

*Ponencia presentada en las
XII Jornadas de Asociaciones de Drogodependencias y SIDA
Federación Andaluza Enlace de Asociaciones en Drogodependencias
Marbella (Málaga) 25 Noviembre de 2001*

Clínica de la mujer adicta *(Clinic of addicted women)*

Carlos Sirvent

Psiquiatra Fundación Instituto Spiral
Correspondencia: csr@institutospiral.com

Resumen:

La mujer adicta y su entorno suponen un universo próximo y a la vez desconocido que demanda una atención similar pero sutilmente diferente a la del varón. La mujer adicta a sustancias legales (alcohol, tabaco, psicofármacos) demanda asistencia en mayor proporción relativa que el hombre. Lo contrario ocurre con la mujer adicta a drogas ilegales, que tarda más en solicitar asistencia que el varón. Características psicológicas y sociales de la mujer adicta respecto al varón adicto son: 1) Diferente manera de manifestar emociones y sentimientos que se exteriorizan con mayor facilidad en la mujer. 2) Frecuente desvitalización y aparición concomitante de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos. 3) Mucha mayor presencia en la mujer del fenómeno "bidependencia", o doble dependencia, de la droga y de la(s) figura(s) protectora(s). 3) Mucha mayor existencia de antecedentes de malos tratos en la mujer. 4) Menor tradición gregaria, con un estilo de relacionarse más individual y menor sensación de pertenencia a un grupo (probablemente por factores histórico culturales). 5) Minusvaloración sistemática de las propias capacidades que redundan en un déficit crónico de la autoestima. El autoconcepto de muchas drogodependientes dibuja un sombrío cuadro de vicio, infravaloración, sentimiento de inescapabilidad, y tendencia a perpetuar la situación que ellas mismas consideran irresoluble. El artículo tiene los siguientes apartados: Consumo de drogas y género. Drogas legales e ilegales retrato robot de la mujer alcohólica. Retrato robot de la mujer adicta a drogas ilegales. Datos de un estudio longitudinal. Características psicológicas y sociales de la mujer adicta y consideraciones respecto al tratamiento psicoterapéutico de la mujer adicta

Palabras clave:

Mujer. Adicción. Drogodependencia. Alcoholismo Psicopatología. Tratamiento. Evaluación. Epidemiología

Abstract:

Addicted women and their environment represent a close but yet unknown universe which demands a similar but subtly different attention from the male. Addicted women to legal substances (alcohol, tobacco, psychotropic drugs) demand greater assistance than men. The opposite occurs with women addicted to illegal drugs, which take longer to seek assistance than men. Psychological and social characteristics of addicted women compared to addicted men are: 1) Different way to express emotions and feelings that are more easily externalized in women. 2) Frequent devitalization and concomitant appearance of affective-emotional disturbances and depressive disorders. 3) Greater presence in women of the phenomenon "bidependence" or double dependence, of drug (s) and protective figure(s). 3) Greater existence of background abuse in women. 4) Less gregarious tradition, with a more individual relational style and less feeling of belonging to a group (maybe for historical and cultural factors). 5) Systematic underestimation of their own capabilities resulting in a chronic lack of self-esteem. Self-concept of many addict women paints a dark picture of vice, undervaluation, sense of inescapability, and tendency to perpetuate the situation that they consider unsolvable. The article has the following sections: Drug and gender. Legal and illegal drugs portrait of alcoholic women. Sketch of women addicted to illegal drugs. Data from a longitudinal study. Psychological and social characteristics of the addicted woman and considerations regarding the psychotherapeutic treatment of addicted women

Keywords:

Woman. Addiction. Drug dependence. Alcoholism Psychopathology. Treatment. Evaluation. Epidemiology

Introducción

Hasta hace pocos años era abrumador el predominio de adictos varones en los distintos dispositivos de atención tanto en alcoholismo como en otras adicciones. De hecho, el número de mujeres alcohólicas ha crecido espectacularmente pasando de una proporción de unos 6 varones por cada mujer en los años 70 a casi 3 varones por cada mujer en la actualidad. Además, 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.

En definitiva, la mujer adicta y su entorno 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.

Las circunstancias cambian, no obstante, si nos referimos a otros espacios 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 el 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, incluso 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 solicitan tratamiento desciende a 1 por cada 7 heroinómanos. Las principales razones de la tardanza son una mayor disponibilidad de droga, más prejuicios hacia el tratamiento.

