, pasivizante e inhibidor de la autonomía, específico de adictos a drogas, sin descartar que se pueda presentar en adicciones no químicas ya que el condicionante *no* es la sustancia sino el *tipo de vida* que realiza el adicto.

4º Se ratifica asimismo la necesidad patológica anhelante y obsesiva del otro y una enorme y sistemática tendencia a la reiteración.

5º Cabe destacar que el sujeto querido por el bidependiente es la única persona que le estimula como quiere. Una estimulación –dicho sea de paso– parecida a la que obtiene el adicto con la droga.

6º Falta de conciencia del problema con inhibición de la propia autonomía.

7º Efectivamente se confirma que es más frecuente en la mujer que en el varón adulto.

8º Son muy frecuentes los sentimientos colaterales de vacío, sensación de inescapabilidad y tropismo hacia las relaciones intensas y hasta peligrosas (aunque sean perniciosas) más por evitar un vacío insoportable que por filia directa hacia la droga (esto en lo que respecta a ex adictos).

9º Es un fenómeno persistente que se manifiesta incluso en personas ya curadas y que supone un importante factor de riesgo de recaída, sobre todo en mujeres.

10º Se confirman meridianamente los dos subtipos clínicos ampliamente descritos a lo largo del trabajo, existiendo dos formas de bidependencia: autodestructiva y parasitaria. Como enunciamos antes, la primera, que es la más común, se observa con mayor frecuencia en mujeres y guarda semejanzas en su forma leve con trastornos adaptativo-neuróticos y en su forma severa con

el trastorno por dependencia de la personalidad. El segundo subtipo, bidependencia parasitaria, es un subtipo clínico sociopático más frecuente en varones caracterizado por parasitismo, búsqueda de sensaciones, manipulación sistemática, egoísmo y egocentrismo que guarda semejanza con el trastorno antisocial de la personalidad.

Como corolario añadiríamos la importancia de ubicar este trastorno en la constelación de los trastornos de personalidad, salvo en los casos livianos que tienen una morfología más reactiva y suele manejarse mucho mejor en el ámbito terapéutico.

Para concluir únicamente añadiré que el trabajo cualitativo sigue adelante con un cuestionario más breve, depurado y preciso, que incluye las áreas determinantes y que forma parte de un trabajo más amplio de abordaje integral de las bidependencias.

APENDICE I

CBp

(Cuestionario de bidependencia. Sirvent y Martínez, 2000)

INSTRUCCIONES

A CONTINUACIÓN SE TE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES SOBRE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS REFERIDOS A LAS **RELACIONES DE PAREJA ACTUALES O PASADAS.**

RECUERDA POR FAVOR LAS SIGUIENTES **INDICACIONES:**

- 1.-CONTESTA CON LA MAYOR **SINCERIDAD** POSIBLE
- 2.-NO **REPASES** LAS CONTESTACIONES
- 3.-NO DEJES **NINGUNA CUESTIÓN SIN CONTESTAR**
- 4.-MARCA TU CONTESTACIÓN **RODEANDO CON UN CÍRCULO** LA OPCIÓN QUE MÁS SE AJUSTE A TÍ.
- 5.-NO PONGAS EL NOMBRE, ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE **ANÓNIMO y Estrictamente Confidencial.**
- 6.-¡MUY IMPORTANTE! HAY PREGUNTAS EN **PRIMERA PERSONA**, en ellas **TÚ INFORMAS DE TI MISMO**, pero también HAY PREGUNTAS EN **TERCERA PERSONA**, RECUERDA QUE EN **ELLAS TÚ INFORMAS DE LO QUE TUS ALLEGADOS DICEN DE TI.**

POR EJEMPLO:

Ejemplo nº1. Me gusta el color verde (FORMULADA EN PRIMERA PERSONA)

- a) MUY DE ACUERDO [si el color verde es tu favorito]
- b) DE ACUERDO [si el color verde simplemente te gusta]
- c) EN DESACUERDO [si el color verde simplemente te disgusta]

d) MUY EN DESACUERDO [si no te gusta en absoluto el color verde]

Ejemplo nº2. Dicen que soy dominante (FORMULADA EN TERCERA PERSONA) (Aunque yo no lo crea debo contestar en función de la opinión de los demás)

e) MUY DE ACUERDO [si siempre o casi siempre me DICEN que soy dominante]

f) DE ACUERDO [si algunas veces me DICEN que soy dominante]

g) EN DESACUERDO [si pocas veces me DICEN que soy dominante]

h) MUY EN DESACUERDO [si nunca o casi nunca me DICEN que soy dominante]

FICHA DATOS

FECHA DE INGRESO EN EL CENTRO:

EDAD:	
SEXO: ☐ HOMBRE ☐ MUJER	
ESTADO CIVIL:	☐ SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ SEPARADO/A ☐ VIUDO/A
ESCOLARIZACIÓN:	
☐ SIN ESTUDIOS ☐ PRIMARIOS ☐ BACHILLER ☐ UNIVERSITARIOS	
SUSTANCIA QUE MOTIVA EL INGRESO:	
A.-PRINCIPAL:	
B.-SECUNDARIA:	

¡POR FAVOR, ASEGÚRATE DE HABER CUBIERTO TODOS LOS DATOS!

Estoy

a) MUY DE ACUERDO

b) DE ACUERDO

c) EN DESACUERDO

d) MUY EN DESACUERDO

Con las siguientes afirmaciones

- 1) Habitualmente he preferido que mi pareja tome las decisiones
- 2) Sin mi pareja no soy nadie
- 3) Creo que dependo excesivamente de mi pareja
- 4) No soy del todo sincero ni con mis amigos más íntimos
- 5) Busco relaciones intensas aunque luego me traigan problemas
- 6) Tuve alguna pareja a la que no quería mucho pero me aproveché de ella
- 7) Cuando me enfado llego a faltar al respeto a mi pareja
- 8) Cuando estoy con varias personas, sin saber por qué, me gusta ser el centro de atención
- 9) En las relaciones me gusta dominar
- 10) Cuando había droga por medio no me importaba la pareja
- 11) La solución a los problemas está en mi pareja, no en mí
- 12) Me cuesta terminar una relación aunque sea conflictiva
- 13) Sinceramente, prefiero que mi pareja me trate mal al vacío de la ruptura
- 14) He introducido en el consumo a alguna de mis parejas
- 15) Me atormento con sentimientos y pensamientos negativos referidos a mi pareja
- 16) Me dicen que me cuesta controlar las emociones
- 17) Dicen que tiendo a culpar a los demás de mis propios errores
- 18) Me quiero poco a mí mismo
- 19) Me suelen decir que, en cuanto a la pareja, busco la comodidad
- 20) Me suele ocurrir lo mismo con todas mis parejas
- 21) Me dicen que manipulo a la gente
- 22) No soporto una pareja aburrida aunque sea buena persona
- 23) Me dicen que utilizo a mi pareja en provecho propio
- 24) Me disgustan tantas normas
- 25) Me dicen que sólo pienso en mí mismo
- 26) En las relaciones me gusta ser dominado
- 27) Dicen que utilizo el chantaje emocional
- 28) Cuando tengo problemas de relación, me dicen que no me quiero enterar de lo que me pasa
- 29) Si mi pareja abusa de mi confianza me aparto fácilmente de él/ella
- 30) Creo que no se vivir sin pareja
- 31) Una de mis parejas fue quien me introdujo en el consumo
- 32) Me siento culpable de lo que pasa entre mi pareja y yo
- 33) Me considero incapaz de salir de cualquier problema
- 34) Me dicen que me acomodo en las relaciones de pareja
- 35) Mi pareja dice que dependo demasiado de él/ella
- 36) Me dicen que cometo los mismos errores con todas mis parejas
- 37) Me atraen las relaciones violentas
- 38) Cuando necesito algo intento conseguirlo sin fijarme en las consecuencias
- 39) Me han llegado a decir que me importan poco los demás

- 40) Me gustan las personas con carácter fuerte
- 41) A menudo, me dicen que no me entero de lo que me pasa, en las relaciones de pareja
- 42) Prolongo las relaciones artificialmente, aún cuando se acaba la química entre los dos
- 43) Siento un vacío insoportable cuando no tengo pareja
- 44) En mi infancia han abusado de mí (física y/o psicológicamente)
- 45) No me siento culpable de nada
- 46) En las relaciones de pareja suele repetirse la misma historia: o utilizo o me utilizan
- 47) Habitualmente hablo mucho de mí mismo
- 48) Cuando hay un problema importante es mi pareja la que toma las decisiones
- 49) Quiero que mi pareja se dedique sólo a mí
- 50) En las relaciones de pareja parece que no aprendo de mis errores
- 51) Me llena más una pareja divertida y peligrosa que otra formal y tranquila
- 52) La vida te enseña a no dar nada a cambio de nada
- 53) Me gusta saltarme las normas
- 54) Pienso mucho en mí mismo y poco en los demás
- 55) Me gustan las personas débiles de carácter
- 56) No soy consciente de lo que me pasa en las relaciones de pareja
- 57) Mi pareja se ha sentido atrapada en la relación conmigo
- 58) Odio aburrirme
- 59) He sido objeto de malos tratos
- 60) He llegado a pensar que mi vida no merecía la pena
- 61) En las relaciones me cuesta adoptar soluciones tajantes
- 62) Necesito que mi pareja esté siempre a mi lado
- 63) Aunque cambie de pareja me pasan las mismas cosas
- 64) Me atrae lo prohibido
- 65) Alguna de mis parejas me dijo que me aproveché de ella (o él)
- 66) Dicen que soy egoísta
- 67) Me siento sometido/a
- 68) Creo que no valoro acertadamente mi problema con las drogas
- 69) Me siento (o he sentido) atrapado en una relación
- 70) Han abusado sexualmente de mí
- 71) He llegado a sentir que no valía para nada
- 72) Mi pareja me dice que voy a remolque suyo
- 73) Me han faltado fuerzas para cortar una relación conflictiva
- 74) Sinceramente me considero egoísta
- 75) Me dicen que no valoro bien mi problema con las drogas
- 76) Mis padres castigaban más que los de mis amigos
- 77) Soy poca cosa
- 78) Si no tengo pareja me siento mal
- 79) En cuestión de pareja no me suelo enterar bien de cuál es el problema hasta que me lo dicen
- 80) En las relaciones amorosas muchas veces tropiezo en la misma piedra
- 81) Me dicen que no manejo bien las relaciones de pareja
- 82) En mi fuero interno exijo a mi pareja que me quiera ciegamente

- 83) Aunque estuviera consumiendo me comporto igual en las relaciones de pareja
84) El consumo me cambia mucho en las relaciones de pareja
85) Algunos amigos o conocidos me dicen que les utilizo

NOTA: en el cuestionario original obviamente los ítems llevan cada opción de respuesta al pie del mismo. Aquí lo evitamos para economizar espacio

Addenda para profesionales

Corrección del Cuestionario CBp (Sirvent y Martínez, 2000)

Factores

- 1.- Acomodación (A): 1 - 19 - 34 - 48 - 61 - 72**
2.- Dependencia (D): 2 - 35 49 - 62 - 73 - 78 - 3 - 82 - 27
3.- Reiteración (R): 80 - 20 - 50 - 63 - 36 - 46 - 83
4.- Sociopatía bidependiente (SB):
4.1.- Manipulación: 4 - 21
4.2.- Búsqueda de sensaciones: 5 - 22 - 37 - 51 - 64 - 43
4.3.- Parasitismo: 6 - 23 - 85 - 52 - 65
4.4.- Anormatividad: 24 - 38 - 53
4.5.- Egotismo: 8 - 25 - 39 - 54 - 66 - 74
4.6.- Dominación: 9 - 26 - 40 - 55 - 67
4.7.- Drogodependencia: 10 - 84
5.- Conciencia del problema: 11 - 28 - 41 - 56 - 68 - 75 - 79 - 81
6.- Sensación de "inescapabilidad": 12 - 29 - 42 - 57 - 69
7.- Sentimientos de Vacío: 13 - 30 - 43 - 58
8.- Antecedentes personales: 14 - 31 - 44 - 59 - 70 - 76
9.- Recreación de Sentimientos Negativos: 15
10.- Control emocional (CE): 16 - 7
11.- Sentimientos de culpa (SC): 17 - 32 - 45
12.- Autoestima (AE): 18 - 33 - 47 - 61 - 71 - 77

APENDICE II

Cuestionario de codependencia

Roehling y Gaumond (1996)

(Adaptación experimental al castellano de Sirvent y Martínez (2000) para uso exclusivamente de investigación)

INSTRUCCIONES

A CONTINUACIÓN SE TE PRESENTAN UNA SERIE DE AFIRMACIONES SOBRE ACTITUDES Y COMPORTAMIENTOS REFERIDOS A LAS **RELACIONES DE PAREJA ACTUALES O PASADAS**.

RECUERDA POR FAVOR LAS SIGUIENTES **INDICACIONES**:

- 1.-CONTESTA CON LA MAYOR **SINCERIDAD** POSIBLE
- 2.-NO REPASES LAS CONTESTACIONES
- 3.-NO DEJES **NINGUNA CUESTIÓN SIN CONTESTAR**
- 4.-MARCA TU CONTESTACIÓN **RODEANDO CON UN CÍRCULO** LA OPCIÓN QUE MÁS SE AJUSTE A TÍ.
- 5.-NO PONGAS EL NOMBRE ES TOTALMENTE **ANÓNIMO y Estrictamente CONFIDENCIAL**.

De las siguientes opciones:

- a) Nunca me siento de este modo
 - b) Raramente me siento de este modo
 - c) A veces me siento de este modo
 - d) A menudo me siento de este modo
 - e) Siempre me siento de este modo
- ♦ Elige la opción a) b) c) d) ó e) que más se ajuste a tu realidad. Solo puedes elegir una opción:

1. A menudo, crecen en mí sentimientos que no puedo expresar.
2. Cuando soy incapaz de ayudar a alguien me siento incómodo/a.

3. Tiendo a localizar las necesidades de los otros en cabeza de mis prioridades.
4. Me enfado cuando las cosas no salen a mi manera.
5. Pienso que los demás se aprovechan de mí.
6. No soy consciente de lo que quiero para los demás.
7. Siento que sin mi esfuerzo y atención todo se puede venir abajo.
8. Siento como si fuera fallo mío cuando la gente se enfada o se entristece.
9. Es fácil para mí decir "no" a los demás.
10. Me hace sentirme molesto el compartir mis sentimientos con los demás.
11. Trato de agradar a la gente.
12. Cuando no estoy implicado en una relación me siento infravalorado.
13. Me siento muy satisfecho de ayudar a los demás.
14. No le gustaré a la gente si le hablo de mis problemas.
15. Incluso con buenos amigos temo que un día me rechacen.
16. A menudo me siento deprimido aunque las cosas vayan bien.
17. Tiendo a gustar realmente a las personas o a disgustarles.
18. Habitualmente no me importa lo que los otros piensen de mí.
19. Me siento agusto dejando a otros entrar en mi vida y revelarles mi propio yo.
20. Me parece estar implicado en los problemas de los demás.
21. Me preocupa mucho lo que los otros piensen de mí.
22. Me molesta que los amigos traten de cerrarse.
23. Muchos de mis amigos tienen muchos problemas.
24. Estoy muy sensibilizado con los sentimientos de aquellos que son importantes para mí.
25. Soy altamente crítico/a con las cosas que hago y digo.
26. Si trabajo duro conseguiré resolver la mayoría de los problemas y conseguir cosas mejores para la gente.
27. Mi estado de ánimo es bastantes estable y no me siento demasiado afectado por los problemas o estados de ánimo de los demás.
28. Tiendo a evitar las relaciones íntimas.
29. Para que las cosas se hagan correctamente, debería hacerlas yo mismo.
30. Soy muy abierto a los demás con respecto a mis sentimientos, no me importa lo que ellos sean.
31. Cuando hay mucha actividad rodeándome tiendo a tomar las riendas.
32. Cuando me implico demasiado con alguien empiezo por adoptar sus valores y sus gustos.
33. A menudo capto los argumentos de otras personas a la mitad.
34. De niño, parece como si todo lo que hubiera hecho no fuera suficiente.
35. Algunas veces, no sé como me siento realmente.
36. Muchos de mis amigos dependen de mi guía y consejo.

NOTA: en el cuestionario original obviamente los ítems llevan cada opción de respuesta al pie del mismo. Aquí lo evitamos para economizar espacio

Addenda para profesionales

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO CdQ

INTIMIDAD:	1, 10, 12, 17, 21, 22, 24, 30*, 32
CONTROL:	2, 4, 7, 16, 18*, 25, 26, 27*, 29, 34, 35
RESPONSABILIDAD:	3, 5, 6, 8, 11, 14, 15, 19, 28
ENGANCHE:	9*, 13, 20, 23, 31, 33, 36

Referencias bibliográficas

Amerongen F. (2000). Je t'aime ... a la folie: Psycho-patho-logie de la passion. Cahiers Jungiens de Psychanalyse: No 997.

Blanco P. (2000) Evaluación de un programa específico para mujeres adictas. Madrid: Actas I Symposium Nacional sobre Adicciones en la Mujer.

Blanco P. (2001) Mujer y adicción. Características de género. Escuela de Otoño Sociodrogalcohol: Alicante.

Baker Miller J. (1992) Hacia una nueva psicología de la mujer. Paidós.

Bardwick JM. (1986) Psicología de la mujer. Madrid: Alianza Editorial.

Beattie M. (1992) Libérate de la codependencia. Málaga: Sirio.

Bireda M. (1998) Independencia emocional. Obelisco.

Bowlby J. (1993) La separación afectiva. Barcelona: Paidós.

Cáceres J. (1996) Manual de terapia de pareja e intervención en familias. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Carrasco M^aJ. (1998) ASPA Cuestionario de aserción en la pareja. Madrid: TEA Ediciones.

Castelló B. (2000) Análisis del concepto dependencia emocional. Ponencia expuesta en el I Congreso Nacional Virtual de Psiquiatría. Valencia.

Crothers M. And Warren L.W. Parental antecedents of adult codependency. University of Nebraska-Lincoln. University of Nebraska-Lincoln. Department of educational Psychology.

DSM- IV 1995 Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Masson. Barcelona.

Dyer WW. (1978) Tus zonas erróneas. Edit. Grijalbo.

Echeburúa E. (1999) ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet. Bilbao: Edit. Desclée de Brouwer.

Gil Calvo E. (1991) La mujer cuarteada. Útero, Deseo y Safo. Barcelona: Edit. Anagrama.

Goleman. (1997) La psicología del autoengaño. Barcelona: Edit^a Plaza Janés.

González de Chávez M^a.A. (1993) Cuerpo y subjetividad femenina: Salud y género. Madrid: Siglo XXI editores.

Gotham H.J. and Sher K.J. (1994) Do Codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology. Department of psychology, University of Missouri-Columbia.

Hall S.F. and Wray L.M. (1989) Codependency. Nurses who give too much.

American Journal of Nursing: Harkness D. (2001) Testing Cermak's hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family of origin with offspring codependency?. Journal of Psychoactive Drugs: Vol 33(1).

Holmes L. (2001) The relationship between addictive processes as manifested in two domains: Alcohol use/abuse and romantic relationships. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering: Vol 61(8-B).

Hughes-Hammer C, Martsof DS, Zeller RA. (1998) Development and Testing of the Codependency Assessment Tool. Archives of Psychiatric Nursing: Vol XII(nº 5).

Hughes-Hammer C, Martsof DS, Zeller RA. (1998) Depression and codependency in women. Archives of Psychiatric Nursing: Vol XII(nº 6).

Hunter Mary S, Nitschke C, Hogan L. (1981) A scale to measure love addiction. Psychological Reports: Vol 48(2).

Irwing H.J. Codependence, Narcissism, and childhood trauma. University of New England, Australia: Department of Psychology.

Jiménez O.(1998). La adicción al amor. Benidorm: Rev^a Informació Psicológica.

Kernberg O. (1995) Relaciones amorosas. Normalidad y patología. Barcelona: Edit^a Paidós Psicología Profunda.

Krueger R.A. (1991) El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Edit^o Pirámide.

Lev CF, Relationship addiction: Development of a vulnerability model. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences: Vol 55(11-A); 1995.

Lindley NR, Giordano PJ, Hammer ED. Codependency: predictors and psychometric issues. J Clin^a Psychol^a; 1999.

Lyon D. and Greenberg J. (1991) Evidence of Codependency in women with an alcoholic parent: helping out Mr. Wrong. University of Arizona, Tucson. Department of Psychology.

Loughead T.A. et al. (1995) Group Counseling for Codependence: An Exploratory Study. Alcoholism Treatment Quarterly vol 13(4).

Llopis Llácer J.J. (1998) Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: la codependencia. XXV Jornadas Nacionales Socidrogalcohol: Tarragona

Martsof Donna S. et al. (1999) Codependency in Male and Female Helping Professionals. Archives of Psychiatric Nursing vol XIII nº 2 .

Meyer D.F. (1997) Codependency as a Mediator Between Stressful Events and Eating Disorders. Journal of clinical psychology vol 53 (2).

- Millon T. MCMI-II Inventario Multiaxial Clínico de Millon. Tea Ediciones.
- Millon T, Davis R. (1998) Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.
- Mohr W.K. (1999) Letter to the editor. Archives of Psychiatric Nursing vol XIII nº 2.
- Moreno de Quiros S.L. (2000) El sistema familiar codependiente y la terapia familiar. Revista Adicciones.
- Morgan J.P. (1991) What is codependency? Journal of Clinical Psychology. Vol 47 nº 5.
- Norwood R. (2000) Las mujeres que aman demasiado. Barcelona: Suma de Letras.
- O'Brien P.E. and Gaborit M. Codependency: a disorder separate from chemical dependency. Saint Louis University: Department of Psychology.
- Palacios Ajuria (1999). Psicoterapia grupal con mujeres adictas. Taller impartido en los Cursos de Verano organizados por la Universidad de Oviedo y F. Instituto Spiral: Madrid.
- Peabody S. (1994) Addiction to love: overcoming obsession and dependency in relationships. Berkeley, California: Celestial Arts.
- Peel S. (1976) Love and addiction. New York: New American Library.
- Pisani SO. (2001) Codependence, field dependence and intimacy in the context of addiction: A study of mobility in personality and cognitive styles with recovering alcoholics/addicts and controls. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering: Vol 61(7-B).
- Rochiling P.V. (1996) Reliability and Validity of the Codependent Questionnaire: Alcoholism Treatment Quarterly vol 14(1).
- Sangrador J.L. (1993) Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. Oviedo. Rev^a Psicothema vol 5.
- Scott P. (1997) La nueva psicología del amor. Emecé Editores.
- Schaeffer B. (1998) ¿Es amor o es adicción?. Barcelona: Apóstrofe.
- Serrano G. Y Carreño M. (1993) La teoría de Sternberg sobre el amor. Análisis empírico. Rev^a Psicothema vol 5.
- Sherman J.B et al. (1989) Caring: Commitment to Excellence or Condemnation to Conformity?. Journal of Psychosocial Nursing. Vol 27 nº 8.
- Sirvent C. (1991) Programa terapéutico para mujeres adictas. Dpto. Publicaciones de F. Instituto Spiral: Oviedo.
- Sirvent C. (1994) La mujer drogodependiente. Madrid. Edición limitada para el Instituto de la Mujer y centros de documentación en drogodependencias.
- Sirvent C. (1994) Monografía: Dialéctica entre la Teoría y el Método. Libro de Actas de las Jornadas Estatales sobre intervención en Drogodependencias celebradas en Segovia; organizadas por el GID.

Sirvent C. (1995) Monografía sobre la teoría general de la terapéutica e integración social en drogodependencias dentro del libro Los Equipos Multidisciplinares en Drogodependencias. Socidrogalcohol Burgos: Edit. Mateos Aguilar.

Sirvent C. y Rodríguez J. (1997) Drogodependencias: sociología, evaluación y proceso. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.

Sirvent C. (1999) Las dependencias relacionales. Taller impartido en los Cursos de Verano organizados por la Universidad de Oviedo y F. Instituto Spiral: Madrid.

Sirvent C. (2000) La bidependencia. Seminario impartido para alumnos de psicología de la Universidad Complutense Autónoma y Comillas: Cibeles Centro Madrid.

Sirvent C. (2001). Mujer y Adicción. Actas del Curso impartido en las Jornadas de la Fundación Andaluza de Drogodependencias. Marbella.

Spitzberg BH, Cupach WR. (1998) The dark side of close relationships. Mahwah; Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers XXII.

Sternberg RJ. (2000) La experiencia del amor: La evolución de la relación amorosa a lo largo del tiempo. Barcelona: Paidós.

Sternberg RJ. (1989) El triángulo del amor: Intimidad, pasión y compromiso. Barcelona: Paidós; Steiner K.A. An opinion women and the disease model. Codependency Reframed.

Stocco P. (1998) Identidad femenina, entre el riesgo y la protección. Rev^a Adicciones vol 10 nº 2.

Straussner S.L., Zelvin E. (1997). Gender & Additions (men & women in treatment). New York. Edit^a Aronson

Vera S. (1987) Los roles Femenino y Masculino ¿Condicionamiento o biología?. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.

Whitfield CL. (1999) Límites, fronteras y relaciones. Bilbao: Edit. Desclée de Brower.

Yela C. (2000) El amor desde la psicología social. Madrid: Ediciones Pirámide.

Yela C. (1997) Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. Madrid: Psicothema vol 9 nº 1.

CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA

Clínica de las adicciones femeninas sociales.

Francisco Alonso-Fernández, Presidente de la Asociación Europea de Psiquiatría Social. Director del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española. Catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid. Académico.

I

Las adicciones sociales constituyen las adicciones sin droga, una especie de toxicomanía sin sustancia química. Se distribuyen en dos grandes vertientes: las legales y las ilegales (tabla 1).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS ADICCIONES SOCIALES

1. Actividades legales: alimentación, sexo, televisión, compras, juego, trabajo.
2. Actividades ilegales: robo, incendio, estupro
(Tomado de Alonso-Fernández, F.: *Las otras drogas (alimento, sexo, televisión, compras, Juego y trabajo*. Temas de Hoy, Madrid, 1996, pág. 13).

La innovación más reciente en el campo de las adicciones consiste en la proliferación de las adicciones sociales legales y normativas.

