



**TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN
EN LA MUJER ADICTA**

Belén Sánchez Garcés
M. Alanzabes Moya
M. Catalá Vilanoua
C. Cazorla Martí
M. Conderana Martínez

1.-INTRODUCCIÓN

Las mujeres con problemas de drogas están subrepresentadas en los tratamientos asistenciales; el número de mujeres que solicita tratamiento en comunidades terapéuticas es inferior al hombre, lo que ha acabado en un modelo asistencial adaptado a varones por causas sociológicas. No es que los programas de tratamiento se basen en modelos masculinos, sino que se adaptan a la mayoría y en consecuencia las mujeres quedan en un segundo plano.

Una realidad es que tanto a nivel teórico, como clínico existen rasgos distintos de la feminidad, respecto a la masculinidad, en los aspectos psicológicos, sociales, y sanitarios, que pueden suponer objetivos importantes para establecer el tratamiento específico en la mujer:

- Bidependencia o doble dependencia; de la droga y figuras protectoras.
- Sexualidad difícil; abusos, prostitución y maltrato.
- Maternidad
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Rasgos de personalidad;

- Autoconcepto infravalorado
- Estilo de relacionarse mas emocional, en ocasiones buscando antes la atraccion individual del hombre o mujer que el autoafinanzamiento, dentro del grupo.
- Mayor desvitalización y aparición frecuente de perturbaciones afectivoemocionales y trastornos depresivos.
- Menor capacidad de autonomía.
- Menor espíritu gregario: bastantes mujeres drogodependientes suelen no agruparse, ni siquiera relacionarse entre si, ya que muchas de ellas solo se relacionaron con hombres y parejas. Ello les conduce a una situación de inhabilidad social y torpeza comunicativa.

Se han creado grupos específicos para las mujeres en los centros mixtos, tanto en régimen abierto como cerrado, pero estos han demostrado ser insuficientes para abarcar todas estas variables tan importantes en la adicción femenina, debido a ser tratados como objetivos secundarios o simplemente la misma dinámica del centro ha llevado a una generalización de objetivos. A partir de esto surge la necesidad de crear un recurso específico para la mujer drogodependiente.

La Unidad de Deshabitación Residencial "Julián Álvarez Subirats" del CVS-PH de Valencia es específica en el tratamiento de deshabitación para mujeres drogodependientes, admitiendo madres con hijos menores de 3 años. Está en funcionamiento desde agosto del 2002. La UDR de Mujeres está ubicada en la ciudad de Valencia, distintivo por su carácter urbano.

Todas las plazas son cubiertas mediante derivación de las Unidades de Conductas Adictivas dependientes de la Conselleria de Sanitat. Actualmente existe 20 plazas, de las cuales 4 son para mujeres con hijos. El tratamiento se realiza a través de un programa terapéutico educativo con un enfoque integral centrado en la persona, desde las áreas sanitaria, psicológica, social y educativa con una duración de entre 6 y 9 meses dependiendo de las características de las usuarias.

El equipo terapéutico está compuesto por dos psicólogas a tiempo completo, una trabajadora social a tiempo completo, 6 educadores a tiempo completo

cubriendo turnos de mañana, tarde y noche y fines de semana; una ATS a tiempo parcial y un psiquiatra a tiempo parcial.

2.- JUSTIFICACIÓN

Para la elaboración de este estudio se han utilizado las definiciones de los diferentes trastornos de alimentación y del resto de trastornos mentales según la clasificación del DSM-IV.

Los trastornos de la alimentación han aumentado de manera espectacular en nuestro país en los últimos diez años, al igual que la visión de la adicción femenina. No cabe duda, que la preocupación por el aspecto físico, afecta de manera considerable a las mujeres, posiblemente debido a las exigencias impuestas por la sociedad, que pretenden mostrar a una “súper-woman”; una mujer que se valore debe ser perfecta en muchos aspectos, y uno de ellos es el físico (extremada delgadez). Esta diferencia que se puede apreciar en la sociedad, también supone un aspecto a tener en cuenta entre las diferencias entre hombres y mujeres drogodependientes.

Una característica común, a señalar, de estas mujeres es que en su mayoría, se sienten rechazadas en su infancia, manifiestan haberse sentido solas y abandonadas, piensan que no han sido aceptadas por parte de su familia, necesitan la aprobación de los demás para sentirse a gusto consigo mismas, y una forma aprendida de conseguir esta aceptación es mediante un físico admirable.