Las mujeres representan en conjunto aproximadamente el 20%, de toda la actividad asistencial en adicciones, es decir, hay cinco hombres adictos por cada mujer. Aunque ambos padezcan la misma enfermedad, la mujer tiene unos problemas específicos, distintos, que no suele presentar el hombre. Como reiteramos a lo largo de toda esta exposición, todo cambia según se trate o no de drogas ilegales. Por lo general la

proporción de mujeres usuarias de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos) y de adicciones no químicas (compras, juego, televisión) es mucho más elevada que la de mujeres adictas a drogas ilegales.

Una tendencia inversa -que luego ratificaremos- ocurre con los varones. En sustancias como el alcohol o el tabaco parece que el inicio del consumo es más precoz e incluso cuantitativamente mayor en la mujer. Con drogas como la cocaína o el cannabis las tornas cambian, siendo el varón quien claramente empieza antes y en mucho mayor cantidad.

Hace apenas diez años el hombre destacaba en todos los ámbitos de consumo, advirtiéndose -no obstante- una aproximación estadística de la mujer, salvo en lo referido a drogas ilegales, revelativa de que algo está cambiando en los usos y costumbres sociales.

Entre las múltiples explicaciones posibles cabe pensar que la mujer tiene un comportamiento más prudente, o -si se quiere- menos arriesgado que el hombre. Esto viene de la infancia: los juegos infantiles de las niñas son mucho menos agresivos que los de los niños. Estas pautas se prolongan hasta la edad adulta, observándose que la mujer tiene una menor atracción por el riesgo (conduciendo vehículos, en el resto de comportamientos sociales), de manera que -aunque entre también en la adicción- lo hace a través de otras puertas. Mientras el varón entra en el consumo de drogas ilegales de forma gregaria (con varios amigos), o por jugar con el riesgo o buscando experiencias hedonistas, la mujer accede por vías más personales, turbulentas si se quiere o inducida por otra persona, generalmente varón (de forma binaria, no gregaria como el varón). Con las sustancias legales como el tabaco y el alcohol las diferencias de comportamiento son notorias porque dicho consumo está normalizado y para la mujer su uso no tiene un significado especial ni supone un riesgo añadido como con las drogas ilegales.

Consumo de drogas y género

Para analizar los datos relativos al consumo de sustancias y otras formas de adicción tanto en la mujer como en el hombre, así como la magnitud de su adicción, cualidad, tipología, estadísticos generales, cifras epidemiológicas, etc., nos servimos y recomendamos los siguientes estudios:

- Estudio de seguimiento clínico realizado por la Dra Pilar Blanco (Madrid, 2000) con 687 mujeres atendidas entre 1990 y 1999. Dicho estudio se compara con la población
- Datos estadísticos del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Rapports 2000.
- Entre los estudios epidemiológicos que analizan diferencias de género destacaríamos la encuesta vasca Gazteak 2001, que refleja datos revelativos y

comparables a los obtenidos en otros entornos. Otro subapartado del mismo estudio realizado por Mikel Marañón (Donosti, 2000) realiza un análisis epidemiológico del consumo de drogas

- Datos del estudio Jóvenes Españoles 99 dirigido por Javier Elzo y cols para la Fundación Santamaría (Madrid 1999- 2000) extraídos del anterior informe.
- Datos del P.N.D. y de otros planes regionales, así como trabajos monográficos como un reciente texto de E. Echeburúa (Madrid, 2001), o un estudio sobre consumo diferencial de psicofármacos elaborado por De la Cruz Godoy y cols (Las Palmas 2001)
- Estadísticas propias de la memoria de la Fundación Instituto Spiral (Madrid, 2000)
- En fin, datos cualitativos fruto del trabajo desarrollado por quien esto suscribe con mujeres adictas en una dilatada experiencia clínica, y que abundan sobre todo en reflexiones deductivas a partir de la historia personal de tantas personas entrevistadas.

Para describir la cualidad del consumo, he adoptado las variables *inicial* (o consumo inicial), *habitado* (o consumo habitual), *adicto* (o consumo dependiente), y *ex consumidor*. Parecidos términos -salvando las distancias- se aplican para las adicciones no químicas que aunque en este trabajo se obvian, los supuestos básicos son los mismos.

Resulta interesante analizar el movimiento general de los consumidores según segmentos de edad y sexo, para lo que analizaremos la relación frecuencia/edad entre varones y mujeres comparando drogas legales vs ilegales. Observamos datos muy curiosos que intentaremos explicar sucintamente.

- *Consumo inicial de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos):*

Comienzan a consumir más precozmente las chicas, casi en la edad púber. Ulteriormente se igualan en magnitud para decaer el consumo en las mujeres mucho más a partir de los 35 años. La mujer tiene una curva descendente en tanto que el hombre la mantiene de parecida magnitud a partir de la edad adulta, decayendo muy poco el consumo inicial.