La adicción normativa no química es uno de los máximos exponentes de la psicopatología moderna y postmoderna. Sobre todo el alimento, el sexo, la compra, el juego, el trabajo y la televisión son elementos legalizados por la sociedad que en ocasiones, con una frecuencia desigual, dejan de cumplir su misión para esclavizar al ser humano. A ellos pudieran agregarse el ejercicio físico, el teléfono móvil e Internet.

En cambio, ciertos trastornos incluidos por Adès y Lejoyeux (1999) entre las adicciones, como el trastorno explosivo intermitente, las tentativas de suicidio repetidas, la tricotolomania y por Pediniell y cols. (1997) las conductas de riesgo, son todos ellos trastornos que no cumplen los criterios diagnósticos estrictamente de las adicciones sociales. Lo mismo ocurre con la dependencia personal o afectiva, si bien hemos de reconocer la existencia de correlaciones entre alguno de los trastornos que hemos señalado, sobre todo el último mencionado, con la especie de las adicciones sociales.

La comorbilidad alcanza en las adicciones sociales un índice extraordinariamente amplio. La tendencia a asociarse de las adicciones sociales

con otras patologías alcanza una fuerte actividad en lo que se refiere a combinaciones entre unas y otras, existiendo entre ellas unas afinidades particulares, especialmente en la mujer entre la adicción a la compra y la bulimia.

Si el individuo se desliza hoy con tanta facilidad por el tobogán de las adicciones sociales se debe en una amplia medida a la sobrepresión que ejerce sobre él el tipo de sociedad descrito como sociedad de control. En este sentido podemos admitir que todos estamos programados a lo largo del día. O dicho con más precisión que nos han programado. Este impulso volcado sobre el autocontrol consciente suscita como rebote la tendencia individual a relajarse o gratificarse, tendencia sujeta a sufrir distorsiones y exageraciones que implican el riesgo de convertirse en una adicción.

Una civilización que facilita la producción de adicciones por este doble mecanismo: proliferación del estrés, el vacío y el aburrimiento, y la tendencia a la inmediata gratificación, y que facilita los instrumentos para ello, bien merece la denominación de *civilización adictiva*.

Aparte de los factores generales presentes en las sociedades occidentales contemporáneas, que estimulan de un modo *indirecto* la incidencia del género de las adicciones sociales o comportamentales, operan factores sociales responsables *directos* de la creciente extensión tomada por un tipo determinado de adicción.

Entre estos factores socioculturales adictógenos específicos sobresalen los tres siguientes:

- El acoso publicitario y organizativo de las distintas formas de juego de azar.
- El sistema de ventas de las grandes superficies, extendido desde la colocación selectiva de los objetos a distintas alturas hasta el paso final por la caja, en cuanto maniobras que transforman al comprador en un consumópata a punto de volverse adicto a la compra.
- La política seguida por algunas empresas de estimular la actividad competitiva con objeto de elevar la productividad, al crear un ambiente propicio para el surgimiento de la adicción al trabajo.

II

Dada la restricción del espacio al que debo atenerme en este trabajo me limitaré a revisar las adicciones al alimento y a la compra como las conductas adictivas femeninas genuinas. Ello no es óbice para no dejar reconocida la alta incidencia femenina de las adicciones a la televisión y al juego, equilibrada aproximadamente con la tasa masculina, así como la creciente incidencia

femenina registrada en los sectores del sexo y del trabajo, curva de morbilidad cada vez más próxima al nivel masculino.

III

Las formas de trastorno alimentario adictivo prevalente en la mujer son la bulimia pura, la hiperfagia psicósomática y la adicción monoalimentaria al chocolate.

Tanto en la literatura científica como en el lenguaje popular, cuando se habla comúnmente de bulimia sólo se tiene presente la bulimia adictiva o bulimia pura y la bulimia anoréxica o buliárexia, o sea las dos formas de bulimia sustantivas. A pesar del gran interés que ofrecen las respectivas delimitaciones clínicas, algunas veces se tratan conjuntamente como si fueran un trastorno unitario, casi siempre adscrito a la anorexia y en raras ocasiones como un proceso adictivo.

La distinción fundamental de estos dos géneros de bulimia obliga a plantear los lazos existentes entre el fenómeno de la bulimia y el proceso adictivo, ya que la bulimia anoréxica no sólo no constituye una adicción al alimento sino un rechazo en cierto sentido fóbico suscitado por la fobia al aumento de peso y a la obesidad.

En cambio, la bulimia adictiva, también denominada *bulimia de peso normal o excesivo*, se caracteriza por la presencia de un impulso incontrolable de devorar alimento, comportamiento que se realiza con fruición y placer, sin preocupaciones obsesivas de ningún tipo. El atracón suele experimentarse con una sensación de plenitud placentera. Y el peso puede ser normal o excesivo.

La preferencia alimentaria de estos bulímicos adictivos se inclina durante sus accesos por los alimentos dulces, mientras que los bulimaréxicos suelen entregarse durante sus crisis a la ingestión de comida salada, a menudo rica en grasas y de gusto fuerte. De todos modos, la diferencia entre ambas agrupaciones de bulímicos debe atender más a sus vivencias y a su conducta que a la clase de sus viandas preferidas, ya que en algunos casos sus inclinaciones no están definidas o pueden cambiar de sentido. Por ello la distinción de la *bulimia azucarada* y la *bulimia salada* refleja una caricatura de la realidad, aunque no podamos dejar de reconocer que sus respectivas denominaciones ofrecen una gran plasticidad.

Según Wallen (1993), el antecedente de haber sido objeto de un abuso sexual en la infancia mientras que es muy común en la historia de los bulímicos puros, es más bien raro en los bulimaréxicos. A ello debemos agregar que en tanto los bulímicos adictivos suelen ofrecer una actividad sexual más madura, los bulímicos restrictivos son inhibidos sexuales. La serie de rasgos diferenciales entre ambas modalidades de bulimia se consigna en la tabla 2.

TABLA 2. RASGOS DIFERENCIALES EN LA BULIMIA ADICTIVA Y LA BULIMIA ANORÉXICA

CARACTERÍSTICA DIFERENCIAL	BULIMIA ANORÉXICA	BULIMIA ADICTIVA
Psicopatología	Impulsos bulímicos	Conducta fobo-obsesional
Asociación con anorexia mental	Ausente	Presente
Peso	Normal o excesivo	Delgadez
Dieta restrictiva	Ausente	Presente
Alimentos preferidos	Dulces	Salados
Vómitos autoinducidos	Ausentes	Frecuentes
Abuso de laxantes o diuréticos	Ausente	Casi siempre
Preocupación excesiva por el peso y las formas corporales	Ausente	Presente
Conducta sexual	Madura	Inhibida
Antecedente de abuso sexual	Frecuente	Raro
Comorbilidad con la depresión	Muy frecuente	Moderada
Abuso de alcohol	A veces	Rara
Abuso de cocaína	A veces	Rara
Otras conductas adictivas	A veces	Ausente
Fármaco selectivo	Desipramina o fluoxetina (80 mg)	Clomipramina

IV

Las mujeres hiperfágicas psicósomáticas se caracterizan por su tendencia a responder a las frustraciones y a los acontecimientos estresantes con una entrega a la ingestión de una cantidad de comida copiosa, integrada por sobre por productos lácteos e hidrocarbonados para convertirlos fácilmente en péptidos opioides endógenos (endorfinas y encefalinas). Estas mujeres son, por tanto, como toxicómanas de la comida.

La estirpe de las obesidades psicósomáticas mucho más extendida en la población femenina que en la masculina, tiene su mecanismo operativo básico en ofrecer una respuesta habitual a los acontecimientos estresantes de la vida y a los sucesos infortunados con una entrega alimentaria excesiva, por lo que también se la denomina *obesidad de circunstancias*, título que también alude a su condición de estado inestable, contrariamente al profundo arraigo que suele alcanzar la obesidad neurótica generada ya en la infancia.

Inversamente a lo que es la pauta reactiva habitual a los disgustos y preocupaciones de la vida que quitan el apetito y el sueño a la mayor parte de los mortales, la mujer obesa psicósomática va ganando peso de forma

progresiva al recurrir una y otra vez a la ingestión de una cantidad de comida copiosa para recuperar el bienestar, el placer, la tranquilidad, la relajación o el sosiego que había perdido.

Es curioso que las ratas, cuando se les pinza la cola, inician generalmente una conducta hiperfágica. Los alimentos preferidos por estos comedores hiperfágicos emocionales son los de gusto azucarado, alto valor calórico y de textura crujiente. A pesar de ello, algunas de las mujeres que reaccionan con este mecanismo hiperfágico a los diferentes tipos de estrés y las frustraciones no llegan a contraer una obesidad, a menos que su mecanismo de comer excesivo para aliviar sus emociones displacenteras sea activado por un estado depresivo. En este punto tenemos que recordar que entre estas obesidades hiperfágicas psicósomáticas se agrupan la mayor parte del 10 por ciento de las depresiones femeninas que cursan con hiperfagia e incremento de peso.

El tratamiento de la obesidad adictiva debe centrarse fundamentalmente en la personalidad de la mujer, mediante un programa individualizado, con una estrategia que engloba la administración de medicamentos, la técnica de psicoterapia selectiva y el estilo de vida. Resulta primordial, en cualquier caso, clarificar previamente si existe morbilidad depresiva o no, ya que en caso de estar presente, se impone como tarea previa el logro de su reducción antes de entrar de lleno en el tratamiento de la obesidad adictiva.

V

Entre los alimentos capaces de provocar la adicción como objeto único sobresale a todas luces el chocolate, cuya adicción constituye la modalidad de dependencia monoalimentaria más extendida y mejor estudiada.

La poderosa fuerza adictiva del chocolate se despliega en dos vertientes: por un lado, actúan sus gratas cualidades sensoriales, tales como el sabor dulce, el olor aromático fuerte y la textura entre pastosa y cremosa; y por otro, los efectos psicofarmacológicos producidos por alguna de sus sustancias psicoactivas, particularmente la cafeína, respaldada por la teobramina y otros productos como una sustancia anfetamínica (feniletilamina), un precursor de la serotonina (triptófano) y dos precursores de la noradrenalina y la dopamina (fenilalanina y tiroxina). Como vemos, el chocolate contiene una amplia serie de elementos que ejercen una gran actividad sobre la vida psíquica, en su mayor parte descubiertos recientemente.

La capacidad adictiva del chocolate se desarrolla a través de dos enganches adictivos: el que obedece al deseo incontrolado de obtener una gratificación oral y el motivado por el logro de una estimulación psíquica. Algunas veces se combinan ambos. A despecho de esta frecuente combinación de las dos dimensiones dependígenas del chocolate, en la práctica no debemos renunciar a distribuir los adictos a este alimento en dos grandes agrupaciones tipológicas: los adictos al chocolate alimento y los adictos al chocolate droga.

Conviene distinguir entre el consumo abusivo del chocolate y la adicción al mismo. Aunque con frecuencia se mezclan ambos procesos, también pueden acontecer de forma aislada. Lo que puede producir alguna extrañeza en este sentido es la existencia de mujeres adictas al chocolate que a lo largo del mes ingieren menos cantidad de este producto que el término medio de la población. Esta oscilación puede extenderse a toda clase de adicciones. El hecho de no haber tenido en cuenta la existencia de una proporción de alcohólicas que ingieren menos cantidad de alcohol al mes o al año que otros bebedores sin adicción, ha conducido a algunos planteamientos diagnósticos y preventivos disparatados. La adicción, hay que repetirlo una mil veces, es más un fenómeno cualitativo que cuantitativo.

Lo que define la adicción al chocolate es la presencia periódica en el interior del sujeto de un ansia por ingerirlo que él no puede dominar o frenar, ya que si trata de hacerlo experimenta sentimientos intensamente negativos, representados sobre todo por una sobrecarga de ansiedad y/o irritabilidad. Si algunos adictos al chocolate no han tenido esta experiencia de *displacer* se debe a que nunca han tratado de suprimir su impulso adictivo.

La incapacidad para resistirse a la ingestión del chocolate se refleja inicialmente en un sentimiento de atracción irresistible y se confirma después con la sensación de no poder parar una vez que se ha iniciado el consumo. Por ello, estos adictos suelen terminar el envase de esta golosina de una sola vez. Es muy raro que lo dejen a medias o empezado. Ocurre igual con el tipo más frecuente de alcohólico, los alcohólicos: primero están poseídos por un impulso a beber para desinhibirse y una vez que comienzan a hacerlo les resulta imposible parar. Dadas estas analogías resulta muy justificado denominar a los adictos al chocolate *chocohólicos*, denominación muy extendida en los trabajos científicos.

Entre los síntomas de abstinencia originados por el corte del consumo de chocolate sobresalen los dolores de cabeza de tipo migrañoso, acompañados de sensación de enfermedad general, fatiga y somnolencia. Esta sintomatología coincide en líneas generales con el síndrome de abstinencia propia de los adictos al café, con lo cual se aporta un dato a favor de que el elemento adictivo al chocolate suele ser la cafeína. De hecho, la mayor parte de las mujeres adictas al chocolate se sienten muy satisfechas cuando realizan su impulso, aunque a continuación una gran parte de este sector femenino experimente sensaciones de autoculpabilidad.

VI

Les asiste toda la razón a McElroy y cols. (1994) para poner de relieve que la "compra compulsiva" constituye una dolencia no suficientemente reconocida a pesar de implicar un alto grado de sufrimiento y de incapacitación, constituyendo la forma de *consumopatía* femenina más extremada, incapacitante y dolorosa (tabla 3).

TABLA 3. FORMAS DEL SINDROME DE LA COMPRA

- a. Consumopatía abusiva simple
- b. Consumopatía abusiva sintomática de un trastorno psiquiátrico
- c. Consumopatía adictiva

La frontera entre la consumopatía abusiva simple y la abusiva sintomática y por otra parte la consumopatía adictiva está señalada por el dato de que sólo en la última de ellas la tendencia a la compra se transforma en una necesidad absoluta de comprar potenciada con un registro de ansiedad o irritabilidad. Las diferencias pueden precisarse más. Lo que interesa sobre todo es señalar el momento en el que el abuso de la compra ha dejado paso a la adicción: cuando el individuo no puede controlar el impulso de comprar algo innecesario, bajo la amenaza de una ola de ansiedad/irritabilidad, y este impulso se repite con intervalos de días o semanas, con consecuencias nocivas para el bienestar y la economía de la persona y de la familia, puede afirmarse con toda evidencia que la adicción a la compra ha hecho irrupción.

La adicción a la compra, en términos babélicos "shoppingmanía" y en términos populares "tarjetomanía", aunque en España esta característica de comprar con tarjeta no esté tan acusada, a pesar de ser una enfermedad dolorosa, importante, progresiva, con complicaciones y hasta contagiosa, pasa durante mucho tiempo inadvertida, al igual que ocurre con otras adicciones lo que les ha valido la denominación de *enfermedades invisibles*.

Los distintos tipos de adicción química y no química se asocian con mucha frecuencia. El descontrol de los impulsos múltiples ha pasado a definirse como un *trastorno multi-impulsivo*, cuyo grado más ligero es el trastorno *bi-impulsivo*. Pues bien: hay mujeres adictas a la compra solamente, o sea uni-impulsivas, y otras que asocian esta adicción con la bulimia, la cleptomanía o la adicción al alcohol o a las benzodiazepinas.

La gran fortuna tomada por la fórmula *compra compulsiva* y otras similares nos obliga a aceptar estas expresiones como si fueran términos sinónimos con compra adictiva, cuando entre la compulsión, inmersa en el círculo de las obsesiones, y la adicción, fenómeno fundamentalmente impulsivo, existen diferencias básicas. Al presentarse ambos términos como si fueran de coincidencia semántica, la conclusión no puede ser más lamentable: una vez más la psicopatología ha sido arrasada.

Conviene dejar bien especificado que el fallo mórbido patológico común a todas las adicciones consiste en la incapacidad de actuar de acuerdo con las determinaciones de la libertad propia, naturalmente, en lo relativo al tema de la adicción. Por ello todas estas enfermedades comparten la marca patológica de

estar sustentadas sobre la anulación monotemática de la *libertad de acción* en el sentido de Hume (1711-76), el filósofo inglés del empirismo clásico.

La adicción al consumo o consumopatía adictiva comparte su radical psicopatológico básico con las demás adicciones sociales en forma del desgobierno de un impulso sistemático, desdoblado en estas dos secuencias: en la primera fase acontece el impulso irresistible de adquirir algún objeto, apoyado por una fuerte tensión emocional y placentera de ansiedad/irritabilidad, que, en el momento de cumplirse el acto, deja el paso libre a la relajación placentera, tal vez ensombrecida después por un mortificante sentimiento de culpa; en la segunda fase reaparece al cabo de cierto tiempo, muy variable de unos casos a otros, el impulso irresistible e irrefrenable de comprar alguna cosa.

El momento cumbre de la compra se acompaña de una gratificación personal de doble signo: el placer psíquico, negativo, mediante la liberación de la tensión emocional previa insoportable; y el placer biológico, positivo, facilitado por la descarga de endorfinas-dopamina en el sistema mesolímbico de recompensa dopaminérgica.

En la determinación de la adicción a la compra influyen factores socioculturales - ya analizados - y factores individuales. Con arreglo a los factores causales individuales que generan la adicción femenina a la compra resulta conveniente distinguir las modalidades primaria y secundaria.

Reservamos la denominación de adicción a la compra secundaria cuando se deriva de una alteración psíquica previa, por lo general un estado depresivo o una enfermedad alcohólica. Hay que puntualizar que también ocurre al revés: el sufrimiento implicado en la adicción a la compra tiende a complicarse con el tiempo con la irrupción de una depresión o del abuso de alguna sustancia química.

La adicción a la compra *primaria* se acumula en los tipos de personalidad límite o insegura, anomalías de personalidad que son mucho más frecuentes en la mujer en una proporción aproximada de cuatro a uno. La aparición de esta adicción también resulta muy facilitada por las situaciones de soledad y de vacío existencial, más frecuentes en la mujer de antaño cuando desarrollaba el papel típico de ama de casa. También puede jugar un papel etiológico la convivencia con otras compradora compulsivas, dado el alto índice de contagiosidad latente en estos procesos adictivos. Conviene especificar que este contagio cursa a través de mecanismos de identificación y de mimetismo.

Con toda razón Ades y Lejoyeux (1999) que, según la mayor parte de los trabajos, el 90 por ciento de los adictos a la compra son mujeres, y que la edad media de comienzo es la de 30 años. Para fundamentar la explicación de este predominio femenino concurren varios datos entre los cuales aquí nos limitaremos sólo a citar estos dos: de un lado, el mayor arraigo del hábito social de la compra entre las mujeres y su mayor preocupación por la imagen propia,

y de otro, la mayor incidencia femenina en lo que se refiere a datos etiológicos: personalidad límite, personalidad de baja autoestima, sensación de soledad y enfermedad depresiva, radicales que componen la constelación responsable máxima de la adicción a la compra.

Entre los objetos adquiridos por las adictas a la compra se mezclan los que van a ser abandonados, aunque sólo sea después de ser usados alguna vez, con los olvidados como inútiles o inservibles. Una conducta muy frecuente es la de guardar amontonado lo que se compra para después regalarlo o tirarlo y en cualquier caso arrinconarlo sin apenas haberlo utilizado. Según mi experiencia, las mujeres compradoras adictivas suelen inclinarse por la adquisición de ropa de vestir, prendas interiores, calzado, medias, abrigos de piel, cosméticos y joyas, y en menor escala, muebles y alimentos. Esta serie es completamente distinta a la de los escasos hombres compradores adictivos que he tenido ocasión de ver, cuya preferencia se dirigía sobre todo a las chaquetas, las gabardinas, el material informático, los videos, los equipos estéreos y los accesorios de automóvil.

La compradora adictiva lleva con frecuencia a la familia a una situación de bancarrota. No raramente es cuando ha llegado esta situación de crisis económica o cuando está a punto de llegar el momento en el que se descubre el trastorno adictivo. Ha habido mujeres que para reponer sus deudas han tenido que prostituirse. Madame Bovary, figura literaria de Flaubert - "Madame de Bovary soy yo" mantuvo este célebre literato en más de una ocasión" - era una compradora adicta que no dejó de adquirir vestuario personal de lujo mediante una gestión secreta a base de préstamos hasta hundir en la ruina a su familia. Casi todas las adictas a la compra realizan sus adquisiciones preferentemente en grandes almacenes. No resulta raro que algunas veces recurran a la compra por catálogo en tienda o por medio de la televisión o de Internet. Mientras que en Estados Unidos la mayoría de estas compradoras se vale de las tarjetas de crédito, en España lo más frecuente es el pago al contado, con el recurso de resignarse con las compras de "todo a cien" cuando las disponibilidades económicas están exhaustas.

VII

La moderna figura de la ladrona de grandes almacenes, supermercados e hipermercados, surgida a la sombra de un hurto fácil - con rapidez interceptado con la adopción de nuevas medidas de seguridad - ha tomado la fisonomía de la *compradora ladrona*, o sea la conducta mixta de adquirir objetos de los que se pagan algunos y se llevan los restantes "por las buenas". El clímax del cleptómano ya no coincide con el momento de hacerse con el objeto, sino que se produce en el instante de franquear la puerta del establecimiento sin pasar por la caja algunos artículos embutidos en los bolsillos, las mangas o los forros del gabán.

Por otra parte, la frontera psicopatológica antaño bien delimitada entre la compradora adictiva y la cleptómana, tiende a borrarse ante el desarrollo de un

continuum entre ambos polos, cuya diferencia más ostensible viene dada tan sólo por el hecho de haber entregado dinero o no o dejar reconocida la deuda o no. Algunas de estas compradoras cleptómanas, una vez que han pagado los objetos más valiosos llegan a contar con la complicidad del vendedor para tener la satisfacción de llevarse a escondidas alguna fruslería, con lo cual su satisfacción es más completa. Tanto la compra adictiva como la cleptomanía y sus formas de transición se contaminan con alguna frecuencia con elementos propios del fetichismo o el coleccionismo.

El perfil del comprador ladrón que era inédito hasta los últimos tiempos, aparece como si fuera la cristalización victimológica de la tensa dialéctica mantenida desde el sistema de ventas de los grandes almacenes con sus parroquianos. Prueba de ello es que hoy resulta casi rara la persona que no haya experimentado en alguna de sus visitas a una gran superficie de venta al menos un brote de cleptofilia o de ansia cleptómana no consumada, alimentada por la rebeldía ante la prepotencia del gran almacén y el gran manantial de artículos exhibidos, o sea como si fuera una actitud de enfado o resentimiento.

VIII

El tratamiento de los adictos a la compra se distribuye en esquema en los siguientes apartados:

El sector farmacológico, cuya representación más eficaz corresponde a los inhibidores de la recaptación de la serotonina, en particular los antagonistas del receptor 5-HT₂ (trazodone, nefazodone), complementados, según los casos, con un antidepresivo proadrenérgico, un ansiolítico (sobre todo buspirona) o un producto antiadictivo (naltrexona).

La psicoterapia individual breve o de grupo, con el complemento de las técnicas comportamentales, sobre todo para romper la conexión entre los agentes condicionantes internos y externos y la dedicación a la compra y crear nuevos hábitos de consumo como el de abstenerse de comprar sin la presencia de un amigo o un familiar.

La reorganización del sistema de vida y hasta su propio replanteamiento, con una mayor dedicación al ejercicio físico y a las relaciones sociales.

El tratamiento de las alteraciones psíquicas asociadas a la adicción a la compra, en particular la enfermedad alcohólica, las adicciones a otras drogas, la bulimia, la depresión o la crisis ansiosa aguda debe ser atendida convenientemente y muchas veces objeto fundamental del tratamiento en la fase terapéutica inicial.

La incorporación de la compradora adictiva a un movimiento de antiguos enfermos puede constituir una ayuda terapéutica muy valiosa. Agrupaciones de este tipo funcionan en distintos países con las designaciones de "compradores anónimo", "deudores anónimos" y, como resulta más propio, "compradores adictos".

IX

El patrón del consumo desorbitado constituye el núcleo del estado de vida condicionado por un sistema social capitalista, comercial y opulento, vertebrado en los sectores organizativos de compra y venta. Los compradores consumen bienes artificiales o innecesarios para sentirse mejor y/o para situarse al nivel o por encima de los demás. Por consiguiente, lo que mueve a la consumópata hoy es la tendencia hedonista, el culto a la imagen o el impulso de la competitividad. La consumópata trata de conquistar placer o de rivalizar con los otros en sus bienes de ostentación.

El placer aportado por la compra se desarrolla en un ala hedonista desplegada en una amplia gama de motivaciones para adquirir cosas innecesarias, tales como las siguientes: la satisfacción de hacer algo o de sentirse útil, la evasión de la infelicidad, el ansia de comodidad, el capricho personal, la autoafirmación individual, el refuerzo de la imagen o incluso el hábito coleccionista. En el otro costado, la avidez competitiva conduce a seleccionar los artículos adquiridos bajo la presión de la rivalidad para no ser menos que los demás o tal vez para integrarse en el dictado de la moda o incluso simplemente para someterse a las técnicas de publicidad y venta.

Para cortar la epidemia del consumo abusivo se precisa actuar a la vez sobre las vertientes de la compra y la venta. Las técnicas de publicidad y venta están precisadas con toda urgencia de la limitación marcada por un código ético reflejado en una normativa legal, coordinada con una política de juventud que trate ya desde casi la adolescencia precoz, de terminar con la indefensión del comprador, mediante una acción conjunta de información y educación. Por esta vía, al producirse la integración de un sistema de venta con menos capacidad de absorción y no trucado, con una población polarizada en vivir más que en consumir, dando así origen a la configuración de un consumidor de perfil cauto y prudente, el *consumismo* como radical existencial dejaría de bloquear la elevación a un nivel de calidad de vida suficiente, al menos en lo relativo a la posesión de un sentido comunitario y la profundización en la vivencia de individuación. A este respecto conviene traer aquí el dato de que en Estados Unidos se celebra desde 1991 el 29 de noviembre de cada año como el "Buy-nothing day" (día de no comprar nada), celebración instaurada por un grupo de ciudadanos y ciudadanas que trataban de frenar el consumismo que embarga a la inmensa mayoría de sus compatriotas. A este respecto hay que consignar el establecimiento de unas pautas defensivas eficientes para proteger a la mujer, y por supuesto al hombre, contra el desaforado consumo:

- Abstenerse de comprar cuando uno se siente en horas bajas o está afectado por el apetito o el hambre.

