

**SUBPROGRAMA TERAPÉUTICO  
FEMENINO  
FUNDACIÓN INSTITUTO SPIRAL**



## Índice

I.- INTRODUCCIÓN .....	3
II.- LA BIDEPENDENCIA Y SU IMPORTANCIA EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN LA MUJER .....	5
III.- CUESTIONES A TENER EN CUENTA EN UN CENTRO TERAPÉUTICO FEMENINO .....	7
A) Argumentos a favor de un centro específico.....	7
B) Respecto a las Actividades Terapéuticas .....	7
C) Respecto a la asunción de responsabilidades.....	8
D) Diferencias en el estilo terapéutico .....	8
F) Aspectos importantes en los que incidir en un centro femenino .....	9
IV.- PRINCIPIOS Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS .....	10
V.- DESCRIPCIÓN ABREVIADA DEL PROGRAMA .....	12
1ª ETAPA: INTEGRACIÓN FUNCIONAL.....	12
2ª ETAPA: MADURACIÓN .....	13
3ª ETAPA: IMPLEMENTACIÓN - REINTEGRACIÓN SOCIAL.....	13
VI. - ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS .....	14
1.- Actividades Psicoterapéuticas .....	14
A) PSICOTERAPIAS GRUPALES .....	14
B) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL.....	16
2.- Actividades Socioterapéuticas.....	17
3.- Actividades socioculturales.....	17
A) Actividades formativo-académicas .....	17
B) Actividades culturales .....	18
4.- Actividades laborales .....	18
5.- Actividades deportivas .....	18
6.- Actividades lúdicas .....	19

## I.- INTRODUCCIÓN

Desde sus orígenes Instituto Spiral ha conferido una especial importancia al problema de las adicciones en la mujer. Dado que el colectivo de varones adictos supera al de mujeres, la situación de éstas dentro del espacio asistencial ha sido precario ya que los dispositivos de atención solían encontrarse funcionalmente connotados por el predominio masculino. No es que - como se ha dicho - sean centros *para varones*, sino que el predominio de éstos hace que, intrínsecamente y sobre todo en sus planos horizontales (interrelación de usuarios), vengán determinados por el estilo que aquéllos marcan.

En 1.990 se inauguró el Centro Residencial Femenino de Instituto Spiral en Peón (Asturias). Los comienzos resultaron difíciles debido sobre todo a la falta de usuarias por el desconocimiento general del dispositivo y a que la proporción de mujeres en programas de rehabilitación residencial es todavía menor que la relación numérica respecto a los varones. La ausencia de precedentes para esta clase de centro nos hizo aplicar el programa que desarrollábamos en centros mixtos con ciertos matices y modificaciones, además de algunas innovaciones que fueron cobrando cuerpo propio hasta la actualidad, en que se dispone de un programa autóctono para mujeres. Lo que más nos llamó la atención desde los primeros meses de andadura fueron las sensibles diferencias macro y microgrupales respecto a los centros de varones, diferencias que obligaron a mostrar un talante distinto y adecuado a la nueva situación y a romper la natural inercia de los equipos a mantener actitudes válidas en el otro contexto pero poco eficaces en un centro femenino.

Las principales peculiaridades que observamos eran, entre otras, la menor tradición gregaria de las mujeres adictas, que conlleva un estilo de relacionarse menos grupal, con menor sentimiento de pertenencia a un grupo, costándoles inicialmente un considerable trabajo funcionar grupalmente y

sobre todo en los aspectos normativos. Eso sí, una vez que se logra tras denodados esfuerzos constituir un grupo de mujeres, éste se muestra fuertemente cohesionado y con lazos afectivos de amistad que perduran incluso después de superado el programa. Otra característica es la diferente manifestación de emociones y sentimientos, que exteriorizan con mayor facilidad las mujeres. El hombre, en cambio, parece más normativo y asume mejor las pautas y medidas reglamentarias y funcionales del centro, en tanto que la mujer adicta necesita que se le expliquen y argumenten más las cosas.

Pero, de todas las diferencias observadas, quizá la más importante sea la **bidependencia** o doble dependencia de la droga y de la(s) figura(s) protectora(s) y en cuya explicación ahora nos detendremos.

## II.- LA BIDEPENDENCIA Y SU IMPORTANCIA EN EL ABORDAJE DE LAS ADICCIONES EN LA MUJER

Esta patología fue descrita por Carlos Sirvent al observar cómo numerosas pacientes presentaban una dependencia emocional asociada al trastorno adictivo, con el agravante de que esta segunda patología suponía un factor de riesgo de primera magnitud. La primera definición publicada (1994) decía así: *“la bidependencia o doble dependencia es el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción (buscar recursos, comprar droga, etc.). En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante”*.