- *Consumo habitual de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos):*

Aquí también es más elevado el consumo de las chicas en la franja de 15 a 19 años. El consumo habitual de alcohol es algo mayor, el de tabaco mucho mayor (de 18 a 32%) y el de psicofármacos también es más elevado. Las curvas de consumo se igualan en el tabaco, manteniéndose similar (en torno al 40% durante toda la etapa adulta hasta llegar a la madurez tardía, cuando decae el consumo en la mujer. Con el alcohol, empero, salvo la ventaja inicial de las chicas hay un claro balance de consumo habitual a favor de los varones con una elevación media de unos 10 puntos.

- *Consumo inicial y habitual de drogas ilegales (tabaco, alcohol, psicofármacos):* tanto el consumo inicial, como el habitual, incluso el adictivo son más elevados

y frecuentes en el hombre que en la mujer en todas las franjas de edad.

- Respecto al *indicador tratamiento* observamos que en el total de la población española, durante los años 97 y 98 la proporción aproximada es de un 85% de demandas de tratamiento de varones y un 15% mujeres. Las demandas de tratamiento ambulatorio por alcoholismo guardan una proporción de 4:1 (varón/mujer) en provincias como Vizcaya y de 2:1 en la Unidad de Alcoholismo de F. Instituto Spiral en Madrid y Oviedo (datos que se mantienen entre 1998 y 2000).
- Un primer dato revelador es que las mujeres adictas a sustancias legales (alcohol) demandan tratamiento *antes y en mayor proporción* que los varones, en tanto que las mujeres adictas a drogas ilegales (cocaína, heroína) demandan *tratamiento más tarde y en menor proporción* que los varones.

Estos importantes datos revelan diferentes realidades que más adelante se analizan en detalle y que se refieren a la más precaria situación de la mujer adicta a drogas ilegales, que como se verá suele presentar mayor índice de patologías asociadas y la expresión de que con mayor frecuencia que el hombre no encuentra su espacio asistencial. Existen más factores que se comentan luego.

En los datos de la memoria 2000 de F. Instituto Spiral comprobamos que de un total de 683 pacientes atendidos, 184 (casi un 27% son mujeres). Este porcentaje tan alto lo atribuimos por un lado al elevado nº de alcohólicas (dicha institución dispone de una Unidad de Alcoholismo) y a la especialización en atención a la mujer, dado que se cuenta con un programa específico que atrae mayor demanda (ver tabla SEXO).

SEXO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Varón	499	73.1	73.1	73.1
Mujer	184	26.9	26.9	100.0
Total	683	100.0	100.0	

Respecto al motivo del ingreso del total de pacientes, observamos que el mayor porcentaje (32,5%) lo acapara el alcohol por razones antes expuestas (existencia de una Unidad de Alcoholismo). Seguidamente tenemos el binomio cocaína más opiáceos (juntos y por separado suman casi el 50% de toda la demanda). Estos datos se superponen con los facilitados en centros específicos por el P.N.D. Estos datos son análogos para los varones y las mujeres.

(ver tabla de contingencias motivo mas SEXO).

Tabla de contingencia motivo * SEXO

		SEXO		Total
		Varón	Mujer	
motivo	Salud Mental	20 4.0%	26 14.1%	46 6.7%
	Cocaína	84 16.8%	11 6.0%	95 13.9%
	Opiáceos	68 13.6%	24 13.0%	92 13.5%
	Hachís	2 .4%	1 .5%	3 .4%
	Psicofármacos	4 .8%	2 1.1%	6 .9%
	Anfetaminas	5 1.0%	1 .5%	6 .9%
	Opiáceos + Cocaína	111 22.2%	39 21.2%	150 22.0%
	Opiáceos + Alcohol	9 1.8%	7 3.8%	16 2.3%
	Cocaína + Alcohol	25 5.0%	4 2.2%	29 4.2%
	Alcohol + Psicofármacos	1 .2%	8 4.3%	9 1.3%
	Ludopatía	4 .8%	1 .5%	5 .7%
	Ludopatía + Alcohol	2 .4%	1 .5%	3 .4%
	Adicción al sexo	1 .2%		1 .1%
	Alcohol	163 32.7%	59 32.1%	222 32.5%
	Total	499 100.0%	184 100.0%	683 100.0%

Considerando la presencia de psicopatología asociada en mujeres, veremos que un 36% (con tendencia al alza) del total tienen diagnóstico positivo de trastorno asociado. (Ver tabla "Trastornos psicopatológicos mujeres")

Trastornos psicopatológicos mujeres

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin ttno psicopatológico asociado	117	63,59	63,59	63,59
	con ttno psicopatológico asociado	67	36,41	36,41	100,0
	Total	184	100,0	100,0	

Si consideramos el tipo de trastornos, veremos que de las 67 mujeres atendidas en programa específico (excluidas las tratadas por alcoholismo en régimen ambulatorio) un 25% están diagnosticadas de trastorno de ansiedad, casi un 21% de t. Del estado de ánimo (generalmente depresión) y un 15% de trastornos severos del sueño. Entre los varones son más frecuentes los trastornos de personalidad y las psicosis (esquizofrénica y paranoide) así como mucho menos frecuente el trastorno del estado de ánimo. (Ver tabla "Trastorno psicopatológico").