En estos casos, le otorgan a su físico una excesiva importancia en su vida y en su proceso de rehabilitación, ya que en los momentos en los que han tenido conflictos internos con su físico, se ha manifestado un aumento del deseo de consumo, desinterés, apatía, dejadez y pensamientos irracionales acerca de la propia capacidad y autoestima personal. Por esto se considera importante tener en cuenta esta problemática, dentro del tratamiento de deshabitación residencial y trabajar conjuntamente el problema de la adicción con el trastorno de alimentación.

Es recomendable que esto se haga desde un tratamiento específico para mujeres, por que permite un mejor manejo del problema, puesto que en los trata-

mientos mixtos, aún se le otorga (por parte de las mujeres) más importancia al físico, debido a la presencia de los hombres, que son los que “valoran el físico y la belleza”, por lo que resulta más complicado la aceptación del problema y la predisposición a modificar esta conducta.

No podemos pasar por alto la interdependencia entre trastornos de conducta alimentaria y drogodependencias, la alta exigencia impuesta a sí mismas, la creencia de que el perfeccionismo extremo es posible, y necesario para ser aceptadas por los demás, haciéndolas de este modo más vulnerables a las recaídas en un u otro sentido.

Esto último, es necesario tenerlo en cuenta a lo largo del tratamiento, ya que a través de entrevistas individuales, realizadas a las mujeres diagnosticadas con trastorno de la conducta alimentaria, todas ellas han manifestado que uno de los aspectos positivos que le encuentran al abuso de sustancias, y a su vida anterior es el hecho de que durante el consumo estaban más delgadas, y se sentían mejor con su cuerpo (aunque este estuviera deteriorado).

Esto supone una diferencia significativa, con respecto a los hombres, mientras que en la población masculina, se da un deseo de mejorar el aspecto físico durante el proceso de deshabitación, mostrando interés en recuperar el peso perdido durante el consumo, en las mujeres, se da totalmente lo opuesto, evitando recuperar peso.

Tras los primeros meses de experiencia en esta Unidad, observamos que los trastornos de alimentación tenían gran peso en el proceso de deshabitación afectando a la convivencia en el día a día.

La experiencia de estos tres años nos ha llevado a desarrollar una metodología concreta, talleres y actividades específicos con el objetivo de conseguir una mejora en el tratamiento. Por ello, surge la necesidad de investigar y profundizar en el manejo del TCA, ya que está relacionado con el éxito en el proceso individual y grupal de deshabitación.

Además, este estudio nos permite profundizar y dar a conocer como abordar esta problemática en una UDR.

3.- HIPÓTESIS

Tras confirmar una serie de variables comunes en ambos trastornos (adictivo y alimentario) nuestras hipótesis de partida son :

1. Los malos tratos en la infancia favorecen la aparición del TCA en la mujer.
2. El alcoholismo paterno favorece la aparición de TCA en la mujer.
3. El TCA favorece el maltrato por parte de la pareja.
4. Ciertos trastornos de personalidad están asociados al TCA.
5. Determinadas sustancias son utilizadas para el control de peso en las mujeres con TCA.

4.- METODO

Para realizar este estudio, se ha seleccionado del total de mujeres atendidas en la Unidad de Deshabitación Residencial "Julián Álvarez Subirats", desde agosto del 2002 hasta agosto del 2005, 39 pacientes (28%) que presentan trastorno de la conducta alimentaria y aleatoriamente un grupo control de 39 pacientes que no presentan trastorno de la conducta alimentaria. La edad de la población objeto de estudio está comprendida entre los 18 y los 50 años.

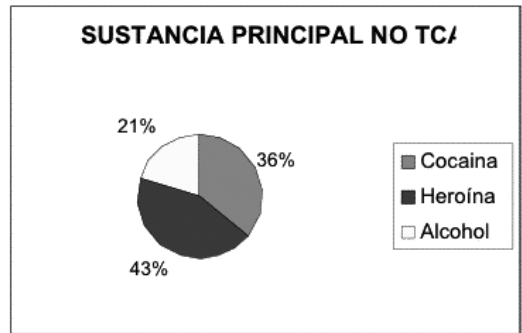
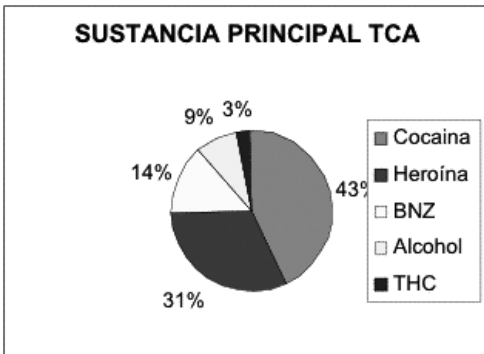
De este modo, se concreta un estudio comparativo con el objetivo de observar diferencias o similitudes que existan en el proceso de deshabitación dependiendo si las pacientes presentan trastornos de la alimentación o no.

