

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 incompreensión 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.**

¹ Ponencia titulada "Género y Adicciones". IV Jornadas sobre Género y Psicoterapia . Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Madrid. 2000.

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.

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 máquino 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

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.

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 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

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.

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.

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?".

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 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 (ii 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.

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.

✓ **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 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 "histórico", "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 esclerotizadas 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

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.

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.

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.

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.

- 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 adquieran 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 toxicodependente*. 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 psicósomáticos*. 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.