Trastorno psicopatológico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulad
Válidos	Trastorno de ansiedad	17	25.4	25.4	25.4
	Trastorno del estado de ánimo	14	20.9	20.9	46.3
	Trastornos somatomorfos	8	11.9	11.9	58.2
	Esquizofrenia	2	3.0	3.0	61.2
	Trastornos adaptativos	9	13.4	13.4	74.6
	Trastornos disociativos	1	1.5	1.5	76.1
	Trastornos facticios	2	3.0	3.0	79.1
	Trastornos del control de los impulsos	1	1.5	1.5	80.6
	Trastornos del sueño	10	14.9	14.9	95.5
	Trastornos de lla conducta alimentaria	3	4.5	4.5	100.0
	Total	67	100.0	100.0	

Drogas legales. Prototipo: el alcohol

En este epígrafe hablaré del alcohol como sustancia representativa en su dinámica de consumo de las drogas legales. Además es el principal problema adictivo de España (superando al tabaquismo) y es una droga que en términos relativos consumen al alza las mujeres. El tabaquismo lo consume un porcentaje parecido de varones y mujeres en tanto que los psicofármacos.

En estos últimos años la tasa de mujeres bebedoras ha aumentado de tal modo que se ha aproximado a la de varones. Veamos: en los años 60 la proporción de alcohólicos varones respecto a mujeres era de diez a uno. En los años 80 dicha cifra disminuyó hasta quedar en 6 a uno. Estadísticas del año 98 reducían la proporción a menos de cuatro varones por cada mujer. A finales del año 2001 la proporción varones/mujeres es de casi 3 a 1. Luego veremos las diferencias en la forma de beber de ambos sexos.

Más del 80% de mujeres y del 90% de varones españoles se han *iniciado* en el consumo de bebidas alcohólicas, siendo la tasa de *abstinentes totales* (aquellos que nunca probaron el alcohol) en España inferior al 15%. Más del 60% de la población española bebe *habitualmente* de la cual casi un 70% son hombres y un 40% mujeres. En torno al 7% de los españoles beben *arriesgadamente* (alrededor de 60gr. de alcohol puro al día), de los cuales un 10% son varones y un 4% mujeres. Aproximadamente un 3% de la

población española es alcohólica* (un millón doscientas mil personas) con una relación varón/mujer prácticamente de 3 a 1. Es decir, en España hay más de 360 mil mujeres alcohólicas. En definitiva, teniendo en cuenta las personas que están en situación de riesgo y los que ya son alcohólicos inveterados, el problema tiene una notable envergadura. Respecto a los consumos menos malignos (inicial y habitual, y centrándonos en este último), recordemos que aproximadamente un 35% de mujeres y un 48% de varones beben habitualmente de forma *normalizada*.

Recientes datos del P.N.D. (presentados por Robles, Madrid junio 2001) informan que por primera vez en la historia hay más chicas jóvenes que chicos que se inician en el consumo de alcohol. Ciertamente parece que las mujeres suelen comenzar más precozmente (como ya se dijo) pero se estabilizan y acaban bebiendo menos que el hombre.

El *retrato robot de la mujer alcohólica* tendría entre 35 y 45 años de edad y bebería en solitario (por ejemplo vino en la cocina) de forma atormentada, depresiva y autodestructiva. Procura ocultar su adicción incluso a los más allegados, pero una vez reconocido el problema, tarda menos que el hombre en buscar solución. Por término medio su alcoholismo durará unos 7 años. Sería lo que en la tipología de Jellinek denominamos alcoholismo de tipo gamma (alcoholomanía). No obstante cada día es más frecuente encontrar mujeres que son bebedoras sociales.

El *retrato robot del hombre alcohólico* tendría entre 42 a 60 años y bebería socialmente aunque completando su ingesta en solitario. Como la mayor parte de adictos, tarda en reconocer el problema, aunque este es el caso de reconocimiento más tardío: unos 15 años por término medio. Sería el alcoholismo tipo beta y delta de Jellinek.