Para tal fin, se han utilizado las historias clínicas, el Cuestionario Multiaxial Millon, una batería de test para la detección de los trastornos de la conducta alimentaria (STAI, EAT-40, BITE, CUETIONARIO DEPRESIÓN DE BECK EDIT, BSQ, ESCALA AUTOESTIMA ROSENBERG, CIA INFLUENCIA SOBRE EL MODELO ESTETICO CORPORAL), los registros de terapia individual y de grupo, y la observación directa. Se ha realizado de manera retrospectiva, descriptiva y comparativa.

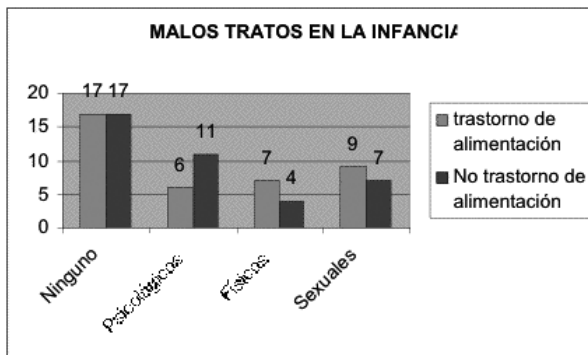
Se han marcado unas hipótesis de partida, extraído los datos y sintetizado los resultados mediante hojas de cálculo de Excel. Lo que nos ha permitido analizar los resultados obtenidos y contrastar con estudios anteriores.

5.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

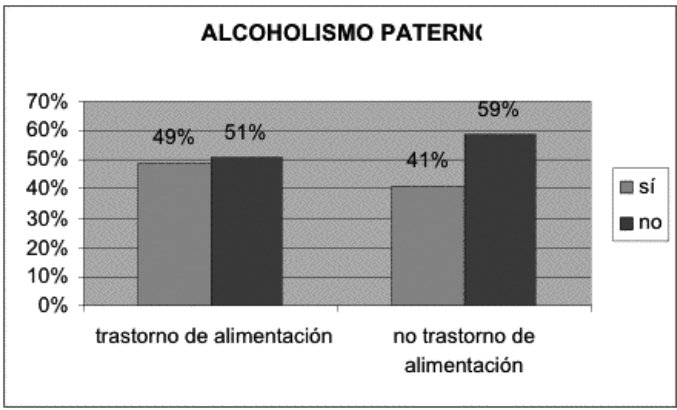
5.1. ANÁLISIS DE LOS DATOS



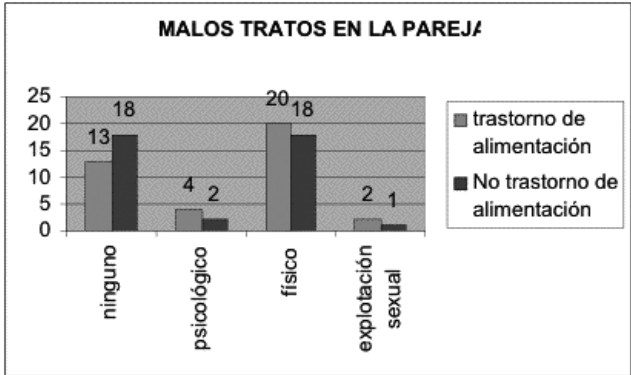
En ambos grupos destacan la heroína y la cocaína como sustancia principal, con la diferencia que en el grupo con TCA hay un mayor abuso de la cocaína relacionado con la búsqueda de una aceleración de la pérdida de peso, la búsqueda de reconocimiento, de una autopercepción positiva. Así como una mayor pérdida del control de impulsos; mientras que en el grupo control destaca más la heroína.



