



**ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO
DE LA ADICCIÓN FEMENINA**

Leandro Palacios Ajuria.
Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica.
Coordinador Asistencial de la Fundación Instituto Spiral.
Madrid.

INTRODUCCIÓN

Parece sorprendente que hasta hace pocos años las particularidades de género no hayan empezado a cobrar importancia en el campo de las adicciones. Durante la década de los 80 y de los 90 fueron más bien escasos los trabajos publicados en torno a la situación de la mujer adicta, resultando curioso no obstante que todos ellos coincidieran en señalar las notables diferencias que encontraban en el modo de vivir y de sentir el problema adictivo entre hombres y mujeres y en la necesidad de que estas últimas dispusieran de espacios terapéuticos propios.

Como ya se sabe, nuestra entidad posee una dilatada trayectoria tanto investigadora como asistencial en adicciones femeninas que hace que – si bien la situación actual no es comparable a la de quince años atrás - aún nos choque el desconocimiento que muestran numerosos profesionales respecto a este campo y lo poco que se tienen en cuenta tanto las diferencias introducidas por el género en el abordaje de dicho fenómeno como el hecho de que muchos constructos epistemológicos y operativos carecen actualmente de la aplicabilidad clínica de otras épocas debido a los cambios socioculturales acaecidos. Por si fuera poco, la realidad del día a día no hace sino subrayar la influencia creciente de lo femenino en la labor terapéutica, no sólo por el volumen de adictas que solicitan tratamiento sino porque sucede lo mismo con las mujeres que se interesan y/o dedican a la salud mental y, en concreto, a las adicciones...¿Será que la terapia tiene tanto que ver con las funciones y los roles maternales como afirman algunos autores?.

En las líneas que vienen a continuación intentaré sintetizar un conocimiento actualizado sobre la intervención psicoterapéutica en las adicciones femeninas, aspectos diferenciales y cuestiones a tener en cuenta a la hora de planificar el abordaje de las mismas en los diferentes planos de intervención que conforman el continuum terapéutico (terapia individual, familiar, de grupo, etc.)

LAS ADICCIONES NO TIENEN GÉNERO

280

Mucho se habla (y se seguirá hablando) sobre el género y su influencia en diversos órdenes de nuestra vida. La adicción en la mujer se ha convertido en foco de interés para profesionales e instituciones y proliferan iniciativas y actuaciones tanto docentes como asistenciales en torno a este tema que poco a poco saldan la deuda histórica contraída por la sociedad con las mujeres adictas.

Corremos, no obstante, el peligro de que “el carro vaya delante de los bueyes” si olvidamos que todo fenómeno adictivo implica un abanico de trastornos y alteraciones en las cuales – y una vez establecidas - el género del sujeto que las sufre pesa menos de lo que pueda creerse. 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 quienes los padecen, pues resultaría inviable en la práctica confeccionar 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 encontrar aspectos comunes entre nuestra cultura y la suya que posibilitaran la comunicación y la comprensión mutua y no tanto en percibir las diferencias (que, supongo, resultarían evidentes).

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.

LA INTERVENCIÓN DEBE CENTRARSE EN LO ADICTIVO

Cualquier profesional con experiencia en adicciones sabe que el primer aspecto sobre el que hay que intervenir en 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 resulte de perogrullo, si no se tiene en cuenta puede suceder que se conceda prioridad a otro tipo de cuestiones (incluidas las de género) y no al abordaje de la dependencia tanto en su vertiente física como psicológica. Diré a este respecto que mis compañeros médicos y psiquiatras utilizan los mismos fármacos tanto para desintoxicar a hombres y a mujeres como para hacer frente a las secuelas psíquicas que experimentan (depresiones, ansiedad, psicosis, etc.) y que no he escuchado a adictos de ambos sexos referirse a las drogas o a otras dependencias no químicas en masculino o femenino (Es más, hasta resultaría cómico hablar de la heroína y “el héroe”, la coca (cocaína) y “el coco”, la máquina tragaperras y “el máquina tragaperros”, etc.).

En resumen, la intervención debe centrarse en lo adictivo, empezando por los planos más básicos (somáticos y farmacológicos), para, una vez que se consigue la recuperación en estos niveles, avanzar hacia otros en que el género condiciona – y mucho – el abordaje terapéutico. Nunca, empero, debe olvidarse que la dependencia es el “factor primum” sin cuyo manejo todos los demás se encuentran fuera de nuestro alcance.

Y AHORA, LA INTERVENCIÓN DEBE TENER EN CUENTA EL GÉNERO

¿Existen maneras específicas de intervenir en las adicciones femeninas y en las masculinas? y, de ser así, ¿cuáles serían los aspectos concretos de dichas intervenciones y cómo habrían de llevarse a cabo?.

La práctica de la terapia me convence cada día más de que las mujeres requieren un acercamiento diferente no sólo por las particularidades de sus problemas sino porque, cuando ellas mismas así lo solicitan – aunque más implícita que explícitamente –, se encuentran con uno de los prejuicios que más lastran al profesional de las adicciones (“lo que el adicto demanda y lo que realmente necesita no tienen nada que ver”), induciéndole al error de no escuchar lo que se le pide y, antes bien, interpretarlo como “manipulación”, “resistencia”, etc.

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 psicoterapéutica.

PSICOTERAPIA INDIVIDUAL EN ADICCIONES FEMENINAS

Sin que sea mi intención erigirme en juez de “lo que está bien” y de “lo que está mal” y contando con 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) que debería presidir la acción terapéutica con adictas. Éstas son:

“Eros” terapéutico

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 que recogen 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 arrasado 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 por qué 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 (¡¡ 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 terapéutico.

PSICOTERAPIA 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 relación menos grupal, más diádico y vincularmente restrictivo que les dificulta 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 adicta 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.

Por otra parte, 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, 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 depositar un especial cuidado en potenciar cualquier conducta o movimiento orientados hacia la autoafirmación de las adictas a fin de que la disonancia afectiva que experimenten respecto a su comportamiento previo no las haga retroceder hacia posturas pasivizantes.

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).

286

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.

A MANERA DE CONCLUSIONES

Espero que las siguientes afirmaciones 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 casi 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.

Blanco, P.: Evaluación de un programa específico para mujeres: 10 años de experiencia. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Instituto de la Mujer. 2000.

Blanco, P.: Psicoterapia individual de la mujer adicta. Ponencias y comunicaciones del II Symposium Nacional sobre Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Instituto Spiral. 2002.

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.: La Familia del Drogodependiente, en Drogodependencias. Sociología, Evaluación, Proceso. Sirvent, C. y Rodríguez, J. (coordinadores). I. Spiral y Universidad de Oviedo, Oviedo. 1997.

Palacios Ajuria, L.: Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Instituto de la Mujer. 2000.

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.: Psicoterapia grupal de la mujer adicta. Ponencias y comunicaciones del II Symposium Nacional sobre Tratamiento de la Adicción en la Mujer. Instituto Spiral. 2002.

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 Rodriguez, 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.

Sirvent Ruiz, C.: Dependencias relacionales: codependencia, bidependencia, adicción afectiva. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Instituto de la Mujer. 2000.

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.