Drogas ilegales. Prototipo: heroína y cocaína

El índice de mujeres adictas a sustancias ilegales varía en torno a 4:1 respecto al hombre, mientras que el volumen de mujeres que demandan tratamiento es entre 5 y 8 varones por cada mujer.

El *retrato robot de la mujer adicta a drogas ilegales* tendría entre 28 y 42 años (advértase el paulatino envejecimiento de esta población), consumidora compulsiva sobre todo de heroína y cocaína (en menor medida), con antecedentes de maltrato y patología somática asociada en mayor medida que el varón. Tarda mucho en solicitar

* Algunos autores elevan el porcentaje de alcohólicos al 5% en tanto que otros lo disminuyen al 1%. Indicadores indirectos son los bebedores de riesgo y directos las demandas de tratamiento por alcoholismo, aunque estas últimas están connotadas por la mayor oferta, sensibilización social, campañas, etc., pese a lo cual estas cifras se han estabilizado (los años 96 al 98 significaron un notable aumento del nº de demandas de tratamiento en España).

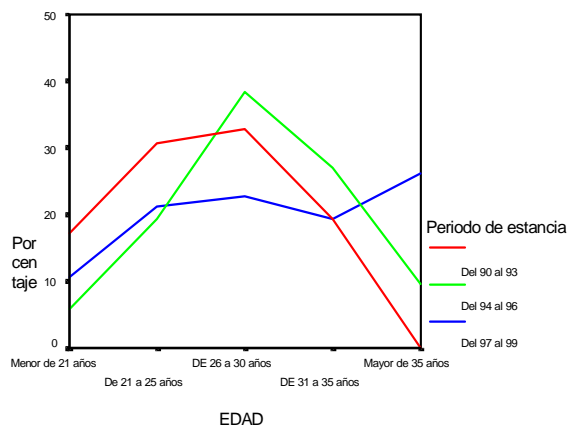
tratamiento*, sobre 6 años (por los 4 que tarda el varón), y discrimina menos el tipo de centro demandado (le da igual).

El *retrato robot del hombre adicto a drogas ilegales* tendría entre 25 y 45 años y consumiría fundamentalmente cocaína. También tarda en reconocer el problema o lo minimiza, pero solicita tratamiento antes que la mujer adicta; por término medio en unos 4 años desde que se enganchó. Con mayor frecuencia presenta comorbilidad psiquiátrica asociada o -si se prefiere- mayor psicopatología que la mujer, aunque suele tener algo mejor estado físico.

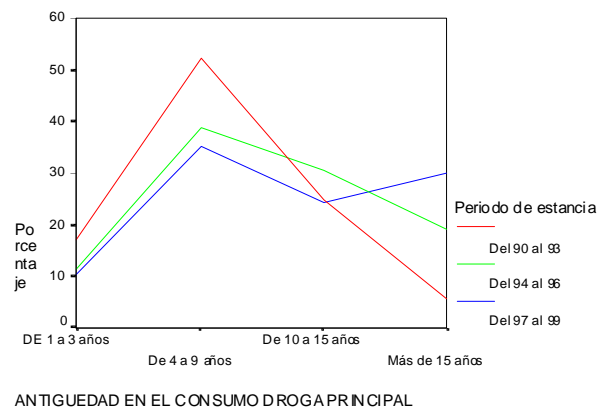
Datos de un estudio longitudinal (P. Blanco, Madrid 2001)

A continuación se expone una selección de datos del estudio longitudinal efectuado en la Fundación Instituto Spiral con una población adicta entre los años 90 y 99 (Pilar Blanco, Madrid 2000) 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 se dividió la muestra las cuestiones más significativas observadas han sido las siguientes: aumento de la edad de las mujeres tratadas, 25,6 años de media en el periodo 90-93 y 29,6 años en el