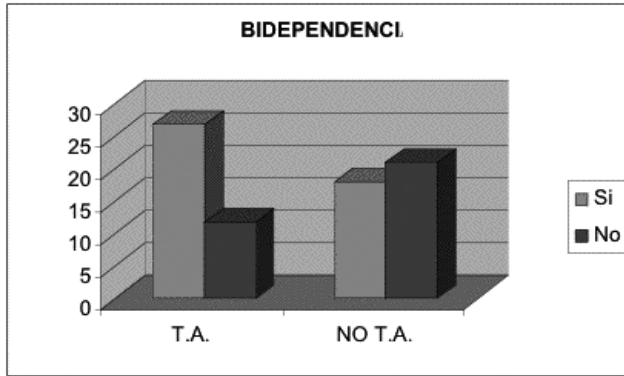
Aunque no encontramos diferencias en cuanto a la frecuencia del maltrato infantil en pacientes con trastorno alimentario y sin él; sí hay una diferencia en cuanto a tipo de maltrato. En TCA son más frecuentes los maltratos físicos y sexuales (en relación con el cuerpo), mientras que en las pacientes sin TCA destacan más los malos tratos psicológicos.



Aunque previamente a realizar el estudio se esperaba que esta variable tuviera mayor peso en pacientes con TCA que en el grupo control, la diferencia no es significativa. Si bien aparece como una variable importante en ambos como para plantear que el alcoholismo paterno favorece la inestabilidad en la hija que incrementa su vulnerabilidad a desarrollar trastornos alimentarios y adictivos.

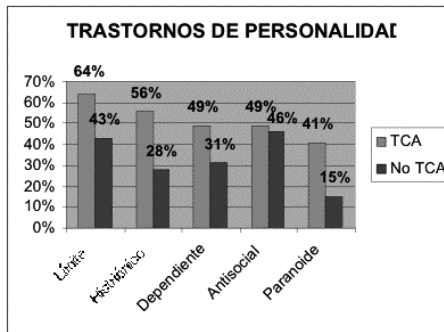


La muestra de pacientes con TCA presenta una mayor frecuencia de maltratos por sus parejas tanto psicológicos, como físicos y de explotación sexual. La baja autoestima, la falta de habilidades sociales y la dificultad en las relaciones sociales son elementos comunes en ambos trastornos, por lo que cuando presentan este tipo de patología dual, estas características se potencian, ello explica la mayor frecuencia en el grupo experimental.



El 69% de las adictas con TCA son bidependientes mientras que en el grupo de control sólo lo son un 46%. Ello enlaza con la necesidad de “ser querida” y aprobada por los demás de las adictas con TCA, lo que las hace más dependientes de las relaciones.

La dependencia emocional es multicausal si bien existen ciertos factores predisponentes como son la mezcla de las carencias afectivas tempranas y el mantenimiento de la vinculación emocional hacia las personas que han resultado insatisfactorias.



Destacan en el grupo con TCA los siguientes trastornos de personalidad:

- T. Límite: El 64% de las pacientes de esta UDR con TCA están diagnosticadas con un Trastorno Límite de la Personalidad, frente a un 43% del grupo control. La ambivalencia y la inestabilidad en el estado de ánimo propio de este trastorno lo es también del trastorno de alimentación, lo cual hace más vulnerables a las adictas con T. Límite de la Personalidad de desarrollar un TCA.

- T. Histriónico: En esta variable se observan diferencias notables entre las pacientes con TCA (56%) y el grupo control(28%). El trastorno se caracteriza por una búsqueda constante de aprobación y aceptación por los otros lo que está muy relacionado con la importancia de la imagen y de seguir un patrón estético.

- T. Dependiente: La prevalencia de T. Dependiente de la Personalidad en las pacientes con TCA es de un 48% frente a un 31% en las pacientes sin TCA. Una de las características de este trastorno es la búsqueda de “figuras protectoras” en su entorno, directamente relacionado con el temor de las pacientes con TCA al desarrollo y madurez corporal.

- T. Antisocial: Las pacientes con TCA y un trastorno de personalidad antisocial desarrollan más el rasgo de impulsividad y de insensibilización y tienden más a una “exclusividad” en sus conductas desajustadas. Las prevalencias de este trastorno es de un 49% en el TCA y un 46 % en grupo control. Aunque la diferencia no es muy significativa, dado el elevado porcentaje es necesario tenerlo en cuenta en el tratamiento con estas personas.