- Aprovechar los momentos de euforia para divertirse en lugares alejados de los grandes almacenes y no entregarse a ninguna clase de compra cuando esté presente este estado de ánimo.
- Realizar las compras en compañía de otra persona.
- Atenerse a adquirir los artículos incluidos en la lista de compras confeccionada previamente.

RESUMEN

En el grupo de las adicciones sociales sobresalen las adicciones al alimento y a la compra como las conductas adictivas femeninas genuinas.

Las formas de trastorno adictivo alimentario prevalente en la mujer son la bulimia pura, la hiperfagia psicósomática y la adicción monoalimentaria al chocolate.

Con relación a la bulimia adictiva, se revisan sus rasgos diferenciales con la bulimia anoréxica, destacando entre ellos el peso normal o excesivo, la preferencia por los dulces, la comorbilidad con la depresión y el antecedente de abuso sexual en la infancia.

Las mujeres hiperfágicas psicósomáticas se caracterizan por su tendencia a responder a las frustraciones y a los acontecimientos estresantes con una entrega a la ingestión de una cantidad de comida copiosa, integrada sobre todo por productos lácteos e hidrocarbonados para convertirlos fácilmente en péptidos opioides endógenos (endorfinas y encefalinas). Estas mujeres son, pues, como toxicómanas de la comida.

El chocolate despliega su poderosa fuerza adictiva en dos vertientes: la del sabor agradable y la textura entre pastosa y cremosa, y la de contener una sustancia psicoactiva de tipo anfetamínico, un precursor de la serotonina, una tasa apreciable de cafeína así como otros productos.

La adicción a la compra suele estar condicionada por un estado depresivo, una ciclotimia, una situación de vacío existencial o soledad o un trastorno de la personalidad. En los últimos tiempos van abundando cada vez las compradoras adictivas que asocian su adicción con formas larvadas de cleptomanía y pequeña ratería.

El marco social de la compra adictiva viene dado por un abuso de consumo casi generalizado. Se analiza a este respecto la ética del consumo marcada por una relación dinámica entre estos dos polos: la invención de necesidades artificiales por parte del consumidor y las técnicas de publicidad y los trucos de venta utilizados por las grandes superficies.

Se finaliza el trabajo aportando pautas de conducta para proteger a la mujer contra la consumopatía.

Bibliografía:

Adés, J. y Lejoyeux, M.: Dépendances comportementales: achats compulsifs, addictions sexuelles, dépendance au travail, kleptomanie, pyromanie, trouble explosif intermittent, trichotillomanie. *Encycl. Méd. Chû. (Paris), Psychiatrie* 37-396-A-20, 1999.

Alonso-Fernández, F.: *Las otras drogas (alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo)*. Temas de Hoy, Madrid, 1996 (traducido al italiano: *Le altre droghe*. Edizione Universitarie Romane, Roma, 1999).

Alonso-Fernández, F.: Vencer la depresión con ayuda del médico, la familia y los amigos. Temas de Hoy, Madrid, 1996.

Alonso-Fernández, F.: Psicopatología de trabajo. Edika Med, Barcelona, 1997.

Alonso-Fernández, F.: Los secretos del alcoholismo. Ediciones Libertarias, Madrid, 1998.

Hume, D.: De la libertad y la necesidad. En: Investigación sobre el conocimiento humano. Alianza Editorial, Madrid, 1980, PP. 104-127.

Lejoyeux, M. y cols.: Study of compulsive buying und depressed patients. ~ Clin. Psychiatry, 1997; 58, 4:169-173.

Matussek, O.: Suchtige Fehíhaltung gen. En: Frankl, Gbsattel y Schulz: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Schwarzenbrg, Munich, vol. 2, 1959, PP. 188-212.

McElroy, SL, Keck, PE., Pope, HG, Smith, JM y Strakowski, SM.: Compulsive buying: a report of 20 cases. Journal Clin. Psychiatry, 1994; 55, 6:242-247.

McElroy, SL, Pope, G, y otros.: Kleptomania: a report of cases. American Journal Psychiatry, 1991; 148:652-657.

Pedinielli, JL, Rouan, G. y Bertagne, P.: Addictions et dépendance. *Pratiques Psychologiques (Nouvelles addictions)*, 1997; 4:5-12.

Péllicier, Y.: *Présentation*. En F. Alonso-Fernández: *La dépendance alcoolique*. Presses Universitaires de France, París, 1987, p. 69.

Wallen, G.: Sexual abuse and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1993; 163:771-775.

PRIMERA PARTE: PONENCIAS

4. INTERVENCIÓN

4.1 Mujeres y drogodependencia. Intervención familiar.

Mercedes Rodríguez Pérez, directora del CAD sector IV del Ayuntamiento de Madrid.

4.2 Empleo del psicodrama en el tratamiento de la mujer adicta.

Pablo Población, psiquiatra director Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama de Madrid.

4.3 Maltrato en la mujer adicta: análisis para la intervención.

F. Javier Rodríguez, profesor de psicología diferencial de la Universidad de Oviedo.

4.4 Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina.

Leandro Palacios, psicólogo coordinador asistencial de la Fundación Instituto Spiral. Madrid.

4. INTERVENCIÓN

INTERVENCIÓN

4.1 Mujeres y drogodependencia. Intervención familiar.

Mercedes Rodríguez Pérez, directora del CAD sector IV del Ayuntamiento de Madrid.

Agradezco especialmente la oportunidad que me presta el Instituto Spiral para realizar esta ponencia basada en la revisión bibliográfica y datos de la memoria del **Plan Municipal contra las Drogas (PMCD)** del Ayuntamiento de Madrid de los años 1.998 y 1.999 y la recogida de datos a través de un cuestionario cualitativo que permite recabar información y opinión tanto de usuarios y usuarias en atención en el PMCD como de sus familiares.

El objetivo de todo ello sería elaborar hipótesis acerca de la dinámica familiar cuando el drogodependiente es una mujer y en coherencia con lo anterior diseñar hipótesis de trabajo de intervención con la familia.

La primera cuestión que resalta de forma espectacular es cómo la drogodependencia en la mujer está escondida, solapada tras la “del drogodependiente” que en un 80% de los casos es varón.

Es por tanto una **historia silenciada**

Se han realizado 10 entrevistas con mujeres drogodependientes y cuatro con familias (madres) de mujeres drogodependientes. Se han realizado idénticas entrevistas con diez varones y cuatro familias de forma individual.

Asimismo, se realizó un grupo de discusión con tres mujeres con problemas de alcohol y un familiar, en colaboración con la asociación Alcohólicos Rehabilitados de Carabanchel y Latina (ARACYL)

Posiblemente, deberíamos para explicarnos lo anterior partir de una obviedad, a veces olvidada y es que el proceso de socialización entre hombres y mujeres es diferente, lo que da lugar a percepciones diferentes de la realidad. Y es por ello que debemos partir de la asignación de los roles sociales.

CUESTIONES DE CONTEXTO SOCIAL

Hablar de las diferencias de género en terapia familiar es obligatoriamente tener que hacer una crítica a los supuestos básicos de dicha teoría. Una omisión fundamental es la no reflexión sobre que la **familia** tiene la misión de estructurar y organizar las vidas de los dos sexos para asegurar las funciones de procreación y crianza de los hijos por generaciones, y ésta es diferente en hombres y mujeres, dando lugar a una también diferente percepción, sentimientos y conducta frente a la realidad entre ambos sexos.

Aquí la cuestión no es sólo cómo es la estructura y dinámica familiar, sino cómo una misma familia actúa de diferente manera con un hijo varón que con una hija.

Hace menos de dos décadas algunos autores empiezan a plantearse estas cuestiones, en Estados Unidos e Inglaterra.

Siguiendo a Marianne Walters y otros, la organización familiar ha estado basada en supuestos como:

- La familia asigna las tareas instrumentales y una mayor autonomía a los hombres y el vínculo afectivo y las tareas emocionales, tales como mantener las relaciones, y criar a los hijos a la mujer.
- Dentro de esta complementariedad de roles, cada sexo manifiesta su inmadurez de forma específica: la mujer suele mostrar síntomas de dependencia, buscar aprobación evitar los conflictos, conciliar. Los varones manifiestan su inmadurez a través del aislamiento emocional, la inaccesibilidad y aparente indiferencia. Cuando estas conductas se encuentran en el otro sexo, es doblemente patologizado p.e. mujer desvinculada emocionalmente.

De esta manera las creencias sociales sobre los sexos se convierten a través de la familia en una fuente de **conductas y actitudes**.

CUESTIONES DE CONTEXTO CON RELACIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

La dinámica de la drogodependencia en la mujer es un ejemplo claro no sólo de que la mujer tiene una socialización diferente que la del varón, sino que esta asignación de rol pone en desventaja a la mujer:

En los datos recogidos en la memoria de 1.998, de los drogodependientes atendidos en la red municipal un 82% eran varones y un 18% eran mujeres, de un total de 3.689 casos.

Cabría hipotetizar que son razones de orden social y psicológico las que producen una mayor resistencia de la incorporación de mujeres al consumo de drogas, y de acuerdo con lo comentado anteriormente en relación a la función social que ocupa en la formación y mantenimiento de la familia:

Vamos a analizar algunas cuestiones diferenciales que pueden hipotetizarse de los datos recogidos de la memoria del PMCD de los años 1.998 y 1999 y de las entrevistas realizadas:

DIFERENTE TOLERANCIA SOCIAL EN RELACIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

La percepción de las mujeres viene representada por:

- "Nadie ve que tienes problemas, te ven como una viciosa. Al hombre se le disculpa mejor." Ello hablaría también del diferente valor social del problema: el consumo del varón es más tolerado que el de la mujer.
- Aparece la culpa de forma marcada: "yo misma me avergüenzo de ser drogodependiente". "La gente cree que porque te drogas ya eres una prostituta..."
- "cuando un hombre bebe no se le mira mal, incluso puede verse como normal, cuando una mujer bebe, se dice mira tiene abandonados a sus hijos y a su marido.."

El Secretariado General Gitano en su publicación sobre "Los usos de drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano)", indica: "en la comunidad gitana, debido a la diferencia de roles, y en concreto al rol que desempeña la mujer, es más difícil el acceso a los consumos. "... el control social y las sanciones que recibe son mayores" "... le está prohibido fumar, al menos en presencia de varones, el consumo de alcohol y de hachís también depende de los varones".

PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN

..." Sacas fuerzas para seguir con lo tuyo, mantienes la imagen, lo tapas más para poder tener tu sitio". Parece desprenderse una pérdida de función y por tanto de estatus, al ser menos tolerado.

Parecería que el estatus o prestigio en la mujer está más vinculado al hacer cotidiano y se devalúa más si no mantiene de forma exitosa la tarea.

Parece identificarse un estereotipo que por haber sido reflexionado parcialmente sesga la visión social y también la visión de los profesionales, las propias usuarias y sus familias, que sería: mujer drogodependiente-más ruptura social-más recriminación-más descontrol-prostitución.

EXIGENCIA Y AUTOSUFICIENCIA

La mujer siente una mayor carga:

"La mujer tiene más carga emocional, tiene más responsabilidades. Yo llegaba a casa bebía pero sabía que tenía pendientes tareas cotidianas.

Me sentía completamente angustiada. Está la exigencia de que tengo que hacerlo aunque no pueda”

Perciben una mayor capacidad para afrontar el problema solas, sin la ayuda de la familia, posiblemente porque son más reprochadas socialmente y también se las presiona para que lo aborden solas. Se sienten más autosuficientes a la hora de abordar el problema. “Somos más valientes...”

CUESTIONES EN RELACIÓN A LA FAMILIA EN SENTIDO EXTENSO

Vamos a analizar la dinámica de la drogodependencia de la mujer en las siguientes estructuras:

- familia de origen
- relación de pareja
- crianza de los hijos de la mujer drogodependiente

FAMILIA DE ORIGEN

En este contexto, analizada la estructura familiar de las mujeres drogodependientes, incluido el grupo de alcohol, de acuerdo con la tipología de Cancrini, no encontramos que esta distribución es similar a la que refiere el autor.

Sin embargo nos encontramos con cuestiones diferenciales que seguidamente paso a mencionar:

Actitud expulsiva de la familia / autoexcluyente de la mujer drogodependiente frente a una actitud cuidadora y comprensiva con los varones

1.1. Convivencia con la familia de origen

Stanton y Todd en su libro de Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las drogas, en su reseña de investigaciones acerca del lugar de residencia y la frecuencia de contacto familiar entre los abusadores de drogas, revelaba que:

“En un estudio de Eldred y Washington reveló que el 73% de los varones y el 42% de las mujeres vivía con los padres cuando comenzó a consumir, estos porcentajes eran del 57 y 33% cuando inició el programa de tratamiento. Esta diferencia entre varones y mujeres fue también constatada por Alexander y Dibb.”

Asimismo, en la memoria del PMCD de 1.999, al inicio de tratamiento se encuentran conviviendo con su familia de origen el 60,3% de los varones y el 47,6% de las mujeres, es decir, un 12,7% menos de mujeres.

A la luz de las entrevistas realizadas, las mujeres drogodependientes, pese a dar el domicilio de sus padres como el de estancia, presentan más situaciones de semi-autonomía que los varones (mayores periodos de salida, casas alternativas, etc.).

1.2. Salidas precoces de la familia de origen

Así, de la información recogida, las mujeres salen por primera vez de casa de forma más precoz que los varones, en el intervalo entre los 16 y los 19 años. En los varones, la media está por encima de los 20 años y la estancia en casa de los padres es más estable. Asimismo, si bien ha resultado difícil cuantificarlo, la impresión es que las mujeres acumulan mayor tiempo fuera de casa, con entradas y salidas sucesivas.

1.3. Falta de confianza entre madre / hija frente a la mayor proximidad de la madre con los varones

En todos los casos, las mujeres señalan carencias en la intimidad o confianza con su madre, pese a reconocer que han sido buenas madres

La madres de mujeres y varones drogodependientes entrevistadas señalan que ayudarían igual a un hijo que a una hija, pero que:

- "Un hijo hubiera sido más dócil, hubiera permitido que se le ayudara más"
- "Una hija drogodependiente da más miedo... puede tener hijos"

Al analizar esta falta de confianza, nos encontramos con unas pautas interaccionales complementarias, donde se gesta esta falta de confianza:

Por parte de la madre, nos encontramos en cinco casos entrevistados con la existencia de historias especialmente duras en la infancia de las madres (abandonos, responsabilidades precoces, trabajo infantil...). Mujeres precozmente adultizadas, sin referente de una madre cuidadora.

Ello confirmaría lo que indica Stefano Cirillo y otros cuando dice que se encuentra de forma marcada elementos de privación afectiva en la madre de la mujer drogodependiente.

Madres que además han tenido una carga excesiva familiar y que no han tenido espacio ni tiempo para comunicar y establecer intimidad con su hija en lo cotidiano durante la infancia y la adolescencia.

Complementariamente, nos encontramos con hijas que no le cuentan a su madre el problema, porque las sienten muy sobrecargadas, y porque ellas "deberían" según el rol asignado aliviar la carga de su madre.

- "no lo contaría por miedo... pienso que no me iban a entender"
- "me preguntó que me pasaba... yo lo negué siempre"
- "intentaba no perder los hábitos de higiene y alimentación para que mis padres no lo notaran"

En relación a los varones: analizando la comunicación existente, en la relación madre e hijo, la madre puede hacerse cargo más fácilmente de la problemática del hijo, incluso llegando a asumir la responsabilidad y consecuencias del consumo del hijo

Las mujeres drogodependientes perciben:

- "a los varones se les cuida más, me da envidia sana ver como las madres vienen con los hijos drogodependientes."
- una mujer drogodependiente relata que tenía un hermano también drogodependiente del que se ocupaba su madre: "la veía tan sobrecargada y deprimida que no tuve valor para decirle que yo también consumía, preferí salir de casa"
- "Las esposas de varones alcohólicos, afrontan el problema, van a grupos tratan de ayudar al marido, si es una mujer esta ayuda no suele darse. Las mujeres van solas a solicitar ayuda"

Podría hipotetizarse que, trascendiendo la estructura familiar concreta, existen menos recursos familiares para ayudar a una mujer (con problemas) que a un varón. Quizás porque el papel de la hija dentro de la familia es prestar ayuda a la madre tanto en las tareas cotidianas como en las cuestiones emocionales familiares. Por ello las creencias marco, convertidas en conducta, no permiten "la confianza suficiente" para que la hija cuente y la madre comprenda.

Buena relación entre padre e hija drogodependiente frente a varones drogodependientes con padres periféricos

Cinco mujeres drogodependientes indican que existe mejor relación con el padre aunque ello no provoca que exista una mejor relación de ayuda. En dos casos esta mejor relación se vive en coalición frente a la madre.

Los varones entrevistados, con mayor o menor intensidad, no tienen relación o una relación distante, donde la madre actúa de interlocutor entre ambos.

Se registran frases como:

Mujer drogodependiente: "si hubiera vivido mi padre, esto (consumo y exclusión) no hubiera pasado"

Varón drogodependiente: "si mi padre se entera (consumo), me echa de casa"

Sin embargo esta mejor relación con el padre, no facilita la relación de ayuda a la hija, se puede hipotetizar que el padre no tiene asignado articular esta relación en lo concreto.

Dificultad de la mujer drogodependiente o alcohólica a la hora de pedir ayuda

- En tres de las 10 mujeres drogodependientes la familia se enteró expresamente del consumo pasados 10 años del inicio, en un caso no se enteró nunca y la familia que se enteró pasados 6 años. Algunos de los casos llegaron a mostrar síntomas claros de deterioro (pérdida de peso, hábitos, etc.)

La familia no suele enterarse directamente por la hija del consumo, sino a través de situaciones límites o hechos fortuitos.

Maltrato físico y psicológico/abusos sexuales

En tres casos existen abusos sexuales en la infancia, de familiares adultos muy próximos. Asimismo, en cuatro existen maltratos físicos y psicológicos hacia la madre, siendo en dos casos malos tratos hacia la propia paciente. Todo ello debería hacernos reflexionar sobre la correlación entre maltrato o abuso hacia la drogodependiente o la madre y el consumo de drogas.

Restricción en la búsqueda de identidad en la mujer drogodependiente

En dos entrevistas con mujeres, encontramos unas pautas familiares donde se diferencian de forma rígida los roles de varón y la mujer, restringiendo las posibilidades de búsqueda de una propia identidad en la adolescencia, teniendo que hacer una huida de la familia a través del consumo de drogas.

Malestar por la imagen corporal

Tres mujeres indican haberse encontrado en la adolescencia con aspectos de su imagen corporal que no les agradaba. Una de ellas manifiesta expresamente que el comenzar a consumir le alivió de este sentimiento. Dos de ellas indicaron que les resultaba agradable adelgazar cuando consumían drogas. Una consumidora de alcohol indica que controlaba la ingesta de comida cuando bebía alcohol, para no engordar.

Sobre este aspecto los varones no refieren problemas.

Qué hubiera necesitado

Cuando se les pregunta ¿qué hubieran necesitado para llegar antes a tratamiento o para sentirse ayudadas?, éstas son algunas contestaciones:

- hubiera necesitado una madre que me hubiera protegido
- nunca me dijo que me quería
- hubiera necesitado que viniera al médico conmigo
- hubiera necesitado hablar más con ella.
- no me preguntaba qué tal estaba

Sin embargo, también indican:

- no le hubiera dicho a mi madre que consumía, por miedo no me hubiera comprendido.
- me resultó más fácil hablar con otra persona que no fuese mi madre...
- (la madre) tardó mucho en dejarme que la ayudara, pedía ayuda a amigas, al médico, etc.... a mi , no.

De forma generalizada la mujer reclama una madre más próxima y las madres que hubieran pedido ayuda antes. Parece haber un escenario que dificulta el encuentro.

RELACIÓN CON LA PAREJA

Mayor número de mujeres casadas o emparejadas

En los datos de la memoria del PMCD del año 1.999 el 37,1% de las mujeres estuvieron casadas, mientras que en esta situación sólo estuvieron el 29,5% de los varones. Cabe destacar que el 5,8% de las mujeres son viudas, frente al 0,9% de los varones.

Respecto a la convivencia, el 33% de las mujeres viven con su propia familia o en pareja, frente al 20% de los varones.

Inicio del consumo de la mujer con la pareja

Nueve mujeres entrevistadas comenzaron a consumir con la pareja, relación que resultó estable. En cuanto a los varones, uno de ellos comenzó a consumir con su pareja, el resto con los amigos, en el barrio.

En la pareja con la que comenzaron a consumir encuentran complicidad y comprensión.

Negación de relación de ayuda cuando la pareja es no consumidor y varón

En un caso, el varón no consumía pero negaba el problema de la mujer y no articulaba relación de ayuda respecto al problema.

Las mujeres ayudan a las parejas drogodependiente en el tratamiento de forma general.

Desventaja de las mujeres a la hora de emparejarse con varones no drogodependientes

En la actualidad, 7 de las mujeres están emparejadas con varones drogodependientes, abstinentes o en activo, el resto no tiene pareja. Con los varones, la situación es la siguiente: cinco de los 10 tienen parejas que no han consumido nunca, uno tiene una pareja que fue consumidora, está abstinente desde hace 4 años y comenzó a consumir con él, el resto no tiene pareja.

En la opinión de una mujer entrevistada "los hombres pagan el haber consumido, las mujeres lo pagamos toda la vida" refleja esta cuestión. Los datos confirman la percepción de las mujeres: que es la dificultad para poder iniciar relaciones con varones no consumidores. Es decir, la exclusión del rol social, no sólo se mantienen en las mujeres durante el tiempo que son consumidoras, sino que una vez en abstinencia les resulta más difícil acceder a la formación de parejas que no hayan sido consumidoras. Esta situación, sin embargo, parece ser diferente en el varón.

Utilización de la prostitución

Reseñar al respecto dos cuestiones:

Lo que en el "mundo del consumo" se percibe como una facilidad de la mujer para conseguir dinero, se convierte en una experiencia que devalúa y marca profundamente a la mujer drogodependiente en la relación consigo misma y con los demás, en el presente y en el futuro, máxime cuando la mujer no se permite hablar de ello.

Se refiere asimismo, como en determinadas circunstancias, la mujer mantiene con esta actividad a su pareja consumidora, haciéndose nuevamente responsable de la supervivencia, cuando la situación se vuelve límite.

De forma estereotipada, se tiende a pensar dentro y fuera del mundo de consumo que consumir en la mujer está asociado a prostitución.

Maltrato físico/abusos sexuales hacia la mujer drogodependiente en la relación de pareja

Se da en 6 mujeres, maltrato físico. Asimismo, refieren abusos sexuales de su pareja en dos casos. En cuatro casos, la mujer es maltratada antes del inicio del consumo, cuando lucha por la abstinencia de la pareja.

Frecuencia de abortos voluntarios

Si bien no tenemos datos para contrastar con la población general, la experiencia nos indica la alta frecuencia de abortos voluntarios, a veces reiterados en situaciones límite de exclusión social.

Vivencias silenciadas

Muchas de estas vivencias relacionadas con el maltrato de la pareja y la sexualidad son silenciadas o no suficientemente exploradas por el profesional, que focaliza en la dinámica del consumo LA CRIANZA DE LOS HIJOS DE LA MUJER DROGODEPENDIENTE

El 50,5% de las mujeres drogodependientes tiene hijos, frente al 34,4% de los varones, lo que supone una diferencia de 16,1% de acuerdo con los datos recogido de la memoria del PMCD del año 1.999.

Nueve de las 10 mujeres entrevistadas se emparejaron con varones drogodependientes. 6 de las 10, tiene hijos. 5 de las 6 mujeres con hijos comentan que tienen o tuvieron problemas con la madre en la crianza de los mismos; en el sentido de sentir que son sus madres las que hacen de madres. Sólo en dos casos las parejas participan en la crianza de los hijos, y sólo en uno manifiesta que es un buen padre y que se preocupa de ellos.

CONFLICTO CON LA MADRE EN LA CRIANZA DE LOS HIJOS

Parece destacarse que es la madre drogodependiente la que generalmente se hace cargo de los hijos, y por ausencia o delegación la abuela materna. Consultadas a este respecto: en todos los casos nos indican que haciéndose cargo o no de los hijos, mantienen el sentimiento de responsabilidad frente a sus hijos; siendo críticas con la pareja que sienten no mantienen esta corresponsabilidad.

Aparece una delegación en la madre, dándose el dato en dos casos de que al fallecimiento de la madre, se han hecho cargo de la crianza de los hijos de forma satisfactoria. Una mujer entrevistada indica "ahora que no tengo a mi madre, soy la única que puede cuidar de mi hijo".

Sin que la abuela lo indique de forma expresa, y recabando expresiones de la madre drogodependiente, parecería que la crianza de los hijos refuerza la

exclusión de la madre de la familia de origen, percibiendo la madre drogodependiente que el cuidado de sus propios hijos la excluye a ella, a no ser que asuma el rol de hija. Sin embargo, se percibe más fácil la convivencia entre un hijo y su padre drogodependiente. Hipotetizamos que es más fácil situar como hijo a un padre varón drogodependiente que a una madre, que va a luchar más por su rol de madre.

La intervención en esta cuestión es importante para la mujer drogodependiente y para el hijo, que por encontrarse en ese escenario, está en situación de riesgo, que debe ser considerado en sí mismo.

DESVENTAJA DE LA MUJER EN EL ENTORNO CONSUMIDOR

La vida de la mujer consumidora en el entorno de consumo tiene características específicas: además del estereotipo sobre droga-prostitución, las mujeres dicen vivir en situaciones más duras: les roban más, hasta el punto que en general buscan acompañantes varones a la hora de ir a comprar consumo o deben mostrarse más recelosas y duras.