Del análisis de memorias y estudios de investigación hemos concluido que la bidependencia es un fenómeno típico de la mujer adicta en más del 70% de casos (\*). Esta bidependencia se refiere no solo a la adicción a una o varias sustancias sino a en la tendencia a subsumirse, "apoyarse en", "abandonarse en manos de"... esperando que alguien le resuelva la situación y en definitiva a **depender** de alguien, asociado a una baja autoestima, adoptando una posición de pasividad ante la vida, que aboca en una peculiar falta de autonomía o de directrices y objetivos claros; en definitiva a no asumir clara y rotundamente la

---

(\*) El porcentaje de varones bidependientes es significativamente menor que el de mujeres, pero no es ésta la principal razón para justificar un programa específico, sino la carencia de una "cultura para la autonomía" más sencilla de inducir en el hombre. La mujer toxicómana bidependiente presenta unas insuficiencias a dicho respecto que no se subsanan fácilmente, siendo precisos numerosos aprendizajes sumativos: entre los que destacan el de adquisición de autonomía, mejora de la autoestima, capacidad para trabajar en grupo, autoeficacia, etc.

NOTA: los porcentajes reflejados en este apartado son relativos a nuestra muestra de población, ya que no encontramos datos de esta naturaleza en otros estudios y, en definitiva, sirven básicamente para este colectivo de pacientes.

dirección de su propia vida y la toma de decisiones de manera independiente y autóctona.

Esta claro que el origen de esta situación se deriva en buena parte de la "biografía azarosa" que han seguido la mayoría de drogodependientes, tanto hombres como mujeres, si bien estas últimas han sufrido en mayor medida una figura opresiva sojuzgadora (parental, compañero-inductor, proxeneta, etc.) o sobreprotectora-absorbente. En el perfil clínico aparecen los bipolos sojuzgamiento - sobreprotección en más de un 75% de los casos. Pero es ya durante el proceso de convertirse en adicta (en la carrera hacia la drogodependencia primero y en la ulterior vida como adicta luego) cuando se establece o definitivamente arraiga el famoso "depende de alguien" (personas, grupos, situaciones sostenidas, etc.) que tanto dificulta la deseable "restitutio ad integrum" pretendida por cualquier programa terapéutico. En los estudios de actitud y en el análisis simple del comportamiento de la mujer adicta se confirma lo antes enunciado: iterativa tendencia a delegar responsabilidades, y apoyarse en los demás condicionando su futuro al de otra u otras personas, y - sobre todo- a no querer asumir la propia vida con autonomía e independencia, más por incapacidad (por ser una habilidad que prácticamente nunca desarrolló) que por negligencia.

### **III.- CUESTIONES A TENER EN CUENTA EN UN CENTRO TERAPÉUTICO FEMENINO**

#### **A) Argumentos a favor de un centro específico**

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

#### **B) Respecto a las Actividades Terapéuticas**

A la hora de efectuar actividades psicoterapéuticas se deberá tener en cuenta la influencia de los siguientes aspectos diferenciadores en las mujeres adictas:

- La minusvaloración de sus capacidades, que obliga a trabajar la autoestima desde el principio del tratamiento.
- Un estilo de relacionarse menos "grupal", más emocional, en ocasiones buscando antes la atracción individual que el autoafianzamiento dentro del grupo.
- Mayor desvitalización y presencia frecuente de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos.
- Menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y de independencia a la hora de tomar decisiones. En muchas ocasiones la mujer vive sintiéndose inferior y esta situación le lleva a estar bajo la "tutela" o cuidado de otros, no importa la edad que tengan. Se necesita por ello incluir actividades específicas enfocadas a la reestructuración afectiva, a la expresión adecuada de emociones y que propicien la adquisición de autonomía personal.

### **C) Respecto a la asunción de responsabilidades**

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

### **D) Diferencias en el estilo terapéutico**

Un centro femenino exige un estilo terapéutico diferente donde la comunicación es muy importante pues a las mujeres les cuesta más opinar, en ocasiones por falta de hábito. Así mismo, las adictas reaccionan con rebeldía

claramente manifiesta ante las actitudes rígidas, por lo que se debe de huir de posturas enérgicas y tajantes. Con los hombres se puede utilizar un estilo más incisivo mientras que la paciencia es más útil en las mujeres.