- T. Paranoide: Caracterizado por el pensamiento rígido, inmutabilidad de sentimientos y temor exacerbado a la crítica, elementos en muchos caso presentes en TCA. Un 41% de las pacientes, aquí estudiadas, presentan T. Paranoide frente a un 15% del grupo control, lo que supone una diferencia notable.

5.2. PROPUESTAS DE TRABAJO

Debido a los casos de trastornos de alimentación que padecen un elevado porcentaje de la población objeto de estudio, es importante trabajar desde las Unidades de Deshabitación Residencial el tema de la alimentación, a través de las siguientes medidas, entre otras:

368

- Valorar si el TCA es previo o posterior al trastorno adictivo para optimizar el tratamiento.
- Mantener sesiones individuales / grupales, con las usuarias que presenten esta problemática con el fin de incrementar la autoestima, confianza en si mismas y auto aceptación del físico.
- Derivación, si se estima necesario, a las Unidades de Trastornos de la Alimentación de Zona, para un correcto seguimiento al alta.
- Elaborar unas dietas alimentarias equilibradas y ricas, que permitan mantener unos niveles de salud adecuados, evitando los alimentos excesivos en grasas y aquellos que potencien los “atracones” como dulces, chocolates, caramelos, etc.
- Realización de autoregistros de alimentación, revisándolos con los profesionales de manera periódica, con el objetivo de; en primer lugar ser conscientes de su problemática con la alimentación, relacionarla ésta con consumo, y posteriormente controlar paulatinamente su alimentación, con el fin de solucionar su problema en la medida de lo posible
- Seminarios y Talleres de Salud y alimentación, para todas las usuarias, con un doble objetivo: estabilizar los trastornos de conducta alimentaria y mantener una alimentación equilibrada y saludable, adquiriendo hábitos que permitan un nivel de salud adecuado y satisfactorio.
- Terapia individual y grupal para el análisis de la influencia del trastorno de la alimentación en la drogodependencia, y viceversa, conociendo los factores de riesgo en cada caso.

7.-BIBLIOGRAFÍA

BENEIT. ET AL (1997); Intervención en drogodependencias. Un enfoque multidisciplinar. Ed. Síntesis. Madrid.

BORWHILL, J.W. y TAYLOR, N. (2000); Si crees que tienes trastorno de alimentación. Ed. Robinbook. Barcelona.

CALVO SAGARDAY, R.(2002). Anorexia y bulimia: guía para padres, educadores y terapeutas.

CARBONELL, C. (2000): Drogodependencia y Trastorno alimentación en la mujer. I Simposio nacional de adicciones de la mujer. Madrid.

CERVERA, M (2005): Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

DSM IV (1995): Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson, Barcelona.

DUKER, M. (1992): Anorexia nerviosa y bulimia: Un tratamiento integrado.

FERNÁNDEZ ARANDA, F.(1998). Trastornos Alimentarios; guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia.

GENERALITAT VALENCIANA, CONSELLERIA DE SANITAT (2001). Anorexia y Bulimia: información y prevención.

LLOPIS, J. Y REBOLLIDA, M. : Adiccion y condicion de género. Trascendencia de la personalidad.

MILLON, T. MCMI-II Inventario Multiaxial clínico de Millón. Ed. Tea.

MORENO, M. (1999). Tratamiento Residencial para Mujeres Drogodependientes. Investigación de la Universidad Complutense. No publicado.

ORTE SOCIAS, C. (1998): "Sexualidad Mujer y Drogodependencias" en Revista Interuniversitaria, Pedagogía Social. Monográfico, "Educación Social y Drogodependencias". Valencia.

SÁNCHEZ GARCÉS, B. (2005): "Influencia de los roles femeninos en el tratamiento de deshabituación a drogas". Libro de ponencias de las I Jornadas Nacionales de Trabajo Social y Conductas Adictivas. Valencia.

SCHMIDT, U; TREASURE, J (1993): Aprender a comer. Un programa para bulímicos. Ed. Martínez Roca. Barcelona.

VILLENA INIESTA, J. Intervención preventiva de los trastornos de la Conducta Alimentaria en mujeres adolescentes (1999).

VV.AA. (2001); I Simposio Nacional sobre Adicción en la Mujer". Ed Instituto de la Mujer y la Fundación Instituto Spiral. Madrid.

VV.AA. (2002); II Simposio Nacional sobre Adicción en la Mujer. Consultado en Internet;.