MUJERES DROGODEPENDIENTES FRENTE AL TRATAMIENTO

Nueve de las mujeres entrevistadas vienen solas a tratamiento, frente a 2 de los diez varones; bien porque la familia desconoce la situación de la drogodependiente, bien porque sabiéndolo, no le prestan apoyo. Siete de las mujeres indican que prefieren venir solas, dado que creían poder afrontar el tratamiento sin necesidad de ayuda. Indican razones como la sobrecarga de la madre, conflictividad o abandono familiar.

Pese a la percepción propia de que pueden afrontar con mayor efectividad el tratamiento que los varones, de acuerdo con los datos de atención del año 1.999, se observa que la media para que se produzca el abandono en los varones es de 5,3 meses, mientras que en las mujeres es de 4,2 meses; de un total de 989 abandonos producidos en dicho periodo.

Este menor tiempo de tratamiento podría vincularse al menor apoyo familiar y a la percepción de que pueden solas.

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN CON MUJERES DROGODEPENDIENTES

Las líneas generales de intervención con mujeres drogodependientes, siguiendo a Peggi Papp y otros sería:

ACTITUDES DE BASE, EN RELACIÓN AL GÉNERO, DEL TERAPEUTA O EQUIPO INTERDISCIPLINAR

- El género es una fuente esencial de pensamientos, sentimientos y conductas diferenciales, trascendiendo a la estructura y la dinámica

familiar concreta. La neutralidad del terapeuta frente al género provoca una visión sesgada del problema.

- En relación a las mujeres drogodependientes, las opciones de demanda de tratamiento, relación de ayuda e incorporación social están mas **restringidas** por exigencias del rol.

EVALUACIÓN ESPECÍFICA SOBRE GENERO

Es importante recoger información específica en relación al género, desde lo planteado anteriormente:

Es evidente que estas cuestiones que mencionamos para evaluar, no pueden ser planteadas en las primeras entrevistas. Tanto la evaluación como la intervención familiar forman parte de un continuo, que además debe adaptarse y respetar los tiempos y espacios de la familia.

No obstante abordar la evaluación de la dinámica familiar sobre el género tiene muchos beneficios.

- Por una parte, situar al terapeuta sobre la dinámica específica de la drogodependencia en relación a ser mujer.
- Generar un beneficio terapéutico: identifica y dota de recursos familiares para comprender las diferentes actitudes y conductas.
- Este espacio de escucha es terapéutico en la medida que habitualmente no se registran los sentimientos y reflexiones en relación al género. En todos los ámbitos, existe una carencia de escucha en relación a la vivencia específica tanto de la mujer drogodependiente como de la familia.

CONTENIDOS DE LA EVALUACIÓN

DEMANDA Y SITUACIÓN ACTUAL DE SU DROGODEPENDENCIA

- Análisis de la demanda, prestando especial interés a rastrear sobre los apoyos con los que cuenta
- Rastreo de las pautas interaccionales en la familia en relación al género
- Rastreo de las vivencias de cada miembro de la familia en relación a que sea una mujer drogodependiente.
- Rastreo de la vivencia de la dinámica de consumo en la mujer drogodependiente

DATOS SOBRE LA HISTORIA

- Cómo fue la relación con la madre en la infancia y adolescencia
- Si se estableció relación de confianza, y cuáles eran los canales de comunicación de la adolescente: Sondear especialmente si madre e hija establecieron una relación de confianza en las cuestiones cotidianas.
- Si existen hermanos, valorar cómo se establece la relación con los otros hermanos.
- Valorar cómo fue la relación entre padre e hija: Sondear especialmente si es vivida la relación como una coalición frente a la madre.
- Si existió en la familia maltrato físico, o abusos sexuales
- Si existieron en la adolescencia trastornos de la alimentación, o malestar por algún aspecto corporal
- Si el hecho de ser mujer imposibilitó la búsqueda de una identidad, por la restricción en las normas familiares.

HISTORIA DE CONSUMO

- Cómo inició en consumo, si ello está en relación con la pareja
- Primera salida de la casa de los padres y salidas sucesivas, motivos, si ello fue igual en los varones
- Cómo ha sido su vivencia del mundo de consumo en relación al género
- Si existe o existió pareja o parejas consumidores, cómo fue la relación con ellas: si existió maltrato físico, abusos sexuales. Vivencia con respecto a ello

VIVENCIAS EN RELACIÓN A CONFLICTOS ASOCIADOS AL CONSUMO

- Relación actual con los padres. Situaciones positivas y las que producen conflicto.
- Relación actual con la pareja, si la hubiere. Situaciones positivas y conflictivas.
- Relación con los hijos, si los hubiere. Situaciones positivas y de conflicto.
- Proyecto de salida del mundo de consumo y proyectos de futuro.

INTERVENCIÓN FAMILIAR CON MUJERES DROGODEPENDIENTES

ACOGIDA

- El momento de la acogida es vital para la continuidad del tratamiento. Si bien establecer un buen contacto desde el inicio es fundamental para cualquier drogodependiente. La exigencia y la culpa que desarrolla en la drogodependencia la mujer hace que sea indispensable esa buena acogida.
- Una actitud terapéutica de escucha para comprender y de prestar ayuda, favorece la retención en programa. Máxime si la mujer viene sola o con apoyo precario.
- Reconocer una mayor dificultad de las mujeres para solicitar ayuda por el problema de consumo.

INCORPORACIÓN DE LA FAMILIA

- Sin dejar de aceptar la demanda tal y como viene, habría que trabajar la búsqueda de apoyos, bien dentro de la familia, bien dentro de la red. En situaciones precarias, abordar las situaciones urgentes gestionando recursos que permitan la contención y el apoyo, trabajando estereotipos como "yo puedo sola", "no me van a comprender".
- Sensibilizar y negociar con la mujer drogodependiente la incorporación de la familia a tratamiento.
- Informarle de aspectos relacionados con el rol de la mujer y que hacen genéricamente más difícil que solicite ayuda.

INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

- Facilitar la expresión de vivencias en relación al consumo de la hija.
- Establecer las bases de la relación de apoyo:
 - Qué es lo que la mujer drogodependiente necesita de la familia.
 - Qué necesita la familia de la mujer drogodependiente.
 - Qué compromisos y límites puede afrontar la familia.
 - Qué compromisos y límites puede afrontar la mujer drogodependiente.
- Promover el desarrollo de contención familiar:
 - Investigar las pautas de interacción que provocan el conflicto y la salida de la hija.

- Favorecer la comunicación de la hija de sus vivencias y dificultades por el consumo, facilitando lo exprese con la intensidad sentida.
 - Desactivar y prevenir el desarrollo de las pautas interaccionales que provocan expulsión o autoexclusión.
 - Favorecer la comprensión de la conducta y sentimientos de madre/hija actuando como mediador, focalizando más en esta tarea que en la de desarrollar límites.
 - Facilitar el desarrollo de la confianza mutua entre madre e hija a través de tareas cotidianas.
 - En relación a posibles recaídas, favorecer la comprensión, tolerancia y la contención frente a actitudes expulsivas.
 - Favorecer la comunicación positiva: facilitar el refuerzo familiar de los esfuerzos y logros.
 - Apoyar la relación de ayuda del padre con la hija drogodependiente
- Pese a la dificultad, cuando ello sea posible, deberán habilitarse espacios para que la mujer puede hablar del maltrato sufrido, ya que ello es silenciado, bien en el marco de la terapia familiar o en espacios individuales.
- Favorecer el desarrollo de estrategias de autocuidado no sólo desde la mujer drogodependiente sino desde la familia y la pareja, abordaje de tratamientos preventivos, planificación familiar, imagen corporal.
- Utilizar estrategias de tipo educativo que esclarezcan los estereotipos sociales en torno al consumo de la mujer en relación al de los varones (dramatización/tolerancia)

INTERVENCIÓN CON LA PAREJA

Es importante sensibilizar a la pareja de que el abordaje de los tratamientos de drogodependencia son decisiones individuales y que un tiempo de separación para realizar el tratamiento es el mejor apoyo para la supervivencia de la pareja.

Es importante rastrear y abordar los conflictos en la relación de pareja al objeto de que se mantenga una relación mutua de respeto y valoración. Articulando si es preciso, intervenciones con la pareja.

Será necesario rastrear específicamente si existe maltrato físico o psicológico o abusos sexuales.

En caso de maltrato habría que habilitar espacios individuales para trabajar la identificación del maltrato, el desarrollo de estrategias para ser respetada.

INTERVENCIÓN EN RELACIÓN A LA CRIANZA DE LOS HIJOS DE LA MUJER DROGODEPENDIENTE

Apoyar el desarrollo estrategias familiares, fundamentalmente de la madre, que permitan la asunción progresiva de responsabilidades de la hija drogodependiente con respecto a sus hijos. La mujer entra en mayor conflicto con su madre, pero también es más receptiva a asumir responsabilidades. En la medida de lo posible, interesa que madre e hija negocien pautas de funcionamiento y que la madre pueda progresivamente delegar en la hija las funciones maternas.

Es importante evaluar e apoyar pautas de funcionamiento más favorables para la maduración de los hijos:

- Clarificación de roles de la madre e hija.
- Normas y límites congruentes entre los abuelos y la hija.
- Esclarecimiento de las circunstancias del cuidado de las abuelas.

Es evidente que para esta tarea, el equipo debe coordinarse o derivar determinadas situaciones a recursos especializados en trabajo con menores.

Realizar detección de aquellos menores hijos de drogodependientes que estén en situación de desprotección, bien para trabajar la mejora de esta situación coordinando con los recursos de atención al menor, bien para denunciar la situación al organismo competente.

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA REINSERCIÓN

Trabajar con la familia las dificultades y los límites de la inserción social de la mujer drogodependiente, habilitando estrategias de tolerancia y de adaptación a la situación.

INTERVENCIÓN CON LA RED COMUNITARIA

Como en los casos con varones, con algunas mujeres hay que desarrollar un trabajo con la red, habitualmente con recursos específicos para mujeres o para hijos de mujeres drogodependientes, que puedan dar contención en situaciones específicas.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Es preciso señalar que, si bien se ha desarrollado más el trabajo de la intervención familiar individual, los contenidos expresados pueden y deben ser trabajadores en el ámbito de grupos de familias, ya que la características y dinámica de las mujeres drogodependientes es silenciado.

Gran parte de las mujeres drogodependiente o alcohólicas han valorado como positivo el desarrollo de grupos monográficos para hablar de las especiales circunstancias de la mujer, que pudieran ser compatibles con los que actualmente se desarrollan en los centros de tratamiento.

No quiero acabar sin comentar las implicaciones que esta cuestión tiene en el desarrollo de estrategias preventivas del consumo de drogas con mujeres, así como aquellas de captación a mujeres que estando actualmente consumiendo no acceden a tratamiento. Este problema es especialmente grave en mujeres consumidoras de alcohol y/o otras sustancias para quienes reconocer su problema es equivalente a perder su prestigio como esposa, madre, etc.

Bibliografía:

Cirillo Stefano y otros, "La familia del toxicodependiente" Ed. Paidós Terapia Familiar.

Memoria del Plan Municipal contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid, Área de Servicios Sociales, años 1.998 y 1999

Olivenstein, C. "La toxicomanía" Ed. Fundamentos, 1985

Stanton M. D. Y Todd, T.C, y cols "Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas", Ed. Gedisa, 1985

Walters, M. y otros, "La red Invisible" Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares, Ed. Paidós Terapia Familiar. 1.991

Monturiol F. y de Silva A "Los usos de drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano)", ASGG, 1.998

INTERVENCIÓN

4.2 Empleo del psicodrama en el tratamiento de la mujer adicta.

Pablo Población, psiquiatra director Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama de Madrid.

Cuando mi buen amigo Leandro Palacios me conminó sin paliativos a colaborar en este Symposium le repliqué que era él, que además de experto en adicciones es un experimentado psicodramatista, el que podía escribir esta comunicación. Me convenció en primer lugar desde el argumento de la amistad y secundariamente por mis muchos años en el mundo de la práctica clínica del psicodrama que me han permitido familiarizarme con el uso de aquél en los más variados cuadros patológicos.

Desde este punto de partida me he propuesto desarrollar las siguientes cuestiones:

- Dar una idea muy general, inevitablemente superficial por las limitaciones de espacio, de lo que es el psicodrama.
- Las distintas estrategias que ofrece el psicodrama.
- Las vías profundas de "rematrización" o intento de reestructuración del daño nuclear.
- Y como último sumativo, presente a lo largo de todo el escrito, el deseo de hacer sentir la utilidad de este modelo para la práctica clínica.

2 QUÉ ES EL PSICODRAMA

Considero preciso comenzar por este apartado puesto que admito que el psicodrama es aún demasiado poco conocido en España, pese a su larga historia y su indudable eficiencia y eficacia como vía terapéutica.

Se ha llegado a utilizar el término psicodrama para designar de un modo genérico todas aquellas intervenciones en que se suma la acción e interacción al uso de la palabra que, por cierto, es una forma de acción. Ello es porque drama, en griego, quiere decir actuar, acción. En puridad, según Jacobo Levi Moreno, creador de esta escuela, los tratamientos que incluyen la acción dramática deberían llamarse triádicos, pues suman y superponen la psicoterapia de grupo o manejo terapéutico de las relaciones interpersonales intragrupal¹, atención a los fenómenos estructurales y dinámicos sociométricos del grupo y la utilización de la puesta en juego de determinadas situaciones mediante la

utilización de técnicas activas. Ya aclarado este punto aceptamos utilizar el término *psicodrama* puesto que está avalado por el uso.

Conviene sentar algunos conceptos teóricos y técnicos del modelo psicodramático: Moreno introdujo el concepto relacional en las ciencias de la psique; "el hombre nace en grupo y vive en grupos". El primer grupo o primera matriz es donde comienza a fundarse la identidad, donde predomina la relación diádica de unicidad entre el bebé y una madre que actúa como "placenta social"; siguen la matriz familiar y las matrices sociales, espacios donde se van forjando los roles desde los que el sujeto se relacionará consigo mismo y con los otros.

A nivel técnico - sobre una filosofía antropológica de matiz existencial - vale la pena destacar: la sesión siempre se considera que se desarrolla en el aquí - ahora, aunque remita al pasado o al futuro, el paciente (protagonista) siempre es el autor del acto dramático y su propio intérprete; el terapeuta (director psicodramático) se considera un instrumento que ayuda al paciente a su reconstrucción, a su liberación de todo aquello que le condiciona a respuestas repetitivas inadecuadas y a encontrar su espontaneidad perdida necesaria para una vida "sana" y el acto dramático es un paso intermedio entre una preparación (caldeamiento) previo y un procesamiento posterior. Se ponen en juego, por lo tanto, los sentimientos y emociones, el cuerpo y la elaboración cognitiva.

3 LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS QUE OFRECE EL PSICODRAMA

Partiendo de la puesta en juego de las "escenas" externas - internas del o un grupo) podemos considerar dos opciones de elaboración de las situaciones conflictivas, el psicodrama terapéutico ó role- playing terapéutico y el psicodrama pedagógico ó role- playing pedagógico ¹.

La diferencia entre estos dos modos de intervención es que el psicodrama terapéutico persigue una reestructuración de los sistemas internos y una adecuación de las respuestas al entorno, es decir, un cambio profundo y global, mientras que el role- playing pedagógico se limita a intentar lograr el perfeccionamiento o modificación de un rol defectuoso o la "creación" de un rol inexistente. Sin duda esta acción sobre un rol lleva a un cambio inevitable del sistema interno, por lo que surte un efecto terapéutico secundario.

En el tratamiento de las adicciones se recurre a una u otra vía según el momento evolutivo y las metas perseguidas. Actuamos con una u otra modalidad en los distintos sistemas, es decir, individuo, pareja, familia y/ o grupo.

Por último diferenciar lo que podemos denominar psicodrama "horizontal" del psicodrama "vertical". Hablamos de intervención horizontal cuando nos centramos en la elaboración terapéutica en el aquí - ahora de los conflictos actuales y vertical si utilizamos instrumentos técnicos para detectar y elaborar

los residuos de antiguas heridas emocionales, buscando su rematrización. Conviene connotar que la vía horizontal incide sobre estos problemas profundos en cuanto los conflictos actuales son consecuencia habitual de los mismos.

Barajando los puntos de vista anteriores podemos construir los siguientes cuadros - guía de las diversas sugerencias privilegiadas de intervención:

Psicodrama horizontal	(Individual) ¹	Grupal	Familiar
Psicodrama Vertical	Individual	Grupal	
Psicodrama Terapéutico	Individual	Grupal	Familiar
Psicodrama Pedagógico	(Individual) ¹	Grupal (pacientes y/o familiares)	Familiar

Vemos en los cuadros que consideramos en general la intervención grupal como vía de predilección y, en segundo lugar, la familiar. Ello no obsta para que en determinados casos aparece la precisión o la conveniencia de un tratamiento individual profundo (vertical) o incluso horizontal. En contextos institucionales lo habitual es recurrir a grupos terapéuticos o pedagógicos de pacientes y familiares.

Voy a aclarar algo más estos extremos. Hablamos de grupos terapéuticos cuando se trata de ayudar a obrar un cambio profundo, significativo, cambios de las estructuras personales o familiares; mientras que en los de role- playing pedagógico buscamos ayudar a los familiares de los adictos a conseguir cambios de las pautas relacionales con los pacientes, y en el caso de los pacientes, que encuentren vías más adaptativas de manejo de aquellas situaciones afectadas por la adicción, como puede ser la relación con la familia, pareja, situaciones sociales y demás.

En cuanto a una posible desemejanza de planteamientos terapéuticos en relación al género, nos parece un factor secundario, quizás más destacado en casos individuales, pero, en nuestra experiencia, las estrategias terapéuticas son comunes.

Después de esta visión condensada y sucinta de las estrategias generales que ofrece al psicodrama para enfrentar el tratamiento de estos cuadros vamos a sumergirnos de modo más focalizado en lo que denominamos tácticas de rematrización.

4 LAS VÍAS PROFUNDAS DE "REMATRIZACIÓN" O INTENTO DE REESTRUCTURACIÓN DEL DAÑO NUCLEAR.

Utilizo aquí el término *rematizar o rematrización* para designar un proceso terapéutico que persigue una organización más adecuada de los esquemas vinculares internos/ externos del individuo, vínculos que han quedado afectados por situaciones disfuncionales en las primeras matrices. Se trata de recrear espacios matriciales simbólicos que permitan al sujeto vivir de nuevo y de un modo adecuado aquellas situaciones, recuperando así su potencial de espontaneidad y flexibilidad, es decir, las respuestas convenientes al entronque con su mundo y vida actual.

Por tanto lo que se intenta es lograr un cambio de aquellos aspectos de su escena interna que actúan patogénicamente en las situaciones actuales. Esta escena interna patógena comienzan a forjarse ya en la matriz de identidad (escena primigenia)¹ y dificulta la adecuada elaboración de la fase evolutiva o matriz de la brecha fantasía - realidad, condicionando de modo sustantivo las relaciones con los personajes de la matriz familiar y de las matrices sociales.

Las consecuencias son, en diferente grado de intensidad, una profunda vivencia de abandono y/ o rechazo/ agresión, con la construcción de barreras defensivas como: "no entregarme", "miedo a la relación", "huida de posibles rechazos" y otras; y, como consecuencia, una huida a la fantasía - mal diferenciada de la realidad - y conductas antisociales o disociales. Estos temores llevan también al deslizamiento de las relaciones del individuo desde el área del amor al área del poder¹.

Proveyendo en el espacio imaginario equivalentes simbólicos de aquellas matrices en que se produjo la herida psíquica se procura un re - crecimiento o una recreación sana que sustituye a los esquemas patógenos.

La rematrización se logra en el psicodrama en mi opinión por varias vías:

- a) Un grupo conformado como un buen espacio o matriz de crecimiento se constituye en un espacio simbólico inconsciente que remite a una buna madre, a una familia adecuada y a una sociedad realista. La pertenencia a un grupo de estas características y la permanencia en este medio un tiempo suficientemente prolongado equivalen a una reviviscencia, con nuevas y mejores experiencias, de aquellas matrices de identidad. En este sentido formas del psicodrama como el teatro de la espontaneidad ya pueden ser claramente terapéuticas¹.
- b) Si dentro de un grupo de las anteriores características se llevan a cabo actos dramáticos de escenas que remiten a la infancia, sean "reales", imaginarias ó simbólicas (y éstas casi siempre centradas en etapas preverbales), o

ejercicios y juegos simbólicos de las mismas referencias la capacidad rematrizadora se multiplica.

- c) Las dramatizaciones de situaciones actuales remiten a situaciones condicionantes del pasado e inciden terapéuticamente en estas. La terapia horizontal elabora en el aquí - ahora de modo inconsciente las situaciones más antiguas, reforzado ello porque el terapeuta representa simbólicamente los primeros yo - auxiliares, es decir la madre y padre (o sustitutos).
- d) El role - playing terapéutico pedagógico de diversas situaciones para lograr una mejor adaptación psicosocial a la familia, al trabajo, al mundo real actual del sujeto aporta, como dije antes, un perfeccionamiento de los roles correspondientes. Así se amplía y refuerza el yo operativo y en consecuencia se contribuye a una reestructuración de, al menos, los niveles latentes de primer orden de las escenas internas. Muchas veces conviene comenzar con esta labor de reforzamiento para poder soportar con menos dolor y riesgo de desestructuración y una disminución de las resistencias y permitir una intromisión en la intimidad del individuo para realizar una terapia vertical.
- e) Las técnicas específicas que conducen a una incidencia directa en las heridas primigenias ó técnicas de rematrización, propiamente dichas.

5 LAS TÉCNICAS DEL PSICODRAMA

Las técnicas que ahora describimos son aquellas que inciden de una manera directa sobre las heridas emocionales arrastradas desde la primera infancia. Son técnicas que abordan en lo imaginario de la escena psicodramática los esquemas o escenas internas patógenas, considerando, desde luego, que se hace con la cualidad subjetiva con que el sujeto la puede revivir en la actualidad. Se persigue una reconstrucción o rematrización que, si la actuación es fructífera, se supone que la modificación de esas escenas en sus consecuencias en la vida actual son lo suficientemente significativas a través de una profunda catarsis de integración para crear una nueva posición emocional, corporal, afectiva, actitudinal, axiológica y conductual del sujeto en todas las áreas de su ámbito vital.

En nuestra práctica diaria hacemos extensiva esta estrategia terapéutica cada vez a mayor número de pacientes y no sólo en terapia bipersonal (individual) sino también en el seno del grupo. Lo hacemos así porque al profundizar encontramos que las heridas primigenias aparecen en el cimiento de la mayoría de los cuadros que tratamos y no solo en los síndromes considerados habitualmente "graves".

Estas técnicas han sido promovidas y desarrolladas con especial interés por psicodramatistas brasileños (J. Fonseca Filho¹, R. Cukier¹) y argentinos, como D. Bustos¹. Es una práctica habitual en nuestro centro (Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama, I.T.G.P.) y su enseñanza a nuestros alumnos, que las incluyen en su trabajo diario (T. Herranz, Leandro Palacios, Pilar Blanco, Miriam Soler, etc.).

Al ser técnicas aún demasiado poco extendidas y conocidas voy a describirlas con los matices con que nosotros las utilizamos.

Estas técnicas pueden aplicarse como hemos indicado tanto dentro del proceso de una terapia bipersonal como de una terapia grupal. Necesito aclarar que, desde la perspectiva del psicodrama sistémico, desarrollado por E. López Barberá y yo mismo desde hace más de 10 años¹, esta diferenciación entre individual y grupal es inválida, ya que la díada terapeutas/ paciente no deja de ser un sistema de dos elementos en relación y por ello nos atrevemos a considerarlo como un grupo. Se puede pues prescindir de los pequeños matices diferenciales que supone su utilización en cualquiera de estos dos modos de terapia y centrarnos en lo que realmente consideramos importante y que opino es el proceso a seguir en cada una de las técnicas que busca restañar y cerrar las heridas del infante. Insisto una vez más que estas heridas de la infancia nunca pueden aparecer de un modo exacto a como ocurrieron en su día. Tenemos que huir de la fantasía de que esto es así cuando trabajamos con escenas regresivas. Lo que aparece aquí - ahora es lo que persiste como aprendizajes inadecuados y el correlato de respuestas también inadecuadas, siempre influido y modificado por las numerosos avatares biográficos vividos por el sujeto desde esas edades hasta la actualidad.

En la estrategia de aplicación de las técnicas de rematrización suelo distinguir varias fases o pasos, que es preciso contemplar con amplia flexibilidad.

Una primera elaboración terapéutica de los reflejos patológicos actuales más superficiales del foco último y profundo. Lo que hacemos es procurar ayudar al sujeto a perfeccionar y ampliar su abanico de roles con la finalidad de que desarrolle un yo operativo más sólido, fuerte y espontáneo en sus actividades y conductas cotidianas. Esta ampliación de su abanico de roles, conseguido a través de x vueltas de espiral de su proceso metadramático¹ refuerza la seguridad en sí mismo, una vivencia de poder moverse y jugar su vida con una nueva soltura y un mayor potencial subjetivo y objetivo de recursos relacionales y habilidades sociales, aunque hayan quedado sin tocar sustancialmente sus disfunciones nucleares. En resumen, se trata de conseguir en esta primera etapa un manejo mejorado de sus relaciones familiares, laborales, sociales, etc., aceptando la persistencia de las dificultades que atañen a sus más antiguas heridas. En esta fase:

1. Las dramatizaciones solemos montarlas a nivel horizontal, en el sentido antes descrito. Se juega en el aquí - ahora, aunque formalmente puedan expresarse desde los planos "real", imaginario o simbólico y remitir a pasado, presente ó futuro.
2. Se persigue aumentar el monto de espontaneidad del sujeto a través de los aspectos más lúdicos del psicodrama.
3. Se maneja con abundancia el role- playing pedagógico terapéutico.

4. Se procura evitar inmersiones prematuras a través del psicodrama vertical por el doble riesgo potencial sea de reforzar las resistencias a la toma de contacto con sus zonas de dolor, sea provocar una desestructuración no deseable tanto porque el sujeto tendría dificultades para integrar los contenidos emergentes provocando un cuadro de grave angustia, depresión, despersonalización, confusión, etc.. que puede llegar en el peor de los casos a la aparición de un brote psicótico y/ o por el contrario, en el "mejor" de los casos, la huida y abandono del tratamiento.