#### **F) Aspectos importantes en los que incidir en un centro femenino**

- Trabajan la autoestima desde el primer día.
- Eliminar ideas irracionales y pensamientos autodestructivos.
- Aceptar un pasado conflictivo (malos tratos, separaciones, prostitución, etc.) sin obsesionarse, buscándose en el presente al inicio del programa y - mediado el mismo - preparando decididamente el futuro.
- Aumentar la autoeficacia objetiva y subjetiva.

#### IV.- PRINCIPIOS Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

Mucho de lo que pudiera incluirse en este apartado se encuentra en los correspondientes del “**Programa Terapéutico Spiral. Aspectos Generales**”, puesto que el Programa para Mujeres participa de la filosofía asistencial y del modelo terapéutico general descrito en los mismos. Debido a ello, nos centraremos tan sólo en aquellas cuestiones específicas de relevancia en el programa femenino.

Para poder afrontar las adicciones en la mujer con un mínimo de garantías se requiere un elaborado plan paralelo psicoterapéutico (reeducativo y autocomprensivo) que cubra los objetivos pretendidos de recuperar o adquirir autoestima, capacidad para la autonomía personal en armonía con el medio y, sobre todo, con independencia de criterios y disposición individual para afrontar su futuro. Esto - que se dice pronto - cuesta un esfuerzo ímprobo y es tanto o más importante que la propia rehabilitación.

El marco de un programa específico para mujeres adictas, con un equipo técnico asimismo femenino, propicia el crecimiento terapéutico al tratarse de un medio homogéneo donde se comparten problemas afines y se hace inexcusable la asunción de responsabilidades y la elucidación autónoma e independiente de objetivos. En un centro mixto sería mucho más difícil llegar a estos planos terapéuticos por razones obvias: población heterogénea, tendencia a formar parejas, falta de naturalidad en actividades grupales, celos y envidias, etc. pero sobre todo porque es más fácil la simbiosis con otra u otras personas que decidan y piensen por él o ella, confundiendo identificación con asimilación y disolución de una personalidad en otra, (elementos aplicables por igual a chicos y chicas). Obviamente varios de estos problemas pueden darse también en un centro específico para varones, aunque la experiencia y costumbres más gregarias de los hombres hacen más llevadera su subsanación y además el programa prevé estas contingencias,

adoptando fórmulas para que no aparezcan o se solventen. La razón fundamental, empero, que justifica el centro específico debe buscarse en los argumentos antes referidos, que aludían a la bidependencia, la falta de un gregarismo específicamente femenino y el trabajo directo sobre la autoestima y autonomía en un marco homogéneo y limpio de artefactos, donde la variable contaminante no es pasiva (el sexo) sino activa (la tendencia del drogodependiente a depender o interdepender de una figura del otro sexo e incluso del mismo). Consideramos asimismo que las simbiosis sin dependencia pero con interdependencia de ambos sujetos en el marco de un programa de rehabilitación es también un lastre negativo para la adquisición de autonomía y superación de la bi y codependencia.

## V.- DESCRIPCIÓN ABREVIADA DEL PROGRAMA

### 1ª ETAPA: INTEGRACIÓN FUNCIONAL

Dura entre 4 y 9 meses y se lleva a cabo en régimen residencial cerrado, aunque se programan salidas de prueba al finalizar el ciclo o si la evolución o circunstancias personales y familiares así lo indican. Se subdivide en una primera fase - denominada **ACOGIDA** - que representa la primera toma de contacto de la adicta con el programa y el equipo. Tiene una función de adaptación a la rutina del centro y, en su caso, de servir para la desintoxicación. Durante este periodo la recién ingresada es recibida y ayudada por los responsables terapeutas y las propias residentes, procurándole hacerle más fácil y grata su adaptación a la rutina básica del programa (horarios, ritmos, actividades, etc.). Dura entre 4 y 10 días para pasar enseguida a la fase de **INTEGRACIÓN** propiamente dicha, que tiene como objetivos primordiales la recuperación física y psicológica mediante una intensa preparación reeducativa y psicoterápica bajo los principios antes referidos de atención integral y ámbito comunitario. Por fin, se entra de pleno en las actividades terapéuticas del programa, procurando que se cubran los objetivos de este primer ciclo. Las actividades terapéuticas de esta primera fase están regidas por la regla 30/70 (porcentaje de actividades psicoterapéuticas respecto al resto dentro del horario habitual, ver "principios terapéuticos") y presión para la progresividad, para que cada día sea siempre algo superior al anterior en autoexigencia (por supuesto no se habla en términos cuantitativos estrictos, sino aludiendo a la tendencia general que debe regir el ritmo de actividades). En el caso de las mujeres se hace especialmente cuidadosa esta subetapa por cuanto de adaptación emocional y convivencial supone. Una vez alcanzado un adecuado nivel psicofísico donde el grado de organización funcional y cumplimentación de objetivos sea el idóneo o, al menos suficiente, se pasa a la segunda etapa del programa.