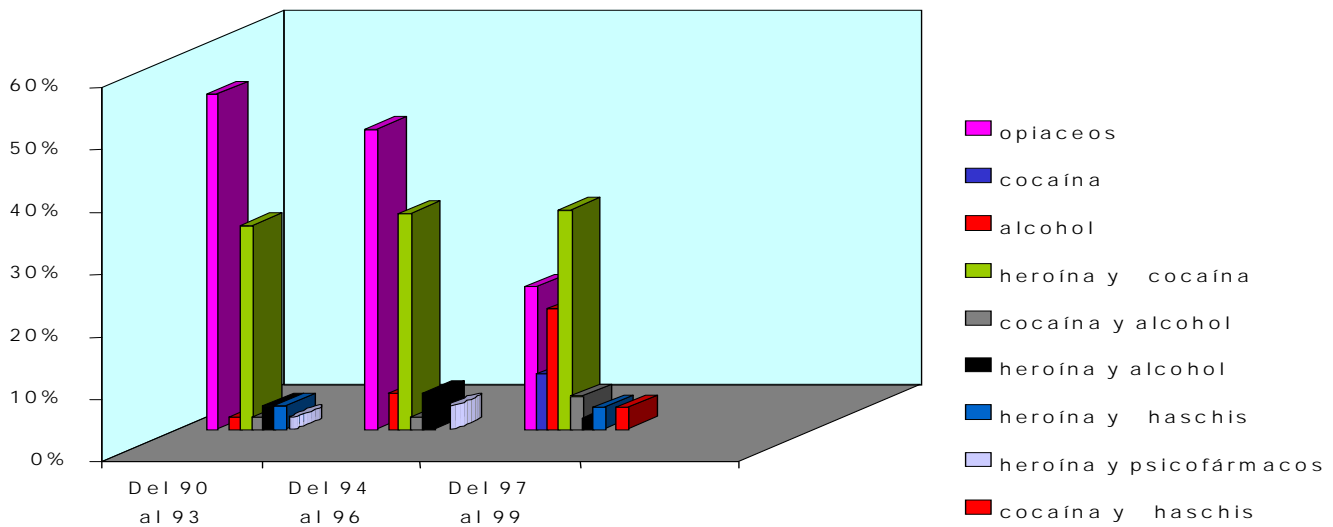
Gráfica nº 1



Gráfica nº 2

periodo 97-99 (gráfica nº 1), con 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).

* Salvando los casos de adictas -por lo común jóvenes- a quienes la familia "descubre" e impone un tratamiento no deseado, aspecto más frecuente en mujeres que en hombres por factores culturales



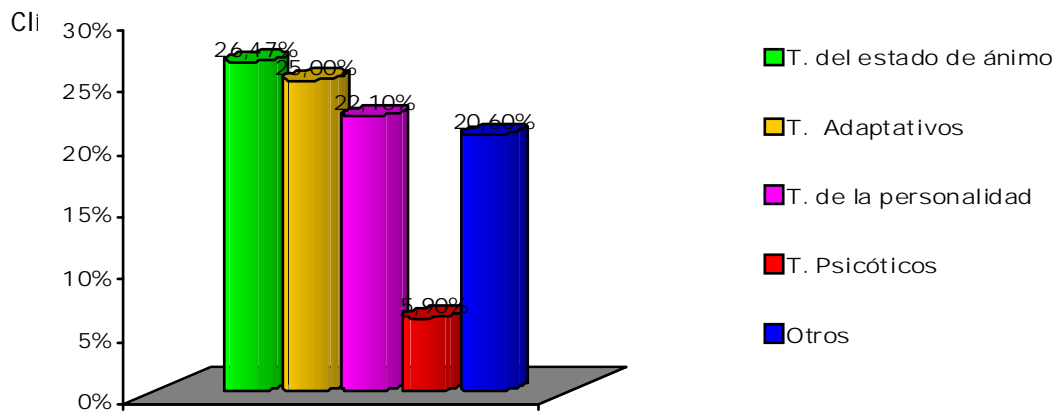
Gráfica nº 3: drogas motivo de tratamiento

Trastornos psicopatológicos asociados

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 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 4). Comparando las cohortes en que se dividió la muestra se puede observar un claro incremento de esta patología a lo largo de los años. En el periodo 90-93 un 26,9 % de sujetos padecían estos trastornos. A lo largo del último periodo el porcentaje ascendió al 57,9% (gráfica nº 4). Un informe sobre la salud mental en 2001 presentado por la OMS concluye que una de cada cuatro personas se verá afectada por alguna enfermedad mental a lo largo de su vida*.

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%.



Gráfica nº 4: trastornos psicopatológicos asociados

Como es lógico este incremento de las enfermedades mentales también afecta a la población toxicómana de las enfermedades mentales también afecta a la población toxicómana

Características psicológicas y sociales de la mujer adicta.

Entre las diversas características encontradas destacaremos aquellas que son más peculiares o les diferencian de los varones. Seleccionamos las siguientes:

- *Diferente manera de manifestar emociones y sentimientos* que parece se exteriorizan con mayor facilidad en la mujer. Por contra el hombre, parece más disciplinado y asume mejor las pautas y medidas funcionales, en tanto que la mujer drogodependiente necesita que se le expliquen y argumenten más las cosas.
- *Bidependencia, o doble dependencia*, de la droga y de la(s) figura(s) protectora(s). Es un proceso más frecuente en la mujer adicta que se podría definir como 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,

-
- En lo que respecta 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%.

optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante.