A partir de un cierto decurso que es indeterminable porque varía mucho de unos a otros pacientes de estar moviéndose mediante estas maniobras terapéuticas comienzan a aparecer signos de que el sujeto pudiera estar penetrando en una etapa en la que es posible una zambullida sea valiente y rápida o prudente y lenta. Estas señales las llamo positivas o negativas, aunque en ambos casos indican una opción de apertura a otros niveles biográficos.

Llamo positivas la vivencia de una mayor fortaleza y mayor seguridad y capacidad de resolución en las variadas áreas de relación psicosocial en que se mueve el sujeto y negativa, paradójicamente, a una cierta inquietud, ansiedad, pesadillas repetitivas que remiten simbólicamente a la relación diádica temprana, así como sus propuestas de dramatización de escenas con la madre, la pareja a la que han transferido con independencia del género la imagen maternal, y otras de la misma índole. En este punto considero que se dan las circunstancias para intentar profundizar a través de un psicodrama vertical. Ayudar a tomar contacto con las escenas latentes que subyacen a aquellas escenas manifiestas que el protagonista propone. Escenas con diversos personajes de su átomo social pero que simbolizan, repito, los modos vinculares de las escenas ocultas nacidas de las heridas de las primeras escenas construidas en su biografía.

El último paso es la exteriorización en el drama terapéutico del niño herido, es decir, la afectación en el niño del abandono y/ o la agresión, sus efectos directos y las posiciones defensivas que construye en estas arqueológicas etapas para intentar evitar el ahondamiento de las heridas, el riesgo a sufrir nuevas situaciones hirientes.

Con frecuencia el sujeto es consciente de lo que sufrió en su infancia, lo puede recordar desde más o menos los tres años de edad, pero de lo que no suele tener conciencia es de su reacción defensiva, de los muros que ha construido para lograr un encastillamiento que lo salvaguarde de nuevos ataques a sus sentimientos.

Este proceso de inmersión se puede realizar en psicodrama por varias tácticas terapéuticas pero, en mi opinión, hay dos vías de privilegio, *la dramatización regresiva en escena abierta y el psicodrama interno*.

En la *dramatización regresiva* se comienza por la puesta en escena de una situación, casi siempre actual, que muestra su implicación disfuncional con

alguna persona de su entorno próximo, del primer círculo de la gráfica de su átomo social.

Ya hace un tiempo que el sujeto ha tomado contacto (paso B) en algunas dramatizaciones con sus angustiosos temores a ser abandonado, rechazado o agredido por las personas a las que desearía acercarse afectivamente. Una nueva dramatización de una escena real o imaginada, sea con yo - auxiliares en contexto grupal, sea un simple encuentro silla a silla en una terapia bipersonal va a servir como caldeamiento para un segundo momento. En esta dramatización preparatoria se suele producir una abreacción que se atiene a uno de los dos tipos de herida mencionados. O expresa con fuerza y acusa al antagonista de que no le quiere, que no le valora ni deposita su confianza, que se siente dejado de lado, desvalorizado... toda la gama de formas de expresar la vivencia de falta de amor o bien protesta de su percepción de rechazo, de críticas hirientes, de muestras de hostilidad, de sufrir vejaciones y la descarga de la ira ó de agresiones físicas.

Ante estos reproches es preciso recordar que también nuestro paciente ha contribuido a buscar o, al menos, provocar o acrecentar estas respuestas del otro ya que desde su desconfianza, su temor, su cerrazón o cualesquiera otras conductas incómodas provoca la creación de un círculo relacional cada vez más incomodo, más acre y más centrado en lo que denomino el área del poder. De todos modos este factor, aunque de gran relevancia para la comprensión y tratamiento del sujeto preferimos no destacarlo en este momento.

Volviendo a nuestro bien caldeado paciente, sin detener su discurso le sugerimos que se concentre, incluso cerrando los ojos, y que deje acudir a su imaginación otras situaciones en que ha vivido una relación con los mismos contenidos emocionales, en que ha ocurrido algo análogo... No es infrecuente, mas bien es lo habitual, que exclame "¡Es lo que me pasaba con mi madre!" u otro yo - auxiliar significativo de su infancia. De modo espontáneo o a instancia de nuestras preguntas perfila y concreta lo que rememora como ocurrido en la infancia. Al preguntarle a qué edad se refiere suele situarse entre los cinco y los ocho años.

Se le propone abandonar la escena anterior y pasar a una escena con el nuevo personaje que ha surgido. Puede que sea la madre también la pareja parental, sólo el padre o, como dijimos, cualquier persona que ocupó en su día el lugar más significativo en su formación vital. Como no nos remitimos a un hecho o "situación traumática" puntual sino a un continuum de un modo de relación es igual que el sujeto centre el acto dramático en una escena concreta que la vive como relevante y que en realidad viene a ser el común denominador de la historia ó una escena imaginaria que resume los modos relacionales vividos en esta misma historia. En un cambio de roles - aunque sea con un objeto, en terapia bipersonal, que represente al antagonista - hablará y se comportará desde el contrarol como lo hacía ese personaje. Esta expresión es el aquí - ahora del pasado subjetivo del paciente. Ya puede volver a su rol, dado que en el cambio de roles ha recibido el estímulo de las pautas vinculares patógenas, y

responder lo que no pudo decir en su momento, cuando niño. Aquí, con o sin descarga abreactiva es cuando de modo más claro se inicia el proceso de desestructuración – reconstrucción de la catarsis que va produciéndose.

En un nuevo paso se le propone un nuevo cambio de roles, sea con un yo - auxiliar o con un gran y cálido cojín para tomar el rol de una "madre"; se aclara que no es el rol de su "madre" sino de la madre que él quiere y puede proveer para ese niño (que es él mismo). Que actúe con el niño desde una madre, que responda a su dolor, a su tristeza, a sus protestas, a sus demandas...

La finalidad es re - crear el rol de "madre" para lo que los contenidos del rol psicodramático "madre" son fundamentales para el encuentro y sustitución del rol social "madre". Crea y reintroyecta un nuevo modelo de este rol, constituyéndose una nueva y más adecuada escena interna. Así continua el proceso catártico que esperamos devenga en la rematrización.

La vuelta a su rol de niño permite el encuentro con esa nueva madre, la apertura a un nuevo modo vincular intrapsíquico y relacional.

Pero aún queda un paso trascendental. Dijimos que el niño en esos años respondió a las heridas que recibía creando unas barreras defensivas para intentar evitar nuevos daños. Pero lo terrible es que esas mismas barreras inconscientes significaran posteriormente la instauración de graves dificultades en la relación afectiva. Ahora es el momento de ayudar a tomar contacto con estas defensas, lo que Rosa Cukier¹ denomina el "compromiso consigo mismo". En este momento se suele sorprender al protagonista cuando ve emerger esta postura reactiva. Puede comentar, emocionado, "ahora no necesito huir de querer a alguien, porque no tengo miedo al daño, porque puedo defenderme cara a cara". Conviene reforzar la integración consciente y emocional de ese "compromiso" y de las posibles nuevas pautas de respuesta para completar la catarsis total, lo que en este caso denominamos rematrización.

Hay que reconocer que aunque ocurre en ocasiones no siempre se logra esta rematrización de las escenas profundas en una sola sesión: en estos casos habrá que repetir estas pautas en las sucesivas vueltas de la espiral terapéutica.

La segunda vía de elección en nuestro sentir en el psicodrama interno. El creador es José Fonseca Filho¹ aunque este menciona a A.C.M. Godoy como el terapeuta que originariamente comenzó a realizar dramatizaciones "imaginando escenas", así como a Dalmiro Bustos que pide a los pacientes cerrar los ojos para imaginar la escena a dramatizar. A Rosa Cukier la consideramos una maestra en la utilización del psicodrama interno en la búsqueda de este tipo de rematrizaciones¹.

La realización del psicodrama interno se beneficia de un buen caldeamiento dentro de una adecuada relajación. Se suele practicar con el paciente acostado

pero también es posible estando cómodo en un buen sillón y nosotros lo hemos experimentado acostado en el suelo e incluso de pie.

Como decimos, conviene que el sujeto esté convenientemente caldeado para su inmersión en situaciones de este tipo porque, aunque no sea consciente de la escena latente y del dolor que comporta, puede, en caso contrario presentar una gran resistencia a dramatizar. Sí es consciente el terapeuta por la lectura de la escena latente a través del discurso verbal y corporal manifiestos.

Nosotros comenzamos solicitando que cierre los ojos y que procure relajarse, a lo que le ayudamos con sugerencias de peso corporal, hormigueo en las extremidades, sensación de descanso y sueño, etc., variando según la receptividad del paciente a unos u otros mensajes. Cuando captamos lo que suponemos una relajación suficiente le preparamos a lo que va a ocurrir advirtiéndole que se trata de "algo así como crear un sueño despierto", "que en este sueño todo es posible, que puede ser tan absurdo, tan extraño y surrealista como los ensueños nocturnos". Al ver aceptada implícitamente esta propuesta le sugerimos que imagine, en primer lugar, en qué espacio físico se encuentra y que lo exprese en voz alta: surgen respuestas muy variadas "en el campo", "flotando en el cielo entre nubes", "en la playa", "en mi habitación", etc., que dan ya una información contextual. Ya situado en el espacio creado por su imaginación inquiero si está solo o hay también otros personajes. Vamos viendo que, como en los ensueños nocturnos, el sujeto es simultáneamente actor y observador de la acción. Si dice que hay otras personas, (u otros personajes, sean animales, vegetales, objetos) se le impulsa a crear una acción en que estén implicados el protagonista y el otro u otros personajes y lo vaya refiriendo en voz alta. Si se ve solo se induce la creación de otros personajes con frases como: "al mirar a tu alrededor ves alguien que se acerca desde la lejanía ¿quién es?, o, ¿qué ocurre?...". iniciándose la acción interna. Las intervenciones deben tender a movilizar la creatividad del paciente, a facilitar su autoría de las secuencias que van apareciendo. Rara vez es deseable introducir personajes y acciones nacidas de la imaginación del terapeuta. El "sueño" se continua hasta que se logra una toma de conciencia, o mejor, una catarsis de integración.

Ilustraré lo anterior con un psicodrama interno muy breve pero muy sustancioso.

≈ Se trata de C.M.D., varón de 32 años, que acudió a la consulta con una grave ludopatía. Había estado anteriormente durante tres años en una terapia cognitivo - conductual que le había permitido ya ciertos logros, importantes para él. Tal como comentó: "aprendí lo que me pasaba, a saber que esto era una enfermedad y a manejar mejor mi control", pero añadía, "pero ahora, a los tres años esta terapia no me dice nada", "estoy parado".

Se inicia una terapia psicodramática bipersonal ante la que se muestra muy escéptico en las primeras sesiones, comparándola con su anterior

experiencia terapéutica en la que le daban pautas a seguir. La frecuencia es de una sesión semanal de 50 minutos.

En los primeros cuatro meses ha logrado cambios significativos. Puede frecuentar bares y otros locales donde tienen máquinas de juego y rara vez "cae en la tentación". La línea en que se movía anteriormente era la de evitar estos locales excepto alguna ocasión puntual en que entraba a "hacer ejercicios de control". Todo esto según sus palabras.

Sobre estas fechas saca a colación que la mujer de un íntimo amigo suyo acaba de tener un niño y se extiende sobre este tema, con verdadero interés y cierta emoción. Me parece que es el momento adecuado para sumergirnos en el tema niño/ madre, pero a través de una de estas técnicas de encuentro profundo, no dramatizando la escena real. Tras caldear un poco más a través de la conversación le propongo acostarse en la tumbona y relajarse, siguiendo los pasos descritos más arriba. Al sugerirle la imagen de un espacio responde de inmediato: "una gran playa desierta... estoy solo", termina con un matiz de tristeza en la voz. Le indico "ahora aparecerá alguien..." y tras una breve pausa: "sí, veo un punto en el horizonte. Es alguien que se acerca andando... es un niño pequeño" ¿qué edad tiene? "Cuatro o cinco años", ¿y de quién es la cara? Pregunto de sopetón. "¡Es la mía!" se acerca a mí! Responde con sorpresa, y continua: "Le veo triste, solo y asustado. Quiero cogerlo, abrazarlo". Le entrego un cojín grande, lo abraza con fuerza y le habla (al niño/ cojín) con tono cariñoso, en voz muy baja, casi inaudible. Se pueden adivinar frases como "yo te ayudaré", "podrás aprender a ir por la playa, a gusto contigo mismo.. por donde sea", "no eres débil". Poco a poco queda ensimismado.

Le propongo ahora que tome el rol del niño, es decir un cambio de roles con el cojín. Desde este rol de niño espeta, con una cierta entonación infantil: "No quiero andar solo, quiero que me protejas como hacía mamá. Ella siempre me decía lo que tenía que hacer y yo estaba siempre con ella en casa...". Continúa con variantes de este discurso durante cierto tiempo. Deshago el cambio de roles y de nuevo en su rol de adulto habla al niño (cojín, objeto intermediario) con voz más audible y firme: "yo te voy a querer de otra manera... voy a estar contigo de otra manera... confiando en ti, dejándote ser tú mismo y no necesitando siempre alguien que te ayude ó que te mime". Todo esto se desarrolla en un ambiente onírico, con fuerte contenido emocional, C.M.D. no ha abierto los ojos en todo el tiempo. Pero llegado un tiempo, calla, abre los ojos, me entrega el cojín y dice lacónicamente, "esto ha sido muy importante para mí".

Esta sesión significó un punto de inflexión en el curso de la terapia. A partir de aquí no volvió a jugar y ya "sin necesidad de controlarme". Ya no necesitaba sustituir "su mamá" por otra satisfacción simbólica vicariante.

En esta breve descripción quiero destacar los dos factores que considero más importantes para el tratamiento de un tipo de heridas que se inician ya en la

primera infancia y que, debido a variantes circunstanciales, aparecen en el origen de diversos síndromes patológicos entre otros en la mayoría de las personas adictas, en las que su "juego adictivo" sean sustancias, ludopatías o cualesquiera, aparece como una satisfacción sustitutiva, como una vía para obtener "bienestar sin riesgos", aunque parezca paradójico porque es mucho mayor el riesgo de la adicción que el de romper las defensas y arriesgarse al dolor que puede surtir la realidad en el terreno afectivo. He citado dos factores relevantes, y ha quedado claro que el primero es la "herida infantil" nacida de la pertenencia a un sistema que no le ha aportado el amor y confianza necesarias para su seguridad o por haber recibido un rechazo, una agresión, también continuas. La sobreprotección, como mecanismo parental compensatorio lleva al encuentro con esa falta subyacente de amor.

El segundo factor es la barrera defensiva que organiza el niño frente a cualquiera de esas fuentes de dolor, de freno al crecimiento. En palabras de Rosa Cukier es la "promesa" que se hace a sí mismo el niño de no volver a caer nunca más en la trampa de ese tipo de relación.

Como hemos visto, las técnicas psicodramáticas que proponemos utilizar persiguen el encuentro con las heridas infantiles, la opción de una nueva vivencia familiar a nivel imaginario en las matrices de identidad y el derribo de los recursos defensivos por ser ya inútiles. Pero queda un último paso en el proceso terapéutico, paso no siempre necesario pero sí conveniente. Se trata de encontrar y fortalecer nuevos roles, nuevas vías, para desenvolverse en los nuevos campos de acción que se abren tras la rematrización. Se podría abandonar este paso a la experiencia cotidiana pero desde nuestro modelo preferimos apostar vías de ensayo y aprendizaje en lo imaginario extrapolables, con un nuevo monto de espontaneidad a esa experiencia diaria.

Esta etapa se apoya en el uso del role - playing pedagógico psicodramático (RPPP) que de modo muy sucinto podemos decir que consiste en un entrenamiento altamente sofisticado en el ejercicio de roles nuevos ó perfeccionados. Se incluyen técnicas psicodramáticas como el soliloquio, doble, espejo, cambio de roles, escultura y multiplicación dramática, entre otras. Este entrenamiento busca el desarrollo de los aspectos constitutivos de los roles deformados o insuficientes y el aumento del factor e (espontaneidad). Se hacen suceder, de preferencia grupalmente, ensayos repetidos, variados y multiplicados de los modos de actuar en las posibles situaciones que se pueden presentar en la vida del sujeto, insistiendo que en la apertura a nuevas pautas no se caiga en nuevos estereotipos rígidos sino que se provea de una flexibilidad y espontaneidad para responder de un modo adecuado a cada nueva circunstancia.

Considero que hay muchas modalidades para enfocar el tratamiento de las adicciones y que es preciso cubrir muchos aspectos que no corresponden al espacio de esta comunicación. He querido limitarme a unas técnicas muy concretas y que considero pueden ayudar en esta labor tan difícil de la lucha contra este grave problema.

Bibliografía:

J.L. Moreno fue el primer autor que utilizó la expresión psicoterapia de grupo en el año 1932.

dentro de este año 2000 se edita, por Descleé de Brower, un tratado de Role-Playing, "Introducción al role- playing pedagógico" de P. Población y E. López Barberá.

Población, P. "La escena primigenia y el proceso diabólico". *Informaciones Psiquiátricas*, nº 115, 1er. trimestre, 1989.

Población, P. "La antinomia amor- poder". Comunicación presentada en la XV Reunión Anual de la AEP, Barcelona, 1999.

Aguiar, M.: "Teatro espontâneo e psicodrama", Ágora, São Paulo, 1998.

Fonseca Filho, J: "Psicoerapia de Relcâo", Ed. Ágora, São Paulo, 2000.

Cukier, R.: "Cómo sobreviven emocionalmente los seres humanos", 9º Congreso Brasileño de Psicodrama, 1994.

Bustos, D: "Nuevos rumbos en psicoterapia" Ed. Momento, B. Aires, 1985.

López Barberá, E.: "Integración de la terapia estructural y el psicodrama como modelos de comprensión de los sistemas psicosociales", *Rev. Vinculo* , Vol. 1, Madrid 1990-91.

Población, P. "El Metadrama, el metamodelo en Psicodrama". *Cuadernos Larda*, nº 32 Argentina, La Plata.

Cukier, R.: "Psicodrama bipessoal", Ed. Ágora, São Paulo, 1992.

Fonseca Filho, J.op.cit , 2000

Cukier, R. Op.cit.

4.3 Maltrato en la mujer adicta: análisis para la intervención.

Francisco Javier Rodríguez Díaz, Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo. Luis Rodríguez Franco y María Angeles Antuña, Departamento de Personalidad, Evaluación. y Tratamiento Psicológico. Universidad de Sevilla.

La violencia doméstica se define como el uso intencional de la fuerza física, psicológica o sexual de un miembro de la familia o familiar cercano para controlar a otro. Los actos violentos incluyen una multitud de variaciones como la intimidación verbal, emocional y/o física a través de comportamientos muy variados que oscilan entre los más evidentes, como la agresión física directa a otros de mayor grado de sutileza, aunque no de perversidad, como son la destrucción de posesiones, de relaciones interpersonales previas, de objetos de valor sentimental entre muchos otros.

Una de las cuestiones primordiales que interesa aclarar es la propia definición de violencia doméstica. De igual manera, entendemos que en ella deben aparecer ciertos indicadores básicos para diferenciarla de otros modos de violencia:

1. Sensus estricto, no nos referimos con violencia doméstica, maltrato familiar y sus combinaciones, a la aparición puntual, esporádica o circunstancial de actos violentos en el seno familiar.
2. Tampoco se limita, al menos no únicamente, a la expresión de conductas violentas originadas por la existencia de una reconocible psicopatología existente en el agresor (como el caso de una psicopatía, alcoholismo crónico y muchas otras) o en la víctima (trastornos de la esfera del masoquismo y otros). O al menos habría que considerar la existencia de numerosos casos en los que aparece el maltrato doméstico y en los que estas referidas circunstancias no se hallan presentes.
3. Por otro lado, aunque los medios de comunicación, al menos en España, han puesto en evidencia la presencia de la violencia doméstica de maridos hacia sus cónyuges, en la explicación que se haya de formular, hay que considerar inexcusablemente el hecho de considerar que la violencia doméstica no se dirige sólo hacia la mujer, sino que maridos, novias y novios, ancianos, hijos y recién nacidos, entre otros, son también objeto de maltrato.
4. Igualmente habría que considerar al agresor, que consecuentemente a lo anterior, aunque epidemiológicamente destacan los varones, existen casos documentados de la existencia de otros miembros, aunque con menor

frecuencia, son los promotores de la violencia (con casos de muertes incluidos), entre los que destacan mujeres, hijos, madres e incluso alianzas familiares.

5. Finalmente, habría que considerar que la violencia doméstica es más bien un proceso de relaciones anómalas, discontinuas y duraderas entre familiares en el que se logra identificar actos episódicos puntuales que son el reflejo de tal proceso. Por tanto, los procesos psicológicos que permitan explicar esta dinámica de victimización, no necesariamente deben coincidir con aquellos que motivan la presencia de los actos violentos. Tan sólo de esta forma es explicable y explicada la violencia doméstica.

Estos indicadores nos permiten, a su vez, verificar y destacar la enorme complejidad del proceso de violencia doméstica, sobre el que, por tanto, no cabe elaborar preguntas simples o explicaciones simplistas. Igualmente, otro tanto de complejidad es el que caracteriza a las adicciones, especialmente al alcohol, que es la sustancia de la que mayor información se ha recogido en este campo con una diferencia notoria en relación a otras, como el caso de la heroína y cocaína y, por ejemplo, el caso de los pacientes seropositivos o con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En consecuencia, las relaciones entre adicción y violencia familiar son necesariamente complejas y adelantamos que no disponemos en la actualidad de respuestas simples ni unánimes aplicables a todos los casos.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS DE UN VIEJO PROBLEMA PARA UN NUEVO RETO

Afortunadamente, cada día vamos disponiendo de mayor información acerca de la prevalencia del maltrato, siendo los datos a nivel mundial espeluznantes. Así, según el informe *El Progreso de las Naciones* de la **UNICEF** (1997):

- Entre el 25 y el 50% de las mujeres del mundo han sufrido agresiones físicas por parte de un compañero íntimo.
- Solo 27 países tienen leyes contra el acoso sexual y sólo 27 consideran un crimen la violación en el matrimonio.
- Una de cada siete mujeres son víctimas de agresión sexual (violación), como mínimo una, a lo largo de la vida.

Siguiendo con informes de Organizaciones Internacionales, la **ONU** (1998) informa que:

- En Francia el 95 % de las víctimas de la violencia son mujeres (de las que el 51% lo es a manos del cónyuge o amante).

- Se calcula que en diversos países de África 80.000.000 de niñas han sufrido mutilación sexual.
- En la India, por controversias de dote se queman diariamente a cinco mujeres.

La Organización Panamericana de la Salud (1993) y el Bureau of Justice Statistics (1994) aportan datos provenientes de otras latitudes no más esperanzadores:

- Entre el 45 y el 60% de los homicidios contra las mujeres se realizan dentro de su propia casa.
- Los intentos de suicidio son 12 veces más frecuentes entre mujeres que han sufrido violencia doméstica.
- En más de cien países no hay representación parlamentaria de las mujeres, habiendo únicamente sido elegidas tan sólo 24 mujeres como jefe de estado o de gobierno en este siglo.
- En los EEUU, una mujer es maltratada cada 15 segundos, al menos el 30 % de las mujeres que han sufrido traumatismos (excluyendo los debidos al tráfico de vehículos) han sido ocasionados por la violencia doméstica; las agresiones físicas ocurren entre el 8 y 13% de todos los matrimonios en los que dos tercios reinciden; En 1992, 1414 mujeres fueron asesinadas por sus familiares.

En España, las denuncias por malos tratos oscilan en torno a las 16.000 anuales (Castañar, 2000; EFE, 1998): 16.609(1992), 15.908(1993), 16.384(1994), 16122 (1995), 16.378 (1996) y 16.194 (1997). Aparece el equivalente a un caso de malos tratos cada quince segundos y una mujer muere cada diez días (al denunciarse sólo el 15% de las agresiones, tal número debería multiplicarse por siete según estimaciones policiales). En otro orden de cosas, las casas de acogida tienen alrededor de 500 mujeres amenazadas de muerte, siendo el 55% de estatus bajo – medio y un 10% de medio – alto o alto (Cuesta, Fontanil, López Muñiz, Herrero y otros, 2000; Fontanil, Méndez, Cuesta, López Muñiz y otros, 2001; López Muñiz, 2001; Lorente Acosta y Lorente Acosta, 1998; Torres y Espada, 1996).

Entre las mujeres víctimas mortales, el 60% el agresor es el cónyuge, 16% por la madre, el 17% por otros familiares y, finalmente, el resto por los propios hijos. En el mismo caso, pero referido a víctimas mortales varones las proporciones varían en su distribución, resultando que el 50% son asesinados por otros familiares, el 20% por los padres, 15% por el cónyuge y el resto por los hijos (Cuesta, Fontanil, López Muñiz, Herrero y otros, 2000; Defensor del Pueblo, 1998; López Muñiz, 2001).

El Instituto Vasco de la Mujer (1998), el Defensor del Pueblo y el estudio realizado por Cuesta y otros (2000), en el Principado de Asturias, confirman y agravan la situación de las víctimas de la violencia doméstica: entre el 50 y el 75 % de las mujeres que padecen malos tratos domésticos continúan con la pareja que se los causan; tal situación ya se identifica, a su vez, al inicio de la relación, en el noviazgo o al principio de la convivencia, aumentando posteriormente de una manera progresiva. Las estimaciones más realistas vienen a promediar, como un mínimo, 10 años de convivencia con el maltratador. Las repercusiones en lo que se refiere a la rehabilitación y reinserción tanto de la víctima como del agresor son evidentes, como comentaremos más adelante.

EXPLICACIÓN DE LA CONDUCTA DE MALTRATO FAMILIAR

Como referimos al inicio, no caben explicaciones simplistas a fenómenos complejos, como es el caso que nos ocupa. En la actualidad se considera que la violencia doméstica es el resultado de un complejo cúmulo de variables personales, psicopatológicas, educativas y sociales cuya combinación aparece de forma desigual en cada caso particular. Los esfuerzos por hallar un mínimo denominador común en los casos de maltrato se han encontrado con una casuística muy variada entre países o formas de llevar a cabo el maltrato. Adicionalmente, cuando se identifica o denuncia el maltrato, ambas partes han participado de unas vivencias en común (habitualmente años) que probablemente modifiquen las características de ambos: el propio proceso de interacción familiar facilita que el agresor se acomode en su papel y que la víctima vaya paulatinamente asumiendo su papel, lo cual dificulta la determinación de las características de los individuos proclives a convertirse en agresores o víctimas familiares antes de que el proceso se instaure.