## **2ª ETAPA: MADURACIÓN**

Dura entre 8 y 9 meses y se realiza en el mismo centro aunque en régimen semiabierto, con salidas programadas donde ir incidiendo sobre la **Áreas Básicas** (ver "principios terapéuticos") y afrontar más decididamente el plano de la dependencia (y bidependencia), de los estímulos condicionados, autestima, etc., todo ello bajo la tutela del equipo terapéutico, que coordina el plan de acción de manera que se adecúe al estado real de la paciente, sin rémoras del pasado y con los ajustes precisos para un nuevo marco convivencial. En esta etapa las actividades psico y socioterápicas adquieren un mayor grado de diferenciación de manera que se produzcan las definitivas captaciones y elucidación de percepción externas, conceptos, sistemas de valoración, autopercepción, etc., que coadyuvan en una reestructuración madura (de ahí el nombre de la etapa) donde la capacidad de análisis de la paciente y su introspección se caracterizan por el rigor y el pragmatismo.

## **3ª ETAPA: IMPLEMENTACIÓN - REINTEGRACIÓN SOCIAL**

Se efectúa en un piso tutelado y ocasionalmente en el seno familiar. Suele durar entre 2 y 6 meses (media de 3 meses). Sirve para implementar de manera decidida lo anteriormente aprehendido, desarrollando aspectos psicosociales relacionados con el devenir inmediato de la adicta, objetivos pragmáticos de futuro y proyecto de vida, donde se combine la autonomía con la incorporación social. Además, se verifica, comprueba y pone en práctica todo lo anteriormente adquirido, corrigiendo y modulando los últimos déficits que aún restasen por subsanar.

Una vez obtenido el alta se acuerda un **PLAN DE SEGUIMIENTO** que sirve no sólo para comprobar la buena evolución de la adicta sino para apoyar, reafirmar y estar al corriente de cada trayectoria individual.

## **VI. - ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS**

El tipo de actividades que incluye el Programa Terapéutico Femenino comprende el siguiente espectro:

### **1.- Actividades Psicoterapéuticas**

Pueden ser **individuales, grupales y colectivas**, según atiendan al plano unipersonal de pequeño grupo (dinámica grupal) o gran grupo (colectivas). Tienen como objetivo abordar los planos anímico-comportamental y reestructurador en lo psicológico, superando la consumofilia y procurando la autoafirmación vital del sujeto. Las principales son:

#### **A) PSICOTERAPIAS GRUPALES**

##### **Psicoeducativas**

Inciden en la identificación, comprensión y aprendizaje de nuevas formas de interacción y estilos de vida a través de la reeducación y el entrenamiento de habilidades sociales tanto de decisión (una vez identificado el problema) como de codificación. Sirven para orientar, dar seguridad y adquirir conocimientos teórico-prácticos sobre la adicción y sus problemas asociados en una primera etapa y para el análisis y ulterior reestructuración de aquellos aspectos psicosociales más íntimamente vinculados a la dependencia en etapas posteriores. Las principales son:

- *Grupo Educativo General*
- *Grupo de E.H.G.(Entrenamiento en Habilidades Generales)*
- *Grupo de Áreas Básicas*
- *Programa Terapéutico*
- *Foro temático*

### **Funcionales - Organizativas**

Dirigidas más a las áreas funcionales de la persona que a las afectivo - emocionales. Atienden a los niveles de responsabilidad, ejecución de tareas concretas, organización y cooperación. Son las siguientes:

- *Comentario Postprandial*
- *Mejora Funcional*
- *Revisión funcional*

### **Estructurales Monográficas**

Atienden al repertorio personalizado de elementos psicológicos a considerar (asertividad, autoestima, autocontrol, etc.). En definitiva, al análisis de un/as área/s de la persona.

- Preparación de Salidas
- A.M.P (Actividad Monográfica Psicoterapéutica)
- Análisis de Salidas

### **Estructurales Grupales**

Atienden al repertorio de elementos psicológicos que comparten (de forma análoga o antagónica) los sujetos protagonistas de la sesión, por ejemplo, la historia de vida con episodios afines, actitudes complementarias o diversas, etc. Las principales son:

- Grupo de E.H.G (Entrenamiento en Habilidades Específicas)
- A.G.P (Actividad Grupal Psicoterapéutica)
- Magazine
- Autoanálisis

### **Observacionales**

Atienden tanto al plano del análisis y adopción de medidas según la trayectoria y el progreso del paciente en el programa como a la verificación de la cobertura de éstas. Son:

- Agenda de Autorregistro
- Control de Objetivos
- Control de Tareas

### **Adictológicas**

Dirigidas a la prevención de recaídas. Tratan de que el sujeto comprenda y analice su problema con las drogas e identifique qué situaciones, pensamientos y estados emocionales pueden acercarle al consumo y cómo afrontarlos adecuadamente.