- También son mucho más frecuentes los *antecedentes de malos tratos*, y la tríada psicopatológica atormentamiento, soledad y vacío existencial, condensadas en los denominados sentimientos negativos

- Pese a la aparente mayor locuacidad de la mayor parte de mujeres, tienen tantas dificultades como los varones para expresar sus planos íntimos, lo que se hace más evidente cuando tienen antecedentes de orden *psicotraumático*

- *Menor tradición gregaria*, con un estilo de relacionarse más individual y menor sensación de pertenencia a un grupo, por factores histórico culturales. La mujer se relaciona mayormente de forma diádica o en pequeños grupos. Esto le dificultará su ulterior adscripción a grupos terapéuticos, aunque finalmente se puede conseguir una perfecta integración grupal.

- *Minusvaloración sistemática de sus capacidades* que redundan en un déficit crónico de la autoestima. El autoconcepto de muchas drogodependientes dibuja un sombrío cuadro de vicio, infravaloración, sentimiento de inescapabilidad, y tendencia a perpetuar la situación que ellas mismas consideran irresoluble.

- Frecuente *desvitalización* y aparición concomitante de perturbaciones *afectivo-emocionales* y *trastornos depresivos*.

- *Menor capacidad de autonomía* (por tender a depender frecuentemente de alguien) 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, cualquiera que sea la edad que tengan, piensan que van a equivocarse si deciden por ellas mismas.

Características diferenciales en la adicción según género (Carlos Sirvent, 2000)

	ADICCIÓN MASCULINA	ADICCIÓN FEMENINA
FACTORES SOCIOCULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vida más gregaria. Mas socializado ➤ Mayor índice de problemas legales 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vida más solitaria. Mayor soledad autopercibida ➤ Mucho mayor índice de maltrato y padecimiento de abusos sexuales
DEPENDENCIA RELACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mucho menor índice de codependencia (más parasitaria que anulativa) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mayor índice de codependencia ➤ Mayor índice de bidependencia (más anulativa que parasitaria)
RASGOS PSICOPATOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caracteropatías más frecuentes ➤ Mayor índice de psicosis (esquizomorfa) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoestima muy disminuída ➤ Mayor índice de depresión y trastornos afectivos ➤ Trastornos de ansiedad frecuente
FORMAS ADICTIVAS COMPARTIDAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alcoholismo beta y delta (bebedores sociales) ➤ Adicción a psicofármacos: predomina el consumo de hipnóticos 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alcoholismo gamma (bebedora solitaria) ➤ Adicción a psicofármacos: predomina el consumo de antidepresivos
FORMAS ADICTIVAS PECULIARES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Adicción al sexo, al deporte, workaholic (adicción al trabajo), videojuegos, internet 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compra compulsiva, teleadicción

Consideraciones respecto al tratamiento psicoterapéutico de la mujer adicta.

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; asimismo las chicas reaccionan con rebeldía claramente manifiesta ante las actitudes rígidas y disciplinarias por lo que se debe ser flexible y empático, huyendo de posturas enérgicas y tajantes

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.

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.

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

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.

Para concluir, considero interesantes las siguientes recomendaciones (Leandro Palacios, Madrid 2000) a tener en cuenta en la psicoterapia de la mujer adicta tanto respecto a la postura del terapeuta como del desarrollo de la sesión psicoterápica.

Respecto a la postura del terapeuta (L Palacios, 2000)

ADECUADO	INADECUADO
Escuchar y hablar sólo cuando sea necesario	Monopolizar la entrevista
Transmitir aceptación	Buscar "resistencias" en lo que la paciente hace o dice (postura defensiva por parte del terapeuta)
Mostrar interés y adoptar una postura de "inocencia terapéutica" respecto a los temas de los que la paciente habla	Dar por conocidos algunos temas o sobreentender lo que se dice
Ser directivo cuando se debe serlo	Intentar resolver todo en el momento
Observar y atender al qué y al cómo se dicen las cosas.	Retraerse de asumir responsabilidades cuando es necesario
Reforzar y potenciar aquellas afirmaciones, conductas, etc. que posibiliten el cambio y el avance hacia la solución	Seguir los propios objetivos y desestimar los de la paciente
Utilizar el sentido común	Repetir los enfoques ineficaces y los errores de intentos terapéuticos previos

Respecto al desarrollo de la sesión (L Palacios, 2000)