Aún así se han tratado de hallar perfiles característicos (con las salvedades apuntadas) tanto del agresor como de la víctima, aunque nos referiremos aquí en concreto a la víctima (Defensor del Pueblo, 1998; López Muñiz, 2001):

- Baja autoestima.
- Sentimientos de culpabilidad por haber sido agredidas.
- Sensación de fracaso como mujeres, esposas y madres.
- Crisis de temor e incluso de pánico.
- Sensación de falta de control sobre su vida.
- Sentimientos encontrados (rabia por haber sido agredidas y, al mismo tiempo, creencia de que se lo merecían).
- Incapacidad para resolver su situación, debido a que sistemáticamente han sido controladas y dominadas.
- Mentalizadas para pensar que los golpes son algo normal en la relación con el otro sexo.

- Creen que nadie las puede ayudar a resolver sus problemas, excepto ellas mismas.
- Se sienten responsables por la conducta del agresor.
- Abrigan esperanzas irreales de que el cambio será inminente.
- Se vuelven aisladas socialmente.
- Padece situaciones de estrés, depresiones y alteraciones psicósomáticas.
- Basan sus sentimientos de autovalía en la habilidad de conquistar y mantener a un hombre a su lado, que generalmente le asegura el consumo.
- Subestiman el peligro de su situación.
- Aceptan la visión de la realidad, sin más, de su compañero.
- Piensan que no tienen derechos.
- Aislamiento social y busca supervivencia.
- Viejo sueño del poder transformador del amor, principalmente con alcohólicos o drogadictos.
- No reconoce la violencia y se hace parte de ésta.

Pero, en el estado de la investigación del maltrato, no cabe sólo la descripción del proceso. Se hace necesaria la explicación con vistas a poder determinar las estrategias de prevención e intervención más eficaces para reducir el problema. En esta línea, se han argumentado (no de forma unánime) varias hipótesis que tratan de justificar la permanencia de la violencia familiar. Entre ellas destacan:

- Feministas. Basada en la idea del control social de poder de género: el patriarcado absolutista es utilizado como sistema para mantener el poder y estructura en la familia.
- La tipificación sexista, entendida como la normalización social de la violencia de género, en el que la pareja asume y lleva a cabo papeles acordes con aprendizajes profundos adquiridos durante el desarrollo de la socialización.
- Modelo de disfunción familiar. Se defienden las formas de violencia como medio y alternativa a los escasos recursos de resolución de problemas del agresor y la víctima.
- Las formulaciones psicológicas son muy variadas y fluctúan desde modelos que defienden diversas pautas de aprendizaje, hasta otros procedentes de la dinámica sistémica, pasando por la presencia en agresores de víctimas de trastornos de diversa consideración (como los de la personalidad y por estrés postraumático) o entendida como el resultado de acontecimientos estresantes en la infancia o problemas emocionales de base.

En cualquier caso, aunque no disponemos en la actualidad de un modelo explicativo unánimemente aceptado, afortunadamente empiezan a aparecer algunos que, adoptan posicionamientos amplios y variados, como el asumido por nosotros (ver Figura 1). En este modelo asumimos la conducta violenta como aquella que *sirve para hacer daño o destruir a un elemento de su*

entorno, ya sea persona u objeto (Rodríguez, Grossi, Cuesta, Herrero y otros, 1999). Igualmente se postula que la vivencia en el hogar en el periodo de socialización, en la infancia, va a favorecer el integrar el maltrato en la normalidad de las vidas – aceptarla como algo natural-, conllevando ello a una interiorización de valores que la sostienen desde este proceso de socialización.

La realidad, así conformada y que venimos observando diariamente a través de conductas machistas, no tiene porque producir, generar conductas violentas de manera necesaria, aunque si debemos de aceptar la probabilidad de que degeneren en malos tratos psicológicos. En este contexto, una circunstancia favorable a la aparición del brote es la liberalización que viene a producirse en el comportamiento a través de las drogas, y en concreto del alcohol. De esta manera, estamos de acuerdo con McCaffrey (1999) cuando dice: *la gente que dice que el consumo de drogas es un crimen sin víctimas pasa por alto los hechos*. Es decir:

- Los que consumen drogas tienen un mayor peligro de incurrir en conducta criminal.
- El consumo de drogas es un factor propiciante de delitos graves, como homicidio, violencia doméstica y maltrato infantil.
- Más de la mitad de los crímenes se cometen bajo el efecto y la influencia de las drogas.
- La adicción a drogas hace que la mujer en el hogar tenga mayor probabilidad de ser asesinada por parientes próximos.

Estas realidades, y muchas más referidas en diversas investigaciones, nos llevan a mantener que existe una relación entre el abuso sexual y el maltrato físico en la infancia y el uso y abuso de sustancias psicoactivas posteriores. Así, y aún habiendo constatado que el consumo abusivo de alcohol es uno de los factores que se encuentra tradicional y habitualmente en actos homicidas, no sólo en el caso de la violencia familiar (Rivara, Mueller, Somes, Mendoza, Rushforh, y Kellermann, 1997), la determinación de la violencia doméstica, creemos, no puede explicarse adecuadamente como la simple consecuencia del uso o abuso de alcohol y otras drogas, ni puede ser comprendida fuera del contexto en el que ocurre (Paíno y Revuelta, 2001).

La investigación parece apoyar la hipótesis de que el abuso de sustancias es uno de los factores que promueve la violencia doméstica, considerando que otros elementos la acompañan y le dan forma, como la depresión, psicopatología, violencia en la familia de origen, normas sociales sexistas, especialmente contra las mujeres, conflictos conyugales (Collins y Messerschmidt, 1993; Hotaling y Sugarman, 1990; Tolman, y Bennett, 1990). Aunque el episodio étlico pueda disparar el episodio de violencia, la adicción en sí misma no le predispone a ser un agresor en la esfera de lo familiar. Esta

distinción es de suma importancia para tratar al maltratador, dado que la violencia no cesa necesariamente cuando finaliza el abuso de alcohol o de otras drogas.

En la actualidad, no cabe ni siquiera dudar acerca de la relación existente entre el abuso de drogas y la violencia doméstica, pero la cuestión fundamental en este sentido es tratar de describir el(los) tipo(s) de relación(es) que se establece entre ellos. La investigación ha encontrado una presencia simultánea, en tanto entre el 25 y el 50% de los varones que han cometido actos de violencia doméstica tienen problemas de abuso de sustancias (Gondolf, 1995; Kantor y Straus, 1989; Leonard y Jacob, 1987, entre otros). En una encuesta realizada por el Comité Nacional para la prevención del abuso infantil en los EEUU, coincidieron en tal aseveración, hallando que el 80% de los casos estaban asociados con el uso de alcohol y otras drogas (McCurdy y Daro, 1994).

A niveles más específicos, y de acuerdo con la distinción que planteábamos con anterioridad entre conducta y proceso de maltrato, la evidencia considera que la conducta de maltrato aparece con mayor frecuencia y facilidad bajo el efecto del abuso de sustancias. Así, por ejemplo, en un estudio practicado por el departamento de Justicia de los EEUU, se encontró que más de la mitad de los acusados de asesinar a sus esposas habían ingerido alcohol en el momento del incidente (BJS, 1994). En la misma línea, pero con otros tipos de maltrato, el 40% de los niños objeto de abuso consideran que sus padres tienen un problema de abuso de alcohol y que mostraban conductas abusivas más frecuentes cuando se embriagaban (Roy, 1988).

Datos de similar alcance son corroborados en la violencia doméstica cometida en nuestro medio, estimándose que un 50% de los agresores identificados por las víctimas consumen drogas (Cuesta Aguado, 1992; Castañar, 2000; Defensor del Pueblo, 1998). La cuestión paradójica, que se tocará más adelante, es que este tipo de consumo puede ser considerado un atenuante durante las declaraciones, tanto para el agresor como para el denunciante. En este último caso, forma parte del proceso de victimización y es uno de los factores que favorece la permanencia de la cohabitación con el agresor.

En la misma línea se sitúan los resultados del estudio de Sanmartin (2000), quien halla que el 35% de los padres que maltratan a sus hijos son alcohólicos, siendo del 30% en el caso del maltrato a la mujer.

Pero la relación entre abuso de drogas y maltrato no finaliza aquí: existe abundante documentación que nos indica la coexistencia de una relación inversa entre violencia doméstica y el consumo de sustancias. El haber padecido abuso infantil se ha asociado a una mayor probabilidad de abuso de sustancias posterior por quien ha sido víctima de él (Dembo, Dertke, LaVoie, Washburn y Schmeidler, 1987; Moncrieff, Drummond, Candy, Checinski y Farmer, 1996); o la consideración de que las mujeres alcohólicas manifiestan una mayor propensión a informar de historias de abusos en la infancia y

emocionales que las no alcohólicas (Hien y Scheier, 1996); más del 50 % de las mujeres que pasan por programas ambulatorios de abuso de sustancias psicoactivas refieren abuso sexual infantil, mientras que se cifra en un 30% en el caso de programas que conllevan hospitalización para el tratamiento. En este marco que nos ofrecen los datos queremos resaltar (Cerezo, Más y Simo, 1998):

- La mayor prevalencia en padres o madres con problemas de alcohol o drogas.
- La escasa relación positiva mantenida con los padres.
- La existencia de un sentimiento de alteración al haber experimentado tales experiencias.

Otros datos significativos, en el mismo sentido, indican que el abuso de sustancias no sólo favorece el proceso de maltrato, sino que mediatiza la forma en que se realiza: la problemática con el alcohol influye no sólo en el nivel de violencia experimentado por la mujer, sino también se encuentra asociado al maltrato físico, pero no al abuso sexual; el abuso de la cocaína, por el contrario, se relacionaría con el abuso sexual y no con el maltrato físico.

En una tercera línea, las adicciones y el maltrato se han puesto en relación basándose en las posibilidades de la víctima o de sus allegados de protegerse del agresor. Así, las mujeres que abusan del alcohol son más propensas a convertirse en víctimas de la violencia doméstica (Miller, Downs y Gondoli, 1989), más proclives a recibir indicaciones farmacológicas y a empezar a ser (drogo)dependientes de tranquilizantes, sedantes, estimulantes y analgésicos y a su vez son más propensas al abuso de alcohol (Stark y Flitcraft, 1988). E incluso se ha planteado que el padre (o madre) con abuso de sustancias es incapaz de protegerse a sí misma o a la víctima de maltrato del propio agresor (Faller, 1988).

IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Si a las dificultades propias que entraña el tratamiento de las personas con abuso de sustancias, le combináramos las que son características de la violencia doméstica, tendríamos una cercana idea del reto que supone el tema que nos ocupa a niveles de orientación terapéutica (Lee y Weinstein, 1997).

De destacar, aquí, es la labor de recopilación realizada por la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1997), dependiente del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU, análisis en el que se propone la utilización de un "protocolo" de actualización en estos casos y que puede consultarse íntegramente en <http://www.samhsa.gov>. Frente a ello, la relevancia de la intervención ha sido puesta de manifiesto a través de diversas

publicaciones en las que se recogen propuestas específicas de intervención en el campo de la violencia doméstica en que el abuso de alcohol es un problema añadido (o viceversa), como en el caso de Smith (2000).

Nuestro objetivo, con todo, no es destacar los programas de actuación disponibles, sino más bien exponer las que consideramos líneas conductoras de la intervención en casos de violencia doméstica en los que las adicciones o abusos de sustancias están mutuamente implicados. En este sentido, consideramos que la prevención es labor básica y fundamental y debe realizarse a nivel social más allá, aún, de una reforma institucional o del otorgamiento de seguridad a las víctimas. En este transcurrir queremos indicar como básica la estrategia educativa y la orientación de ésta en y hacia aspectos prosociales:

Introduciendo en la educación y formación de los jóvenes contenidos tales como tolerancia, solidaridad, convivencia, negociación, libertad, ..., Desde posturas críticas, y fomentando el desarrollo integral de la personalidad, al margen de la pertenencia a uno u otro sexo.

La orientación a sostener alrededor de los aspectos jurídicos y de organización judicial:

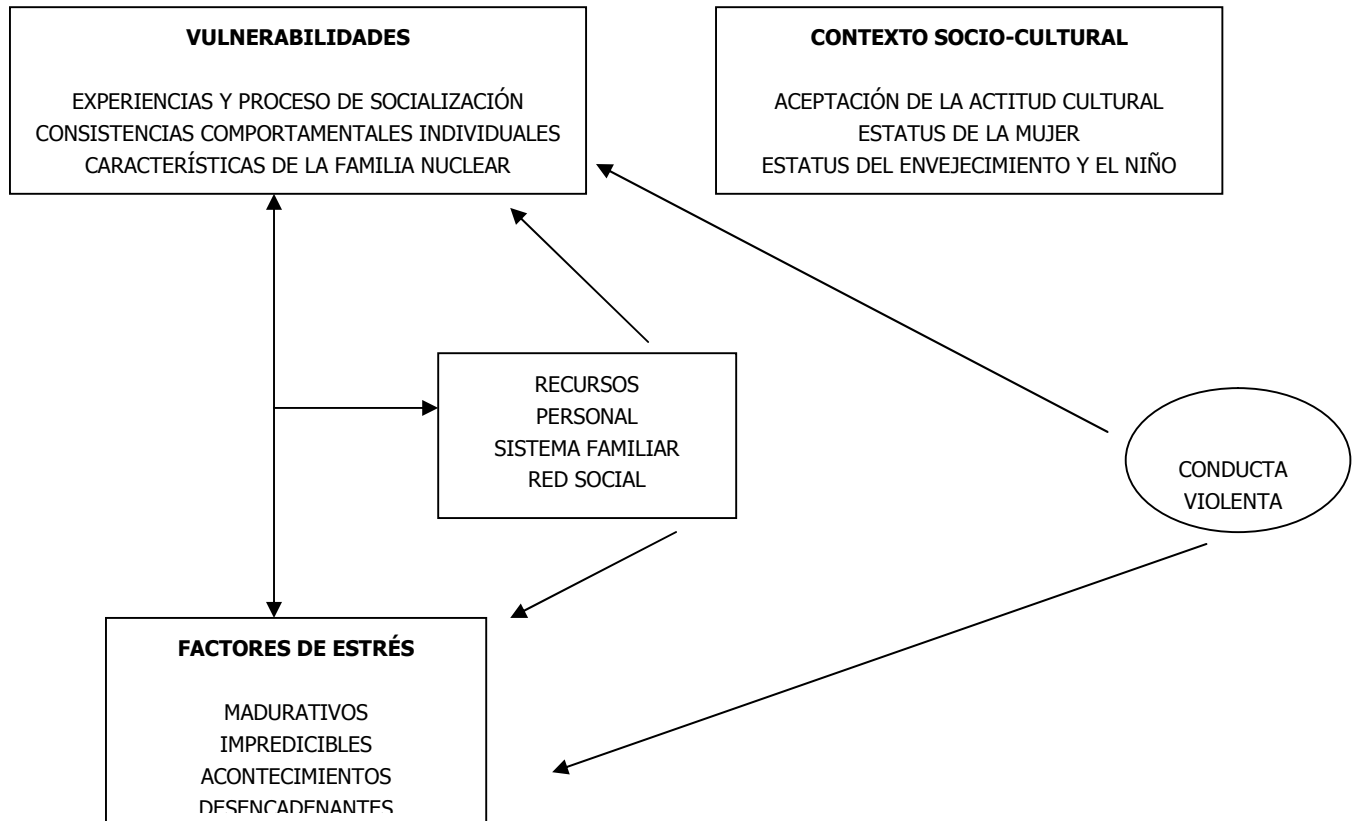
Mejorar la interpretación y aplicación que algunos tribunales realizan de los preceptos del código penal

Y, por último, los aspectos psicosociales que tenemos y podemos utilizar:

- Mejorar el apoyo y la ayuda de los servicios sociales a las víctimas, así como su coordinación a nivel administrativo y de intervención.
- Actuación en cuestiones policiales y socio-sanitarias, así como medidas asistenciales (acceso a vivienda de protección oficial, ...).
- Programas específicos (ambulatorios y en el medio penitenciario) de tratamiento para los agresores.

Estas líneas están asumiendo, pues, el conformar una estrategia bajo la visión hacia la cual orientar la intervención, al mismo tiempo que pretenden ser un aglutinante de acciones concretas en áreas de los Servicios Sociales que le competen para el logro de unos individuos más competentes, personal y socialmente, en nuestra comunidad. A pesar de ello, también hay que ser conscientes de que es necesario que contribuyamos todos a erradicar estas lacras (droga y violencia), que juntas van a conformar un desafío que se nos oculta, principalmente en la mujer.

FIGURA1. MODELO INTERACTIVO PARA EXPLICAR LA CONDUCTA VIOLENTA



Bibliografía:

- Bennett, L.W. (1995): Substance abuse and the domestic assault of women. *Social Work*, 40(6), 760-772.
- Bureau of Justice Statistics (1994): *Violence Between Intimates: Domestic Violence*. NCJ Pub. No. NCJ-149259. Washington, DC: Bureau of Justice Statistics.
- Castañar, J. (2000): La violencia doméstica ¿problema institucional o social?. *Revista Jurídica Electrónica del Abogado en Casa*. Sección Sociología Jurídica.
- Cerezo, M.A., Más, E. y Simo, S. (1998): *Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil*. Valencia: Memoria para la Dirección General de Servicios Social de la Generalitat Valenciana.
- Cuesta Aguado, P.M. de la (1992): Perfiles criminológicos de la delincuencia femenina. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2.
- Cuesta, M., Fontanil, Y., López Muñiz, C., Herrero, F.J., Méndez Valdivia, M. y Rodríguez, F.J. (2000). *Situación psicosociojurídica de mujeres maltratadas por sus parejas masculinas en el Principado de Asturias*. Oviedo: FICYT
- Collins, J.J. y Messerschmidt, P.M. (1993): Epidemiology of alcohol-related violence. *Alcohol Health and Research World*, 17, 93-100.
- Defensor del Pueblo (1998): *Violencia Doméstica contra las mujeres*. Madrid.
- Dembo, R.; Dertke, M.; LaVoie, L.; Borders, S.; Washburn, M. y Schmeidler, J. (1987): Physical abuse, sexual victimization, and illicit drug use: A structural analysis among high risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 10, 13-33.
- EFE (1998): Datos de la Policía. Madrid: EFE 1 de Abril.
- Faller, K.C. (1988): *Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case Management, and Treatment*. New York: Columbia University Press.
- Fontanil, Y., Méndez Valdivia, M., Cuesta, M., López Muñiz, C. y otros (2001). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. Un estudio sobre la violencia doméstica a través de los informes de mujeres sobrevivientes. *Psicothema. Monográfico de Psicología de la Violencia*.
- González, J.M. (1998): Abuso sexual infantil: un obstáculo para el desarrollo social. *Psicogente*, 1 (1), 38-40.
- González, J.M., Cepeda, J., Fonseca, L. y otros (1997): Estudio descriptivo de la sexualidad de 30 mujeres farmacodependientes de Barranquilla. Colombia. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 3 (1), 79-91.
- Gondolf, E.W. (1995): Alcohol abuse, wife assault, and power needs. *Social Service Review*, 69(2), 274-284.
- Hien, D. y Scheier, J. (1996): Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 227-231.
- Hotaling, G.T. y Sugarman, D.B. (1990): A risk marker analysis of assaulted wives. *Journal of Family Violence*, 5(1), 1-13.

- Kantor, G. y Straus, M.A. (1989): Substance abuse as a precipitant of wife abuse victimizations. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 173-189.
- Lee W.V. y Weinstein, S.P. (1997): *How far have we come?. A critical review of the research on men who batter*. En Recent Developments in Alcohol, 13, pp. 337-56.
- Leonard, K.E. y Jacob, T. (1987): Alcohol, alcoholism, and family violence. In: Van Hasselt, V.D.; Morrison, R.L.; Bellack, A.S. y Herson, M., eds. *Handbook of Family Violence*. New York: Plenum, pp. 383-406.
- López Muñiz, C. (2001): *Descripción de las características psicosociales de las mujeres maltratadas por sus parejas masculinas*. Oviedo: Proyecto de Investigación de Doctorado no publicado.
- Lorente Acosta, M. y Lorente Acosta, J.A. (1998). *Agresión a la mujer. Maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- McCaffrey, B. (1999): *La política antidrogas en EEUU*. Washington, D.C.: ONDCP (Oficina de Política Nacional de Control de Drogas).
- McCurdy, K. y Daro, D. (1994): *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the 1993 Annual Fifty State Survey*. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse.
- Miller, B.A.; Downs, W.R. y Gondoli, D.M. (1989): Spousal violence among alcoholic women as compared to a random household sample of women. *Journal of Studies on Alcoholism*, 50(6), 533-540.
- Moncrieff, J; Drummond, D.C.; Candy, B.; Checinski, K. y Farmer, R. (1996): Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 355-360.
- ONU(2000): *Cifras y datos que pensar. Situación actual de la mujer en el mundo*. México: Centro de Información de las Naciones Unidas.
- OPS (1993): *Informe sobre la mujer*. México: Organización Panamericana de la Salud.
- Paíno, S.G. y Revuelta, F. (2001): Maltrato y Delincuencia: ¿una relación devastadora?. *Psicothema. Monográfico de Psicología de la Violencia*.
- Rivara, F.P.; Mueller, B.A.; Simes, G.; Mendoza, C.T.; Rushforh, N.B. y Kellermann, A.L. (1997): Alcohol and Illicit drug abuse and the risk of violent death in the home. *JAMA*, 278, 569-575
- Rodríguez, F.J., Grossi, F.J., Cuesta, M., Herrero, F.J. y otros (1999). *Violencia y Competencia Social. Análisis y resultados de un programa de prevención en el aula de enseñanza primaria de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias*. Oviedo: Informe de Investigación para FICYT
- Roy, M. (1988): *Children in the Crossfire: Violence in the Home: How Does It Affect Our Children?* Deerfield Beach, FL: Health Communications, Inc.
- Sanmartín, J (1999): *La violencia y sus claves*. Madrid: Estudio para el Centro Reina Sofía.

Smith, J.W. (2000): Addiction medicine and domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(4), 329-38

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (1997): Substance Abuse Treatment and Domestic Violence: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 25

U.S. Department of Health and Human Services. DHHS Publication No. (SMA) 97-3163 (puede consultarse en <http://www.samhsa.gov>)

Stark, E. y Flitcraft, A. (1988): Violence among intimates: An epidemiological review. In: Van Hasselt, V.D.; Morrison, R.L.; Bellack, A.S. y Herson, M., eds. *Handbook of Family Violence*. New York: Plenum, pp. 159-199.

Tolman, R.M. y Bennett, L.W. (1990): A review of the quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 87-118.

Torres, P. de y Espada, F.J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar

UNICEF (1997): *El progreso de las Naciones* UNICEF

INTERVENCIÓN

4.4 Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina.

Leandro Palacios, psicólogo coordinador asistencial de la Fundación Instituto Spiral. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La adicción femenina continúa siendo en la actualidad una gran desconocida dentro del campo de las adicciones. Y además por partida doble pues, mientras por un lado muchas de las fórmulas terapéuticas que se han desarrollado se basan más en el(los) perfil(es) del adicto varón que en el estudio de las diferencias introducidas por el género en el abordaje de dicho fenómeno, por otro - y de un modo más global - los constructos epistemológicos y operativos sobre los fenómenos adictivos carecen actualmente de la aplicabilidad clínica de otras épocas debido a los cambios socioculturales acaecidos de unos años a esta parte.

La consecuencia más inmediata de esta situación es que, si bien los profesionales saben que una mujer adicta además de la adicción suele padecer problemas asociados al rol femenino tanto o más graves (incluso con un papel etiológico en aquella), no se han generado suficientes alternativas terapéuticas válidas para abordar tales cuadros patológicos, haciendo que la adicta acabe sumando a sus muchas dificultades la sensación de fracaso, de incomprensión y, por último, de incurabilidad.

Todo clínico sabe que no existen fórmulas magistrales ni universales para hacer terapia y que la especial naturaleza de un proceso como el psicoterapéutico implica el ajuste de los modelos y de las técnicas ya creadas a cada caso o bien la confección de nuevas maneras de proceder en función de la realidad que se asiste. En esta intervención intentaré orientar sobre dónde y cómo intervenir en la adicción femenina, sumando a las cuestiones ya conocidas sobre la terapéutica de las adicciones la perspectiva de un programa específico para mujeres, entendido éste no como un mero compendio de técnicas sino como un entramado de principios teóricos, objetivos prácticos, intervenciones a diversos niveles y de mecanismos de evaluación tanto clínicos como de calidad y recursos. El esquema, ya utilizado en una intervención anterior¹ que guiará el desarrollo de mi exposición es el siguiente:

- 1. La adicción no tiene género.**
- 2. La adicción influye en el género.**
- 3. El género influye en la adicción.**
- 4. La intervención se centra en lo adictivo.**
- 5. La intervención se centra en el género.**
- 6. Planos y técnicas de intervención.**
- 7. Conclusiones.**
- 8. Bibliografía.**

1- LA ADICCIÓN NO TIENE GÉNERO

En un mundo tan complejo y amalgamado como el nuestro, la búsqueda de lo específico y de lo diferencial posee un gran atractivo en todos los órdenes de la actividad humana. Si en pos de la necesidad de ofrecer novedades no nos resistimos a la tentación de separar lo inseparable, olvidaremos que nos enfrentamos a trastornos psicopatológicos cuya etiología en principio no se relaciona con el género del sujeto que la sufre. Utilizando un símil médico, parecería extraño hablar de la "gripe femenina" y de la "gripe masculina" como cuadros patológicos diferenciados tanto en su génesis como en su sintomatología, si bien sea lícito establecer diferencias entre ellos atribuibles a factores constitucionales de hombres y mujeres.

¹ Ponencia titulada "Género y Adicciones". IV Jornadas sobre Género y Psicoterapia . Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Madrid. 2000.