- Programa de Prevención de Recaídas

## **B) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL**

Las **psicoterapias individuales** se pautan y desarrollan según las necesidades individuales y evolutivas, sin someterse a horario preestablecido aunque siempre dentro de un margen para que no interfieran con el resto de actividades psicoterapéuticas. Se subdividen en:

- \* **Psicoterapia individual** propiamente dicha.
- \* **Seguimiento intraprograma** de la evolución individual.

## 2.- Actividades Socioterapéuticas

Obviamente poseen un carácter grupal, bien microgrupal, bien colectivo o asambleario. Atienden a diferentes aspectos del plano vital, relacional (interrelacional), funcional y - por lo tanto - estructural del individuo, adoptando el paradigma sujeto respecto al grupo (microgrupo o gran grupo) como referente sistemático de trabajo. Algunas de estas actividades son:

1. **Asamblea** : reuniones colectivas de todos los sujetos que comparten tratamiento en la que se discuten asuntos funcionales, interrelacionales, etc. según un orden del día, áreas de responsabilidad, metas semanales, funcionamiento en actividades, etc.
2. **Performance socioterapéutico**: análogo a la asamblea pero relativo al análisis de cada grupo o subgrupo y el rendimiento semanal mostrado colectivamente.
3. **Tareas asignadas**: para realizar en el día a día y de obligado cumplimiento.
4. **Otros**: reuniones de responsables, monográficos, determinadas actividades dirigidas, etc.

## 3.- Actividades socioculturales

### A) Actividades formativo-académicas

En primera instancia las actividades formativo-culturales se limitan a un nivel básico o a un horario ligero, toda vez que la capacidad comprensiva/aprehensiva está disminuida como secuela inmediata del todavía reciente consumo de drogas. Ulteriormente se progresa y profundiza hasta que la capacidad mnésica y cognitiva se recupere a satisfacción. En general, las más frecuentes son: formación académica, cultura general, sesiones monográficas, visitas culturales, trabajos de la misma naturaleza, etc.

## **B) Actividades culturales**

Siempre abiertas a la inclusión de novedades. Las actividades de esta modalidad más frecuentes son: seminarios y monográficos culturales (uno o dos por semana), diaporamas, vídeos ó posters culturales educación para la salud, revista (a expensas del magazine), cine-club y videoforum mediante videoteca con sesiones preelaboradas y entrega de ficha técnica con ulterior debate postvisionado, taller de expresión plástica y artesanal, taller de teatro y vídeo.

## **4.- Actividades laborales**

Tienen la máxima importancia y son de riguroso cumplimiento. Incluyen varias áreas en cada una de las cuales hay responsables. Se procura que los trabajos sean rotativos y no extenuantes aunque sí continuados y a buen ritmo. en todo momento se atiende el estado físico y psíquico de cada residente. Tipo de actividades laborales: marquetería y construcción, fontanería, electricidad, etc.; carpintería (ebanistería y carpintería metálica), jardinería, si es posible en la zona del centro de día, talleres varios (artesanía, manualidades, etc), horticultura (invernaderos, si es posible), servicios: cocina, limpiezas, mantenimiento, lavadero, calefacción, piscina, etc.

## **5.- Actividades deportivas**

El deporte, la alimentación y demás elementos higiénico - dietéticos merecen una especial consideración como complemento indispensable para mantener un cuerpo sano y recuperar la energía vital. Algunas de estas actividades son: gimnasia, deportes varios (en general tienen prioridad los colectivos, donde pueda participar un número amplio de personas), marchas a la montaña (son frecuentes las marchas a refugios de los Picos de Europa), etc.

## **6.- Actividades lúdicas**

Cubren parte del tiempo en que no se desarrolla el resto de actividades. Consideramos que el ocio y tiempo libre necesariamente deben estar bien utilizados, so pena de que el sujeto involucre. El adicto debe disponer de escaso tiempo libre y, aunque puede parecer duro y desproporcionado, pronto se ve en la práctica que un programa apretado de actividades es agradecido por los propios pacientes. Algunas de estas actividades son : acampadas de objeto sociorrelacional, concursos, juegos y festivales (sábados y festivos), teatro y representaciones cómicas o espectáculos músico-teatrales.