ADECUADO	INADECUADO
Hacer preguntas abiertas pero solicitando concreción en el discurso	Complicar las cosas con intervenciones demasiado artificiales y/o innecesariamente sofisticadas
Concreción también por nuestra parte.	No llamar la atención de la paciente sobre la consecución de sus objetivos cuando este hecho se produzca
Establecer prioridades tanto en las cuestiones a abordar como en las medidas que se adopten.	Ni advertir ni ampliar conductas, afirmaciones, actitudes, etc., que faciliten las soluciones
Establecer objetivos específicos a corto plazo.	Ignorar hechos y/o sentimientos atribuyéndolos incluso al talante "histórico", "depresivo", "fabulador", etc., de la paciente
Centrarse en las posibles soluciones, cuando la paciente se refiera a sus tratamientos anteriores preguntar: "qué cosas fueron inútiles en aquella ocasión y cuáles no	Realizar preguntas cerradas que hagan del diálogo terapéutico una especie de interrogatorio o examen tipo test
Reforzar y potenciar aquellas afirmaciones, conductas, etc. que posibiliten el cambio y el avance hacia la solución	Permitir abstracciones continuas, especialmente en aquellas pacientes más proclives a dispersarse y amalgamar unos temas con otros
Seguir los objetivos de la paciente, siempre que estos tengan que ver con las metas del proceso terapéutico.	Brindar explicaciones complejas y/o técnicas
Plantear objetivos concretos que no den pie a confusiones.	Aceptar objetivos vagos o perder de vista los objetivos.
Intentar cosas diferentes sin caer en el error de la originalidad por la originalidad	Centrarse demasiado en el análisis de los problemas
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.	Establecer conclusiones antes de recoger información

Referencias

1. Aharon, Sara (2000) Addiction-specific support group use, personality characteristics and recovery status in substance abusers: A follow-up study. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering. Vol 61(6-B). U Toronto.
2. Baker Miller J. (1992) Hacia una nueva psicología de la mujer. Ed. Paidós.
3. Bardwick JM. (1986) Psicología de la mujer. Madrid: Alianza Editorial.
4. Blanco P. (2000) Evaluación de un programa específico para mujeres adictas. Madrid: Actas I Symposium Nacional sobre Adicciones en la Mujer.
5. De la Cruz Godoy y cols (2001). Estudio Adicciones Ocultas (aproximación al consumo diferencial de psicofármacos). Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas.
6. DSM- IV 1995 Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Asociación Americana de Psiquiatría. Editorial Masson. Barcelona.
7. Echeburúa E. (2001) Abuso de alcohol. Madrid. Editorial Síntesis.
8. Elzo J. Et alls. (2000). Estudio "Jóvenes Españoles '99". Fundación Santamaría. Madrid.
9. Memoria 2000 (2001). Dpto. Publicaciones Fundación Instituto Spiral, Madrid.
10. Carrasco M.J. y García Mina (2001). Género y psicoterapia. Universidad Pontificia de Comillas.
11. Greberman, Sharyn B., Jasinski, D. (Comparison of drug treatment histories of single and multiple drug abusers in detox. Addictive Behaviors. Vol 26(2). National Insts of Health/National Inst on Drug abuse, Div of Intramural Research, Baltimore.
12. Haddon, C. (1985). La mujer y los tranquilizantes. Editorial Pirámide. Madrid.
13. Ministerio de Sanidad y consumo (1998). Encuesta Nacional de Salud año 1997. Madrid.
14. Observatorio Vasco de Drogodependencias (2001). Encuesta vasca Gazteala 2001. Bilbao.

15. Observatorio Vasco de Drogodependencias (2000). Marañón M. Donosti.
16. Oggins, J; Guydish, J; Delucchi K; (2001) Gender differences in income after substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* Vol 20 (3). U. California, San Francisco, CA.
17. Orte, C. March, M.X; Capllonch, I. (1997) *Mujer y drogas en España*, informe final. Mimeo.
18. 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.
19. Palmer C. Y Horowitz M. (1982) *Mujeres chamán, damas iniciáticas*. Edit. Castellarte.
20. Krueger R.A. (1991) *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Editº Pirámide.
21. Sheu, Ching-Fan; Suzuki Sawako. (2001). *Meta-analysis using linear mixed models*. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*. Vol 33(2). DePaul U, Chicago, IL.
22. Sirvent C. (1991) *Programa terapéutico para mujeres adictas*. Dpto. Publicaciones de F. Instituto Spiral, Oviedo.
23. Sirvent C. (1994) *La mujer drogodependiente*. Madrid. Edición limitada para el Instituto de la Mujer y centros de documentación en drogodependencias. Instituto de la Mujer.
24. 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: Editada por Mateos Agut.
25. Sirvent C. y Rodríguez J. (1997) *Drogodependencias: sociología, evaluación y proceso*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo.
26. Vogt Irmgard (1998) *Gender and drug treatment systems*. Klingemann, Harald (Ed). Fachhochschule Frankfurt-am-Main, Dept of Social Work, Frankfurt-am-Main, Germany.