Además, la posibilidad de abordar terapéuticamente estos trastornos viene dada por las similitudes que presentan en quienes los sufren, ya que resultaría inviable en la práctica la confección de planes de tratamiento como los que precisan las adicciones en caso de que éstas resultasen ser fenómenos altamente idiosincrásicos. Usando otro ejemplo, en la hipótesis de que descubriéramos vida inteligente fuera del planeta, el verdadero problema para entrar en contacto con la misma radicaría en descubrir aspectos comunes entre nuestra cultura y la suya que posibilitaran la comunicación y la comprensión mutuas y no tanto en percibir las diferencias (que supongo resultarían evidentes).

En otras publicaciones de nuestro Instituto (C. Sirvent, 1991, 1992) a las que remito si se desea ampliar conocimientos a este respecto, se explica pormenorizadamente el modelo de referencia con que Spiral entiende y aborda las adicciones desde su fenomenología psicopatológica. Dicho modelo, como todos los modelos, pretende dar sentido a lo que le sucede a los adictos, organizar y establecer prioridades en el elenco de alteraciones psicológicas que experimentan y, a la postre, ofrecer un mapa para la intervención terapéutica (recuérdese no obstante que "el mapa no es el territorio" y que los mapas señalan el dónde pero no el cómo).

De manera muy extractada, postulamos que todo sujeto adicto sufre cuatro grandes trastornos (Desvitalización, Dependencia, Descontrol y Mistificación) de cuya interacción patológica emerge como resultante el cuadro adictivo global. A estos trastornos los denominamos en un primer momento **"Trastornos Nucleares"** (C. Sirvent, 1987) y posteriormente los hemos dado en llamar **"Áreas Básicas"** (C. Sirvent, 1991) a fin de señalar su cualidad de continentes de muchas otras alteraciones derivadas y de subrayar su importancia como focos de intervención. Según nuestra experiencia, de la eficaz superación de los trastornos de que venimos hablando va a depender gran parte del éxito - por no decir todo ello - del proceso terapéutico que emprenda la adicta.

2- LA ADICCIÓN INFLUYE EN EL GÉNERO

Observando cómo se comportan en la actualidad los grupos mixtos de adictos, en ocasiones resultaría difícil saber quiénes de ellos son hombres y quiénes mujeres si no fuera por su aspecto externo (y a veces ni aún así) dado que sus conductas resultan estereotipadas e iterativas en ambos casos. Ello es debido a que la adicción, una vez se instaura, destruye toda diferenciación sexual al atentar directamente contra los fundamentos más básicos de la identidad de la persona que la sufre. Tanto es así que se puede llegar a decir que "una vez que has visto a un adicto, les has visto a todos, sean hombres o mujeres".

3- EL GÉNERO INFLUYE EN LAS ADICCIONES

Si bien hemos afirmado que las adicciones son fenómenos asexuados en su génesis y con un potencial destructivo tal que eliminan de la personalidad

cualquier rasgo debido al género, lo cierto es que nadie puede escaparse a una realidad tan presente en todos los órdenes de nuestra vida como es la de ser hombre o mujer, ya que aún hoy las diferencias entre ambos se empiezan a implantar prácticamente desde el momento mismo del nacimiento (color azul para el niño y color rosa para la niña) para perpetuarse según la persona toma contacto con la sociedad y la cultura en que le tocan vivir. En esta línea, desde hace tiempo sabemos que puede hablarse de adicciones “femeninas” o “masculinas” si tenemos en cuenta los condicionantes socioculturales y educativos (ecológicos, como dirían algunos autores sistémicos) en que éstas emergen.

El problema se plantea no obstante a la hora de establecer diferencias entre lo que le sucede al hombre y a la mujer adictos que resulten operativas en el abordaje psicoterapéutico de sus alteraciones, pues todavía en la actualidad sigue dándose una desproporción tal en contra de las mujeres que solicitan tratamiento por cuadros adictivos que, en muchos casos involuntariamente, los tratamientos se han adaptado más a las peculiaridades, demandas y necesidades de los hombres que a las de las mujeres. Las razones son muchas y algunas de sobra conocidas, dado lo cual no nos detendremos más aquí en ellas.

Sí quisiéramos en cambio señalar que, al hablar de las Áreas Básicas (en concreto de la Dependencia), debe tenerse en cuenta un aspecto que aparece con mayor frecuencia en la clínica de las adicciones femeninas y sobre cuya comprensión y abordaje se sustenta gran parte de la intervención terapéutica con mujeres adictas. El aspecto al que nos referimos es la **bidependencia** (C. Sirvent, 1991) y remite entre otras cosas a los tipos de vínculos que el adicto establece de forma paralela con el objeto de su adicción y con una figura, normalmente la pareja, con la que crea una dependencia relacional. Este fenómeno se presta a diversas consideraciones (muchas de las cuales puede encontrarlas el lector en el capítulo del Dr. Sirvent en este mismo libro) y creemos que da la justa medida de cómo el género influye en las adicciones o, si se quiere, cómo vivirá su adicción una mujer y cómo lo hará un hombre.

4- LA INTERVENCIÓN SE CENTRA EN LO ADICTIVO

Cualquier profesional con experiencia en adicciones sabe que el primer aspecto sobre el que debe intervenir cuando se abordan las mismas es el cuadro de síntomas psicofísicos que las acompaña. Y esto es así con independencia de que el sujeto adicto sea hombre o mujer.

Aunque la afirmación anterior puede resultar de perogrullo, a veces sucede que al planificar cualquier medida terapéutica se concede prioridad a otro tipo de cuestiones (incluidas las de género) sobre el abordaje de la dependencia tanto en su vertiente física como psicológica, con el error que supone esta manera de

proceder². Decir a este respecto que veo a mis compañeros médicos y psiquiatras utilizar los mismos fármacos tanto para desintoxicar a hombres y a mujeres como para hacer frente a trastornos psicopatológicos asociados a las adicciones (depresiones, ansiedad, psicosis, etc.) y nunca les he oído comentar que existan medicamentos “masculinos” o “femeninos”. Tampoco he escuchado a adictos de ambos sexos referirse a las drogas o a otras dependencias no químicas en masculino o femenino³. Es más, hasta resultaría cómico hablar de la heroína y “el héroe”, la coca (cocaína) y “el coco”, la máquina tragaperras y “el máquina tragaperros”, etc.

En resumen, la intervención debe centrarse en lo adictivo, empezando por los planos más básicos (somáticos y farmacológicos) para una vez que se consigue la recuperación en estos niveles avanzar hacia otros en que el género condiciona – y mucho – el abordaje terapéutico. Nunca, empero, debe olvidarse que la dependencia es el “factor primum” (C. Sirvent, 1991) sin cuyo manejo todos los demás se encuentran fuera de nuestro alcance.

5- LA INTERVENCIÓN SE CENTRA EN EL GÉNERO

Después de todas las cuestiones planteadas en los apartados precedentes, finalmente debemos preguntarnos si existen maneras específicas de intervenir en las adicciones femeninas y en las masculinas y, de ser así, cuáles serían los aspectos concretos de dichas intervenciones y también cómo habrían de llevarse a cabo.

Teniendo en cuenta que el título de este capítulo es “*Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina*”, la respuesta no puede ser sino afirmativa no sólo porque cada vez más la práctica de la terapia me convence de que las mujeres requieren un acercamiento diferente sino porque ellas mismas así lo solicitan tanto implícita como explícitamente y puede suceder que, si nos dejamos llevar por uno de los prejuicios que en ocasiones lastran al profesional de las adicciones (“lo que el adicto demanda y lo que realmente necesita no tienen nada que ver”), cometamos el error de no escuchar lo que se nos pide y, antes bien, interpretarlo como “manipulación”, “resistencia”, etc.

En relación con esto último, añadir que en el caso de las mujeres – y debido a cuestiones de género – se invalidan con mayor facilidad sus opiniones acerca de los tratamientos desde la asunción por parte del terapeuta de una postura

² Con la aparición de nuevos perfiles consumofílicos y la irrupción de los trastornos duales, las desintoxicaciones han alcanzado actualmente una tal complejidad que hace de las mismas uno de los momentos más críticos y decisivos del proceso terapéutico.

³ En este aspecto pueden sin embargo encontrarse autores que cualifican de “erótica” la relación del adicto – especialmente varón- con las sustancias químicas. Incluso se escucha a los propios adictos hablar de ellas (también de las máquinas tragaperras) como de “amantes péfidas” que prometen lo que no dan.

paradójica que le conduce a proteger a la mujer “débil y desamparada” que pide ayuda, descalificándola a la vez al no tener consideración con lo que ella solicita.

6- PLANOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Aún a riesgo de repetir afirmaciones innecesarias a estas alturas de la exposición, conviene recordar que las adicciones son fenómenos extremadamente complejos de abordar teniendo en cuenta no sólo la magnitud y extensión de los trastornos que los acompañan sino el hecho de que se convierten en sucesos supra - individuales en incluso supra - relacionales (sociales, educativos y culturales). Muchas de las alternativas que históricamente han fracasado en dar respuesta a estos trastornos lo hicieron no tanto por falta de rigor y de capacidad terapéutica sino por haberse planteado como soluciones parciales a un problema global o por pensar que un único frente terapéutico modificaba lo suficiente la adicción como para resolverla en su conjunto.

Intentaré pues elaborar (con todos los riesgos que ello implica) una especie de guía general para el abordaje de los procesos adictivos que incluya el género y, para ello, voy a considerar por separado cada uno de los planos clásicos de intervención terapéutica:

6.1- Psicoterapia Individual en adicciones femeninas.

Resulta tan fácil comprobar cómo en casi todos los cursos y manuales de psicoterapia la atención que se presta al papel del terapeuta es tan escasa que no resulta extraño lo desorientados que acaban estando los profesionales a la hora de implementar las recomendaciones técnicas que recogen de los mismos.

Teniendo en cuenta esta circunstancia, el primer paso para instrumentar un abordaje eficaz de la adicción femenina no supone, como pudiera parecer, detenerse en las técnicas a utilizar sino considerar ciertos parámetros que van a definir **la figura del terapeuta** como elemento crucial del proceso terapéutico⁴; y ello además desde el convencimiento de que, sin negar los elementos contaminantes que pudieran proceder del género del terapeuta, lo que más pesará en la atención que éste dispense serán aquellos prejuicios, actitudes y equivocaciones frente a las adictas compartidos por terapeutas de ambos sexos.

6.1.1- Posibles prejuicios del terapeuta ante las adicciones femeninas

⁴ De hecho, muchos de los estudios controlados que existen sobre la eficacia de la psicoterapia señalan la **personalidad del terapeuta** como factor clave del éxito de la misma.

Resulta duro para cualquier terapeuta reconocer y “reconocerse” la presencia en su actitud clínica de pre - juicios o de posicionamientos negativos ante las adicciones dada la imagen peyorativa que éstos confieren a una labor como la terapéutica y la rigidez que en ocasiones adquieren las medidas de seguridad y de supervivencia emocional que necesarias para hacer frente a patologías tan agresivas como las adicciones⁵. Esta acción, no obstante, posee una importancia tan crucial en la psicoterapia que el simple hecho de conseguir que se eluciden los prejuicios que cada terapeuta pueda albergar supone una garantía de éxito tanto para el proceso como para el equilibrio personal del propio terapeuta.

Recojo a continuación algunos de los que he podido descubrir tanto en mí mismo como en compañeros y alumnos y pido al lector que haga su propia lista, añadiendo incluso aquellos que no estén incluidos en ésta. Comento además las cuestiones que a mi juicio subyacen a cada uno de ellos:

1. O bien ***“todas las adictas son iguales”*** o bien ***“todas las adictas son diferentes”***. Ni una cosa ni la otra, pues todas las adictas comparten características comunes por el hecho de sufrir una adicción (véase el apartado que habla de las Áreas Básicas) y ***además*** es cierto que cada una de ellas presenta rasgos psicológicos que la diferencian del resto. La dificultad estriba en mantener un enfoque que aúne ambas aseveraciones, es decir, que sea a la vez general y específico.
2. ***“Las adictas son mentirosas, luego son malvadas”***. Si el engaño y la mentira son difíciles de vivir y de manejar en cualquier relación, más aún para quien ejerce el papel de terapeuta en una relación de ayuda. Hay que recordar que la adicta no miente porque sea mala sino porque es adicta y el mentir forma parte de sus trastornos (a ningún profesional se le ocurriría culpar a una depresiva de estar triste), so pena de adoptar una postura sádica con estas pacientes que cree la realidad que se teme (profecías autocumplidoras y principio de incertidumbre o de indeterminación de Heisenberg).
3. O bien ***“las adictas son unas viciosas”*** o bien ***“las adictas son unas enfermas incurables puesto que las adicciones son enfermedades crónicas”***. Aunque parezca mentira, todavía en la actualidad sigue estando en la mente de muchos profesionales de la salud esta ambivalencia causada por patrones socioculturales y por la historia de

⁵ Un chiste ejemplifica lo que quiero decir: Se encuentran al final de su jornada laboral dos terapeutas en un ascensor. Uno de ellos ofrece un aspecto impecable y relajado. El otro, en cambio, se muestra estresado y desaliñado. Este último le pregunta al primero: “¿Cómo consigues estar como estás después de todo un día recibiendo a personas con problemas?”. El interpelado le dirige una mirada mitad de asombro mitad de autosuficiencia y responde: “¡Ah!, ¿es que tú escuchas a tus pacientes?”.

fracasos que acompaña al abordaje de los fenómenos adictivos. Cabe por ello señalar nuevamente que encontraremos en muchas adictas un talante hedonista que incluye una intensa y morbosa atracción por cuanto esté relacionado con la adicción, pero esto forma parte de su patología y no es totalmente imputable a una búsqueda premeditada de tales sensaciones. Decir además que, si bien las adicciones son filiadas ya como entidades patológicas graves, no se las puede incluir en la acepción del "enfermar" como invalidación de quien lo sufre ni en los patrones que definen las enfermedades orgánicas (que, salvo excepciones, son procesos de génesis involuntaria) dado que menoscaban pero no invalidan necesariamente en todo y para siempre al sujeto.

4. O bien **"lo que se demanda es lo que se necesita"** o bien **"lo que se pide no tiene que ver con lo que se necesita"**. A tenor de cuanto ya se ha descrito, creo que este enunciado queda suficientemente explicado en los anteriores.
5. **"El tipo de intervención que una adicta necesita es de corte individual, pues los grupos son para otras personas"**. Dejando aparte el hecho de que la terapia de grupo se presenta como la modalidad terapéutica más eficaz a largo plazo en adicciones, en las mujeres adictas adquiere un protagonismo especial todo lo grupal puesto que no sólo logra incidir eficazmente en muchas de las cuestiones que constituyen la problemática adictiva femenina (ver más adelante las funciones de la psicoterapia de grupo) sino que además aporta un espacio de encuentro con otras mujeres en situaciones semejantes que fomenta el espíritu gregario, la solidaridad y la confianza y elimina muchos de los obstáculos que el género introduce en el proceso de recuperación (desde juegos eróticos más o menos manifiestos que las llevan a centrarse en compañeros de tratamiento más por ser hombres que por sufrir determinados problemas hasta las barreras que crean los sentimientos de inferioridad y el temor en cualquiera de sus manifestaciones).
6. **"Cuanto más espectacular sea una intervención más eficaz será"**. Recuerdo que una de las cuestiones que más me impresionaron cuando empecé a trabajar con mujeres adictas fue su facilidad para moverse en el terreno de los afectos con una soltura que no había visto en los hombres. Recuerdo también la espectacularidad de los resultados que, al menos visual y estéticamente, se obtenían con ellas utilizando técnicas activas. Por último, recuerdo mi enorme decepción al comprobar cómo en muchas ocasiones no quedaba nada de aquellos "insights" y de aquellas catarsis a las que asistía y sí en cambio mucho de ciertas pautas y maneras de proceder sobre las que se incidía de manera repetitiva día tras día. Injusto sería no obstante que lo que vengo diciendo sirviera para reforzar el mito de la mujer histérica pues, como contrapartida, estoy convencido de que las mujeres adictas son capaces de llegar mucho más allá en el análisis, comprensión e integración de aspectos emocionales que sus correlatos

masculinos, debido quizá en parte a los patrones educativos y culturales que han recibido en el área afectiva.

7. **"El terapeuta no debe incluir sus sentimientos en el tratamiento de las personas que ayuda. Su función es ser un instrumento lo más neutral posible"**. Esta frase encierra según mi opinión no sólo una de las mayores falacias que acompañan al ejercicio de la psicoterapia sino una de las más peligrosas a la hora de tratar adicciones. Lo afirmo porque, por un lado, cualquier terapeuta con suficiente experiencia sabe que "incluir los propios sentimientos" en el proceso terapéutico no es una opción de que disponga ya que esto ocurre se quiera o no. Lo que sí es posible es decidir el "cómo" se van a incluir las propias emociones y en función de qué objetivos. Además, por otro lado, el potencial curador de la terapia se debe en parte precisamente a que supone una interacción emocional con otra persona en teoría sana (el/la terapeuta) que sirve como modelo a la paciente. De todo lo dicho se deriva que los terapeutas deberían realizar como parte de su formación técnica – actualmente todos los modelos de psicoterapia incorporan este requisito en sus programas formativos - una revisión lo más profunda y exhaustiva posible de sus creencias, actitudes y emociones ante los pacientes que van a tratar a fin de no quedar entrampados en ellos.
8. **"Tengo que ser directivo/a" o "tengo que ser permisivo/a"**. Nuevamente aparece una disyunción donde debería darse conjunción y esta circunstancia influye negativamente sobre el terapeuta que no toma en cuenta que muchas mujeres adictas han vivido en sus relaciones más significativas situaciones de escisión y antagonismo entre la autoridad y la cercanía, aprendiendo a adoptar ante las mismas contrarroles pasivo - agresivos y evitativos. Uno de los grandes retos de la psicoterapia en adicciones (y algo que caracteriza a mi juicio a los buenos terapeutas) consiste precisamente en aprender a moverse con fluidez entre la no - directividad y la directividad en función de las necesidades de los pacientes y del momento evolutivo en que se encuentren.
9. O bien **"la familia tiene la culpa, especialmente los padres"** o bien **"la familia no tiene nada que ver y no se tiene que contar con ella"**. La experiencia que aporta el ejercicio de la terapia familiar clarifica el papel central que la familia desempeña tanto en el proceso patológico como en la resolución del mismo. Devolver a la misma un papel activo no culpabilizador es poner a disposición del tratamiento un abanico de recursos que mejoran los resultados. Además, en el caso de las adictas existe un plus de tensión familiar debido tanto a que todos los mecanismos de sobreprotección y de minimización / magnificación que pone en marcha el proceso adictivo se ven potenciados cuando se añade al adjetivo "adicto" el sustantivo "mujer" como a que sus familias sufren intensamente la "vergüenza social" de tener en su seno una mujer con estos problemas.

6.1.2- Actitudes adecuadas a desarrollar respecto a las adicciones femeninas.

Sin que sea mi intención erigirme en juez de “lo que está bien” y de “lo que está mal” y contando que, a buen seguro, mucho de lo que voy a manifestar es sobradamente conocido por quienes lean estas líneas, sí quiero compartir ciertas reflexiones respecto a la “disposición de ánimo de algún modo manifestada” (definición de *actitud* según el Diccionario de la Real Academia Española, 1992) que debería presidir la acción terapéutica con adictas. Éstas son:

✓ **“Eros” terapéutico**

A pesar de lo dicho más arriba, reconozco que durante mucho tiempo negué la evidencia de que las emociones del terapeuta pudieran tener una trascendencia tal en la relación con el/los paciente/s y, por tanto, una influencia tan decisiva en el curso y el resultado del proceso terapéutico. Antes bien, pensaba que nuestro deber como profesionales se circunscribía a actuar como unos eficientes “mecánicos” de la psicoterapia, manejando con soltura las técnicas a nuestra disposición. Sin embargo, con el paso de los años, la acumulación de experiencia y también la influencia de la supervisión externa, mi opinión empezó a cambiar y empecé a escucharme empleando cada vez con más frecuencia términos afectivos (“vocacional”, “solidario”, etc.) para tratar de explicar la naturaleza del compromiso que adquiere el terapeuta con las personas que atiende.

Recurriendo nuevamente al Diccionario de la Real Academia, una de las definiciones de amor que éste contiene es “Sentimiento que mueve a desear que la realidad amada, otra persona, un grupo humano o alguna cosa, alcance lo que se juzga su bien, a procurar que ese deseo se cumpla y a gozar como bien propio el hecho de saberlo cumplido”. Creo sinceramente que esta definición nos acerca a ese “eros” terapéutico tan necesario en el tratamiento de las adicciones, máxime si el paciente es mujer y, encima, adicta (dependiente). No obstante, para que hablar de amor en terapia no despierte fantasmas erótico – transferenciales, creo necesarias las acotaciones recogidas en los apartados siguientes.

✓ **Disponibilidad condicionada**

Aunque pudiera parecer que este título entra en contradicción con cuanto acabo de decir anteriormente, teniendo en cuenta la naturaleza de los vínculos de dependencia que establecen las adictas y el talante manipulador, caprichoso y egoísta que desarrollan, el terapeuta debe establecer ciertos límites en la relación con ellas – y también con sus familias - no sólo por motivos de “supervivencia” del propio terapeuta (las adictas pueden llegar a ser en extremo invasoras y exigentes y, literalmente, absorber física y emocionalmente

al terapeuta) sino para hacer de esta relación una herramienta con que remodelar los patrones vinculares patológicos que acompañan a la adicción.

✓ ***Flexibilidad firme y exigente***

Volviendo a las dicotomías que sufren las adictas por efecto de sus trastornos y en muchos casos también por el trato recibido de personas cercanas, resultan frecuentes los conflictos con figuras de autoridad y las reacciones de rebeldía y/o de sumisión por su parte ante las mismas. El terapeuta una vez más puede verse arrastrado sin desearlo a interacciones que van desde las luchas más manifiestas de poder hasta situaciones de sobreprotección en que el terapeuta asume voluntaria o involuntariamente responsabilidades que corresponden a sus pacientes. A fin de evitar las consecuencias indeseables de estas circunstancias, es útil repetirnos que "comprender no significa necesariamente aceptar" y que "la flexibilidad no tiene porqué ser un antónimo de la exigencia bien entendida, pues esta exigencia es una demostración de la confianza que el terapeuta deposita en las capacidades de los pacientes y previene a ambos de repetir pautas y comportamientos implícitos en el estilo adictivo".

✓ ***Reconocer y aceptar las propias limitaciones***

Resulta extremadamente difícil poner límites a otras personas y no resultar punitivos si no hacemos lo propio con nosotros mismos. Además, la tentación de utilizar a las adictas como instrumentos con los que alimentar nuestro narcisismo o como público ante el cual exhibir nuestras capacidades (¡i después de lo mucho que nos cuesta obtenerlas !!) puede ser intensa. En adicciones, todos los roles que el terapeuta asuma que tengan que ver con convertirse en "curador" o en "salvador" de sus pacientes están condenados al fracaso y, peor aún, a hacer que el terapeuta se transforme por decepción en todo lo contrario: un escéptico, un tirano, un verdugo o un sádico.

✓ ***Manejo de la distancia emocional***

"¿Qué es la distancia emocional?". Parece evidente, es la cercanía o lejanía que el terapeuta "siente" respecto a las personas que atiende. Sin embargo, la cuestión se complica con la siguiente pregunta: "¿Cuál es la distancia emocional adecuada para abordar las adicciones femeninas?". La respuesta en este caso es terriblemente compleja porque engloba muchos factores relacionados de forma dinámica que remiten tanto al paciente (características y circunstancias personales) como al proceso (momento evolutivo, objetivos y necesidades terapéuticas) y al propio terapeuta (personalidad, circunstancias vitales, expectativas y temores). Tales circunstancias ponen nuevamente de manifiesto la necesidad de una formación técnica del futuro terapeuta que integre alguna modalidad de trabajo personal, ya que, sin ella, los riesgos y las dificultades

para manejar la distancia emocional se multiplican y gravan seriamente el desarrollo y el desenlace final del proceso terapéutico⁶.

6.1.3- Peligros y equivocaciones

✓ **Implicarse emocionalmente / ausencia de comprensión**

En función de cuanto se ha dicho en los apartados anteriores, uno de los mayores peligros que corren los terapeutas que trabajan con adictas deriva del inadecuado manejo de la distancia emocional y de las posiciones dicotómicas que ello produce. Tenemos que evitar convertirnos en parte del problema y no de la solución o, si se quiere, en parte del sistema patológico (entendido éste en su sentido más amplio de conjunto de creencias, actitudes, comportamientos y relaciones que caracterizan a las adicciones) y no del terapéutico.

✓ **"Más de lo mismo"**

Una de las consecuencias más inmediatas de un inadecuado manejo de la propia afectividad tanto en su sentido intrapsíquico como relacional es repetir bien los errores de intentos terapéuticos precedentes o bien las conductas y posturas infructuosas de las personas allegadas a la adicta. El resultado en este caso será el mismo de ocasiones anteriores o incluso puede que peor si es que el terapeuta adopta roles y/o comportamientos patológicamente complementarios. Dice Dalmiro Bustos (D.M. Bustos, 1985) que la función del terapeuta es ofrecer a sus pacientes "lo contrario de su complementario interno patológico", que es como decir que el terapeuta debería conocer cuáles son los vínculos y formas de actuar implícitas en la "gestalt" de la adicción y evitar actuarlas.

✓ **No saber dónde se va ni cuándo se ha llegado**

Aunque a mi entender el ejercicio de la psicoterapia no se presta a cálculos matemáticos, ello no significa que no deban establecerse objetivos a conseguir y mecanismos de evaluación que den cuenta de cuándo dichos objetivos se han alcanzado, teniendo en cuenta además que las adictas no dejan de sorprender a sus terapeutas por mucho que éstos tengan destreza suficiente (en este campo se puede asegurar que la realidad supera a la ficción prácticamente siempre). Como en muchas otras cuestiones que tienen que ver con las adicciones, la necesidad de integrar rigor con flexibilidad y espontaneidad crea problemas tanto a los partidarios de procesos terapéuticos altamente estructurados y monitorizados como a aquellos otros más proclives a

⁶ Aparte del coste emocional que suponen para el terapeuta, pues las adicciones femeninas nos llevan a asistir en muchos momentos a escenas dramáticas, dolorosas y crueles que, a no ser que neguemos nuestra humanidad, pueden dejarnos fuertes huellas (y hasta heridas) emocionales.

dejar que los pacientes sean quienes establezcan las metas de su proceso y asuman toda la responsabilidad del mismo. Sea como fuere, si no se conoce dónde llegar resultará imposible conseguirlo.

✓ **Complicar las cosas**

En nuestro deseo por demostrarnos tanto a nosotros mismos como a nuestros pacientes las capacidades de que disponemos podemos dejarnos atrapar por la artificialidad de la más pura sofisticación terapéutica sin sentido alguno salvo la satisfacción narcisista. Principios a tener en cuenta con adictas son los de “espectacular no es sinónimo de eficaz” (ya señalado anteriormente) y “más no es necesariamente mejor”. Abundando en estas cuestiones, me atrevo a decir que cuanto más complejo sea el problema a que nos enfrentamos más sencillas deberían resultar las soluciones que buscamos.

6.1.4- Algunos consejos prácticos en Psicoterapia Individual

I. Respetto a la postura del terapeuta

INADECUADO

- Monopolizar la entrevista.
- Buscar “resistencias” en lo que la paciente hace o dice (postura defensiva por parte del terapeuta).
- Dar por conocidos algunos temas o sobreentender lo que se dice.
- Intentar resolver todo en el momento.
- Retraerse de asumir responsabilidades cuando es necesario.
- Seguir los propios objetivos y desestimar los de la paciente.
- Repetir los enfoques ineficaces y los errores de intentos terapéuticos previos.
- Establecer conclusiones antes de recoger información.

ADECUADO

- Escuchar y hablar sólo cuando sea necesario.
- Transmitir aceptación.
- Mostrar interés y adoptar una postura de “inocencia terapéutica” respecto a los temas de los que la paciente habla.
- Ser directivo cuando se debe serlo.
- Observar y atender al qué y al cómo se dicen las cosas.
- Reforzar y potenciar aquellas afirmaciones, conductas, etc. que posibiliten el cambio y el avance hacia la solución.
- Utilizar el sentido común.

II. Respetto al desarrollo de la sesión

INADECUADO

- Complicar las cosas con intervenciones demasiado artificiales y/o innecesariamente sofisticadas.
- No llamar la atención de la paciente sobre la consecución de sus objetivos cuando este hecho se produzca.
- Ni advertir ni ampliar conductas, afirmaciones, actitudes, etc., que faciliten las soluciones.
- Ignorar hechos y/o sentimientos atribuyéndolos incluso al talante "histérico", "depresivo", "fabulador", etc., de la paciente.
- Realizar preguntas cerradas que hagan del diálogo terapéutico una especie de interrogatorio o examen tipo test.
- Permitir abstracciones continuas, especialmente en aquellas pacientes más proclives a dispersarse y almagamar unos temas con otros.
- Brindar explicaciones complejas y/o técnicas.
- Centrarse demasiado en el análisis de los problemas.
- Aceptar objetivos vagos.
- Perder de vista los objetivos.

ADECUADO

- Hacer preguntas abiertas pero solicitando concreción en el discurso.
- Concreción también por nuestra parte.
- Establecer prioridades tanto en las cuestiones a abordar como en las medidas que se adopten.
- Establecer objetivos específicos a corto plazo.
- Centrarse en las posibles soluciones.
- Seguir los objetivos de la paciente, siempre que estos tengan que ver con las metas del proceso terapéutico.
- Plantear objetivos concretos que no den pie a confusiones.
- Preguntarse y preguntar a la paciente de qué forma lo que se habla, se dice, se hace, se plantea, etc. se relaciona con los objetivos.
- Cuando la paciente se refiera a sus tratamientos anteriores preguntar: "qué cosas fueron inútiles en aquella ocasión y cuáles no"
- Intentar cosas diferentes a las realizadas con anterioridad pero sin caer en el error de la originalidad por la originalidad.

6.2- Psicoterapia de Grupo en adicciones femeninas.

Puesto que en este mismo libro (P. Blanco, 2000) se habla extensamente de los argumentos que justifican la necesidad de un programa terapéutico específico para mujeres y, entre ellos, se incluyen muchas referencias explícitas a las características de la terapia grupal en adicciones femeninas, únicamente aquí - y con permiso de la Dra. Blanco - me detendré en aquellos aspectos que considero más tienen que ver con las peculiaridades de esta modalidad de intervención:

6.2.1- Aspectos diferenciales de la Terapia de Grupo en adicciones femeninas

- ✓ Por efecto de los condicionantes tanto educativos como socioculturales que han acompañado y aún acompañan a la variable género, las mujeres han contado con una menor tradición gregaria, fomentándose en ellas un estilo de relacionarse menos grupal, más diádico y vincularmente restrictivo que dificulta conseguir el sentimiento de pertenencia a un grupo y las instala con suma facilidad en posturas evitativas, de sumisión y anulamiento.
- ✓ Debido a tales circunstancias, la mujer en general no tiene el hábito de opinar, y menos aún en situaciones heterosexuales en las que suelen inhibirse en presencia de hombres. El fomento de la comunicación mediante el grupo terapéutico sirve para "rematizar", es decir, reparar aquellas matrices o patterns tanto intrapsíquicos como interpersonales dañados por la adicción y quizá también por otras cuestiones previas bien personales o bien asociadas al género.
- ✓ Si bien el abordaje de la *bidependencia* (C. Sirvent, 1991) se inscribe en el manejo general de los vínculos dependientes, las diferencias en la manifestación de emociones y sentimientos entre hombres y mujeres hacen que la terapia de grupo adquiera distinta dimensión en cada caso y que merezca por ello un acercamiento específico.
- ✓ Decir finalmente que observamos una mayor tendencia en las mujeres adictas a mantener un autoconcepto infravalorativo especialmente en presencia de figuras a las que atribuyen una mayor consistencia o fortaleza (como suele ocurrir con los hombres), circunstancia ésta que en el espacio terapéutico grupal se traduce en una mayor inhibición comunicativa y en un déficit de asertividad iniciales que se añaden a las demás carencias y obligan a tener un especial cuidado en potenciar cualquier conducta o movimiento orientados hacia la autoafirmación a fin de que la disonancia afectiva que experimenten respecto a su comportamiento previo no las haga retroceder hacia posturas pasivizantes.

6.2.2- Funciones de la Terapia de Grupo en las adicciones femeninas

En el afán de traducir a la práctica la perspectiva del modelo terapéutico con que I. Spiral aborda las adicciones femeninas (y que se ha expuesto sucintamente con anterioridad), hablaré ahora de la funcionalidad tanto intrapsíquica como interpersonal de la terapia de grupo. Antes de ello quisiera no obstante señalar que mucha de la validez de la terapia grupal y de la dificultad de su praxis se deben a que implica una interacción circular entre lo que le sucede a la persona a título individual y relacional y que - precisamente

por ello y más allá de posicionamientos teóricos⁷ - esta circunstancia exige que el terapeuta se maneje con suficiente soltura en ambos campos (grupal e individual) para obtener el máximo rendimiento de su acción terapéutica⁸

Como ya he dicho más arriba, la terapia de grupo nos permite abordar no sólo cuestiones interpersonales sino muchos aspectos de la personalidad de la adicta que tienen que ver tanto con los trastornos generados por la adicción como con otros de su estructura psicológica. De hecho, en el espacio grupal se incide de tal manera en lo que hemos definido como "**Áreas Básicas**" (C. Sirvent, 1991) que sin este tipo de intervención las posibilidades de solucionar dichas alteraciones quedarían muy reducidas. Este es a mi entender el argumento definitivo a favor de la terapia de grupo ya que, más allá de otros beneficios añadidos, resulta *eficaz* para revertir los trastornos propios del proceso adictivo sin las tensiones que acompañan a la relación bipersonal de la terapia individual ni la repetición de narrativas⁹ a veces tan esclereotizadas como las que aparecen en la terapia familiar.

Concretando aún más, la terapia de grupo logra que las pacientes vuelvan a introyectar una imagen de autonomía y de consistencia psicológica frente a la de dependencia y debilidad que la adicta suele atribuirse. Le ayuda de igual forma a ser más realista y objetiva consigo misma, eliminando las distorsiones tanto del propio autoconcepto como de la percepción de la realidad externa y además la devuelve la sensación de protagonismo sobre su propia vida y de interés, energía y vitalidad sobre cuanto la acontece¹⁰. Y todo ello lo consigue la terapia de grupo mientras convierte a cada paciente en agente terapéutico activo de sus compañeras de tratamiento, creando el clima necesario para el crecimiento mutuo.

⁷ Siempre me ha sorprendido escuchar a aquellos terapeutas que o bien infravaloran la terapia de grupo relegándola a los dominios de los "grupos de autoayuda" (especialmente en el alcoholismo) o bien se consideran capacitados para ejercer la psicoterapia individual pero no la grupal o viceversa pues estoy convencido de que ambas modalidades forman un continuo terapéutico y deben estar presentes en la formación técnica de todo profesional de las adicciones, al margen de que cada cual se dedique por gusto o necesidad más a uno que a otro campo. Mención aparte merecerían quienes, por prejuicios de escuela, sostienen la exclusividad y/o primacía de una u otra modalidad y se dedican sólo a ella.

⁸ Lo mismo que la anterior nota respecto a la terapia familiar.

⁹ Término cada vez más utilizado por terapeutas adscritos al constructivismo que remite a cómo otorgan las personas sentido y significado a sus experiencias por medio del lenguaje. Debido a ello, el relato de sus dificultades es algo más que una descripción de las mismas pues, en muchos sentidos, sus dificultades "son" dicho relato.

¹⁰ O, dicho de otra manera, promueve el cambio del "locus de control" externo característico de los adictos por un "locus de control" interno más acorde con los objetivos del proceso terapéutico.

6.2.3- Las Técnicas Activas y la Terapia de Grupo en adicciones femeninas

Si bien por la naturaleza y pretensiones de este trabajo no tiene cabida en él una extensa disertación sobre técnicas terapéuticas grupales, sí me gustaría sin embargo hacer mención a un grupo de ellas que se muestran especialmente eficaces en el abordaje de las adicciones femeninas. Me refiero a las genéricamente denominadas **técnicas activas** y de las cuales podemos recoger los siguientes puntos:

✓ **Características (López Barberá, E y Población Knappe, P.1997)**

- Incluyen la acción y el movimiento.
- Integran lo corporal y lo verbal.
- Inciden en el sistema procurando algún tipo de cambio.

✓ **Funciones (Palacios, L. 1999)**

- Fomentan la espontaneidad y la apertura frente a la rigidez y encapsulamiento de la personalidad dependiente.
- Ayudan en la toma de decisiones y aumentan el repertorio de respuestas de la adicta.
- Ponen a la adicta más en contacto con su realidad al promover la toma de consciencia integrada de lo cognitivo, lo afectivo y lo comportamental.
- Proponen otros cauces comunicativos a quienes se bloquean en lo verbal, especialmente al compartir mediante la acción ciertas experiencias y emociones.

✓ **Clasificación (López Barberá, E y Población Knappe, P. 1997)**

- Técnicas que ponen en juego la dinámica del sistema llevándolo a una evolución o revolución.
- Técnicas de aprendizaje de nuevas vinculaciones.
- Técnicas de injerencia en el sistema.
- Técnicas que inciden en el proceso comunicacional mediante objetos intermediarios.

6.2.4- Algunos consejos prácticos en la Terapia de Grupo en adicciones femeninas

Voy a finalizar este apartado ofreciendo, al igual que en el precedente y en el que le sigue, algunos consejos útiles respecto a cómo conducir grupos de adictas. Lamento con todo decepcionar al lector que espere encontrar en estas líneas una solución a sus dificultades técnicas y personales como terapeuta grupal pues le recuerdo que la solvencia en este campo se consigue con la

formación, la experiencia y la actitud adecuadas (aparte de una paciencia sin límite y una sólida capacidad autocrítica).

- Siempre que se trabaje en grupo con adictas ha de animárselas a ponerse en el lugar de la otra persona y a que hablen desde esa posición, o al menos, que reconozcan la dificultad para hacerlo (fomento de la empatía).
- Resulta conveniente plantear los problemas y, sobre todo, las soluciones como algo grupal, aunque sea algo individual. Esta estrategia ayuda en la creación de nexos grupales y vínculos de solidaridad por oposición a la soledad e individualismo egótico de muchas adictas.
- El terapeuta debe tener siempre en cuenta la complementariedad patológica que acompaña a las adicciones y que se observa en la interacción con otras adictas e incluso con el propio terapeuta.
- Invitar a que se participe (postura activa del terapeuta) desde la opinión, la experiencia, el sentimiento, etc. de cada cual, evitando en la medida de lo posible lo general y las terceras personas.
- Fomentar que sea el propio grupo quien implique a las ausentes promoviendo así la autonomía grupal frente a la dependencia del terapeuta, máxime en grupos de pacientes tan dependientes como las adictas.
- Intentar que se concrete pero sin llegar a agotar los temas con la imposición autoritaria de la sinceridad pues se adoptaría una postura sojuzgadora cuyos peligros ya hemos descrito anteriormente.
- Solicitar contrastes vivenciales que favorezcan la ruptura de las experiencias constrictivas de la adicta: "¿ Le sucede (o le sucedió) lo mismo a alguien?, ¿Qué hace (o hizo) para solucionarlo?".
- Tipos de intervenciones grupales que hay que diferenciar y manejar en terapia de grupo:
 - Aquellas que inciden sobre el contenido individual y/o grupal: *señalan algo sobre el tema que se está tratando pero encierran el peligro de los juicios de valor por parte del terapeuta.*
 - Aquellas que inciden sobre la interacción individual y/o grupal: *indican algo sobre cómo se ve al grupo en ese momento y sirven para fomentar la trama grupal.*
- Uso adecuado de tonos y maneras. Aunque se sea firme (postura necesaria) no hay porqué ser agresivo. Resulta muy aconsejable en este sentido que el terapeuta realice algún tipo de trabajo que eduque su expresión corporal y verbal o, al menos, que solicite supervisión de otros compañeros o externa a este respecto.
- Uso del refuerzo y de lo constructivo: ej. resaltar la intervención de alguien que se haya mostrado ausente, rescatando lo que aporta al grupo.
- Hay que tener en cuenta que toda sesión tiene fases (inicio y caldeamiento, productividad terapéutica, cierre), siendo especialmente importante con adictas el caldeamiento.

6.3- Plan de Terapia Familiar y Sociorrelacional

Dado que la adicta se convierte de tal manera en eje de la vida familiar, postulamos que existe un paralelismo y una negativa retroalimentación entre los trastornos psicopatológicos de la paciente y los que sufre su familia tanto a título individual como global. Así, volviendo a tomar como referencia las "**Áreas Básicas**" (C. Sirvent, 1991) y aplicando una óptica familiar, tenemos que también la familia acaba viviendo en una realidad alterada (**Mistificación**) que dificulta el afrontamiento objetivo del trastorno y de los propios problemas de cada miembro. La reconstrucción de una realidad más funcional y adaptativa resulta entonces una ardua tarea que supone tiempo, esfuerzo y dedicación y para la cual es imprescindible que la familia coopere con el equipo técnico que la atiende a fin de sortear aquellos vaivenes afectivos a que, sin duda, la someterá el proceso de rehabilitación y que la obligarán a cuestionar y romper la interdependencia que en mayor o menor grado mantiene con la paciente (**Dependencia**).

Por otra parte, el tratamiento no sólo supone un ejercicio de reflexión y de análisis guiados por el(los) terapeuta(s) sino también posee una vertiente eminentemente práctica que se concretiza en las tareas a desarrollar por la familia. Puesto que las adicciones crean con frecuencia situaciones de incomunicación y de conflicto familiar en que aparecen con fuerza arrolladora emociones como el miedo, la impotencia, la rabia, la desconfianza y la inseguridad, estas tareas se basan normalmente en actuaciones que el equipo prescribe frente a circunstancias previsibles o reacciones esperadas e implican el predominio del raciocinio y la búsqueda de resultados sobre el impulso afectivo descontrolado y el subjetivismo a ultranza (**Autocontrol**).

Pero para soportar todo lo antes dicho, la familia (al igual que la propia adicta) debe ganar la energía que la dinámica del trastorno le robó o que hizo que invirtiera desafortunadamente en soluciones inadecuadas (**Desvitalización**). Hay que intentar por ello que la familia en general y aquellos miembros más afectados en particular recuperen el equilibrio perdido entre pensamiento, afecto y conducta al objeto de no sólo manejar con mayor eficacia lo que suceda con la paciente sino de encontrarse mejor consigo mismos.

6.3.1- Algunos consejos prácticos en la Terapia Familiar de las adicciones femeninas

Como ya he adelantado en el apartado correspondiente a la terapia de grupo, recojo a continuación algunos consejos útiles a tener en cuenta en la intervención familiar:

- ✓ **Colaboración:** Muchas familias de adictas se sienten excluidas de las intervenciones profesionales, pues aún pesa en el campo de las adicciones

la tradición de los modelos que han mantenido el foco en el paciente individual. Esta circunstancia agrava las emociones antes señaladas (miedo, impotencia, rabia, desconfianza, inseguridad, etc.) y sitúa a la familia en un rol de agente patógeno que refuerza la culpa que experimenta. Por estos motivos, con estas familias resulta crucial conseguir que participen en el tratamiento y que se sientan tratadas como agentes terapéuticos. Ellos saben más que nosotros sobre lo que les sucede.

- ✓ **Naturalidad:** Cada familia tiene sus propias peculiaridades que deben ser conocidas y, si no influyen negativamente en la dinámica de los trastornos, respetadas.
- ✓ **Curiosidad:** El terapeuta debe practicar con estas familias la "ingenuidad terapéutica" y dar importancia a cualquier cuestión que se plantee, impidiendo que sus propios parámetros de valoración decidan qué es "importante" y qué no.
- ✓ **Reencuadre:** En muchas ocasiones el significado que las familias atribuyen a ciertos comportamientos y actitudes de los sujetos que están en tratamiento son un verdadero foco de problemas. Resulta vital ayudarles a modificar las "etiquetas" cognitivas y emocionales con que interpretan lo que sucede a fin de que no potencien involuntariamente aquello que desean que cambie.
- ✓ **Circularidad:** Tal y como afirmamos más arriba, existe un paralelismo adicta/ familia que permite extender la influencia de una intervención en cualquiera de los planos en que se lleve a cabo al resto de ellos .
- ✓ **Responsabilidad:** El afán por ayudar a las familias a cambiar no debería hacer que los terapeutas asumieran responsabilidades que no les competen. Esta manera de proceder, además de la carga que supone para el terapeuta, en el fondo contiene un mensaje descalificador ya que plantea la ausencia de confianza en las capacidades y recursos familiares. El cambio es cosa de ellos.
- ✓ **Temporalidad y contextualidad:** A la hora de planear cualquier estrategia o medida terapéutica hay que tener en cuenta el medio y las coordenadas temporales de la familia.
- ✓ **Los "noes":** No proteger, no castigar, no presumir, no adoctrinar, no someter, no huir, no suponer, no reaccionar, no programar, no observar.
- ✓ **Individualizar:** Por último, no debemos olvidar que las familias están compuestas por personas que sufren los problemas y trastornos de las adictas hasta hacerlos tan propios que acaban necesitando una ayuda para sí mismas, no sólo porque puedan llegar a ser "instrumentos terapéuticos" con los que conseguir otros fines.

7- CONCLUSIONES

El esquema que proponía como guía al comienzo de esta exposición me va a servir ahora como colofón de la misma, una vez que he intentado dotar de contenido suficiente a cada una de las afirmaciones que lo conforman para que adquirieran un sentido distinto al inicial.

Espero que no suenen ni a algo definitivo ni inmodificable pues queda tanto que descubrir y aprender en este campo que cualquier postura omnipotente está destinada al fracaso.

- ✓ **La adicción no tiene género** pues no lo tiene por definición ningún trastorno psicopatológico. Desde este punto de partida, la manera básica de proceder ante una mujer adicta es ver inicialmente sus problemas como "agenéricos", más relacionados con la adicción que con el género. Lógicamente, ello supone conocer en profundidad la naturaleza, características y repercusiones de los fenómenos adictivos.
- ✓ Además, tal es el potencial destructivo de estos trastornos que también "asexúan" a quienes los padecen, es decir, **la adicción influye en el género** de tal forma que llega a eliminarlo de la matriz psicológica más básica de la adicta.
- ✓ No obstante lo dicho, **el género influye en la adicción** como lo hace en todos los órdenes de la realidad de cualquier sujeto, modificando hasta la expresión sintomática de la misma y la eclosión de la problemática adictiva global. Tanto es así que podemos hablar con razones más que suficientes de las "adicciones femeninas" y de las "adicciones masculinas" comparándolas, si se quiere, con el caso de los hermanos mellizos (similar dotación genética pero mayor diferenciación y posibilidad de distinto sexo) y no con el de los gemelos (réplica exacta el uno del otro en todos los aspectos).
- ✓ Como ya se ha indicado, **la intervención se centra en lo adictivo** en los primeros momentos a fin de contrarrestar y revertir las alteraciones de vanguardia que aparecen en la clínica y sin cuya superación todo el abordaje ulterior se hace inviable.
- ✓ **La intervención se centra en el género** una vez que la adicta ha dejado de serlo, al menos en el sentido fisiológico y en el psicológico más ligados a las manifestaciones somáticas. Es ahora cuando el género hace notar su impronta y diferencia terapéuticamente a hombres de mujeres de tal manera que exige estrategias específicas en cada caso.
- ✓ Decir finalmente que es en los **planos y** en las **técnicas de intervención** donde residen los retos y donde queda mucho por hacer a fin de conseguir la mejora de la calidad asistencial que, estoy convencido, todos deseamos para las personas que atendemos, sea cual fuere nuestro ámbito de trabajo.

Bibliografía:

Bergeret, J: *Toxicomanie et personnalité*. Ed. PUF. 1982.

Bustos, D.M: *Nuevos Rumbos en Psicoterapia Psicodramática*. Ed. Momento, La Plata. 1985.

Cancrini, L., Linares, J.L. et alt.: *Estrategias de intervención familiar en Drogodependencias*. Barcelona, IGIA. 1993.

Castanedo Secadas, C.: *Grupos de encuentro en terapia Gestalt*. Ed. Herder, Barcelona. 1997.

Cirillo, S.; Berrini, R.; Cambiaso, G.; Mazza, R.: *La familia del toxicodependiente*. Ed. Paidós, Barcelona. 1999.

Corey, G.: *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Desclée de Brouwer, Bilbao. 1995.

Ellis, A.; F. Mcinerney, J.; Digiusseppe, R. y Yeager, R.: *Terapia racional - emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Desclée de Brouwer, Bilbao. 1992.

Greenberg, L.; N. Rice L. y Elliot, R. : *Facilitando el cambio emocional. El proceso terapéutico punto por punto*. Paidós, Barcelona. 1996.

Janet, H.: *Psicología de la mujer*. Ed. Morata, Madrid. 1995.

Klingemann, H.: *The motivation for change from problem alcohol and heroin use*. British Journal of Addiction, 86, 727-744. 1991.

López Barberá, E. y Población Knappe, P.: *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia*. Paidós, Barcelona. 1997.

Ludewig, K. : *Terapia sistémica*. Herder, Barcelona. 1996.

May, D.: *Codependencia*. Desclée de Brouwer, Bilbao. 2000.

Miller, W.R. y Rollnick, S.: *La Entrevista Motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Paidós, Barcelona. 1999.

Moore Henvieffa: *Antropología y feminismo*. Ediciones Cátedra, Madrid. 1991.

Neimeyer, R. y Mahoney, M.: *Constructivismo en Psicoterapia*. Paidós, Barcelona. 1998.

Onnis, L. : *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*. Paidós, Barcelona - Buenos Aires. 1985.

Palacios Ajuria, L.: *Género y Adicciones*, en *Género y Psicoterapia*, Carrasco, M.J. y García Mina, A. (coordinadoras). Universidad Pontificia Comillas de Madrid, Madrid. 2001.

Palacios Ajuria, L.: *La Familia del Drogodependiente*, en *Drogodependencias. Sociología, Evaluación, Proceso*. Sirvent, C. y Rodríguez, J. (coordinadores). I. Spiral y Universidad de Oviedo, Oviedo. 1997.

Población Knappe, P.: *Teoría y práctica del juego en psicoterapia*.

Fundamentos, Madrid. 1997.

Safran, J. y Segal, Z. : *El proceso interpersonal en la terapia cognitiva*. Paidós, Barcelona. 1994.

Sirvent Ruiz, C.: *La Mujer Drogodependiente*. Fundación Instituto Spiral e Instituto de la Mujer. Madrid. 1995.

Sirvent Ruiz, C. : *Teoría y Dialéctica del Método Psicoterapéutico en Drogodependencias*, en *Drogodependencias. Sociología, Evaluación, Proceso*. Sirvent, C. y Rodríguez, J. (coordinadores). I. Spiral y Universidad de Oviedo, Oviedo. 1997.

Sirvent Ruiz, C.: *La Mujer Drogodependiente*. Fundación Instituto Spiral e Instituto de la Mujer. Madrid. 1998 (Actualización).

Sirvent Ruiz, C.: *Cuerpo e Identidad Femenina*. Seminario Internacional sobre la Mujer Toxicómana. Santarém, Portugal. 1998.

Sirvent Ruiz, C.: *Breve historia significativa de las Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en España*. 1998.

Steinglass, P.; Bennet, L.A. et alt.: *La familia alcohólica*. Gedisa, Barcelona. 1989.

Stocco, R; Fava Vizziello, M.G. (Editores): *Tra genitori e figli. La tossicodipendenza*. Ed. Masson, 1997.

Stocco, P.; Simonelli, A.; Cristofalo, P.; Capra, N.: *I Genitori tossicodipendenti e i lor figli*. Bolleifino per le falmacodipendenze e alcolismo, 1996.

Vinogradov, S. y Yalom, I. D.: *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós, Barcelona. 1996.

Yalom, I. D.: *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós, Barcelona. 2000.