

MUJER Y ADICCIÓN

MUJER Y ADICCIÓN

MUJER Y ADICCIÓN

Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención.

Este documento ha sido realizado por profesionales de la red de atención a drogodependientes del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Los técnicos que han elaborado el presente documento son:

- María Ángeles Barreda Marina
Psicóloga. Convenio Cruz Roja Asamblea de Madrid.
- Mercedes Díaz-Salazar Martín de Almagro
Psicóloga. Convenio Cruz Roja Asamblea de Madrid.
- Sol de Ena de la Cuesta
Psicóloga. Ayuntamiento de Madrid.
- María del Carmen López Jiménez
Enfermera. Ayuntamiento de Madrid.
- Mercedes Rodríguez Pérez
Psicóloga. Ayuntamiento de Madrid.
- Susana Sánchez Vallejo
Psicóloga. Convenio Cruz Roja Asamblea de Madrid.
- Begoña Zulaica Calvo
Psicóloga. Ayuntamiento de Madrid.

La propuesta del proyecto inicial y la supervisión del proceso ha sido realizada, desde el Instituto de Adicciones "MADRID SALUD", por:

- Carmen Mosteiro Ramírez. Psicóloga. Adjunta a la Sección de Programas Asistenciales.
- Mercedes Rodríguez Pérez. Psicóloga. Jefa del Departamento de Asistencia.

Diseño y maquetación: Doblehache Comunicación

Impresión:

Depósito Legal:

Edición: 2005

El Instituto de Adicciones de Madrid Salud cuenta con centros de atención ambulatoria y dispositivos de apoyo al tratamiento y a la reinserción, conformando una red sólida y estable en la atención a personas con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas.

El importante número de personas atendidas en los centros ambulatorios, la diversidad de problemáticas que se tratan y la larga trayectoria de atención que tiene su origen en 1988, configuran a la red del Instituto de Adicciones como un lugar de privilegio que permite identificar precozmente nuevas necesidades en los diferentes colectivos de población consumidora y adoptar medidas técnicas que faciliten el desarrollo de actuaciones y programas para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención.

El Instituto de Adicciones de Madrid Salud ha priorizado como una línea básica de actuación, la mejora de la calidad de la atención en todos sus centros, haciendo especial hincapié en aquellos colectivos que presentan características y necesidades específicas. Consecuentemente, durante los últimos años se han empeñado esfuerzos técnicos y materiales para dotar a la red de nuevos programas y servicios que han venido a reforzar la atención a personas que presentaban una mayor vulnerabilidad en todos los ámbitos de su persona.

Un valor fundamental para el desarrollo de esta línea básica de actuación son sus profesionales, que cuentan con una importante calidad técnica, experiencia y motivación para abordar esta tarea.

La presente publicación sobre “Mujer y Adicción: Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención” es una muestra clara de la confluencia de esfuerzos para mejorar la asistencia de un sector importante de la población atendida en la red.

El 20% de las personas en tratamiento son mujeres, este dato resulta estable a lo largo del tiempo. Se ha venido observando en el desarrollo de los procesos de atención que las mujeres parecen presentar características diferenciales que requieren ser valoradas. Este documento es un espacio de reflexión sobre estas características y dinámica diferencial de las mujeres drogodependientes, desde los diferentes ámbitos de la persona. Aporta además información relevante extraída de diferentes estudios e investigaciones, entre ellos el estudio exploratorio con pacientes de la red municipal que sobre esta cuestión se realizó en el año 2003 y diseña una aproximación a un modelo de intervención complementario a las actuaciones desarrolladas en los programas existentes; con objeto de facilitar el acceso, mejorar la adherencia al tratamiento y realizar intervenciones con una mayor adecuación. Además, facilita el proceso de sensibilización y especialización tanto de los profesionales de la red como de aquellos que prestan sus servicios en otras Administraciones o entidades.

Es una satisfacción para mi, como Presidente del Consejo Rector de Madrid Salud presentar este documento técnico que es pionero en el desarrollo de procesos comprensivos y de intervención destinados a facilitar el acceso, mejorar la adherencia a tratamiento de las mujeres y diseñar una intervención más próxima y adecuada a las necesidades de la mujer, aunque no siempre puedan ser expresadas.

Quiero destacar que la metodología utilizada, a través de un grupo de trabajo de técnicos y la colaboración de un número mayor de profesionales, si bien ha supuesto un esfuerzo suplementario, ha permitido sistematizar su experiencia, difundir e implementar actuaciones, con eficiencia. Se avanza así, activamente en el proceso de reflexión e incorporación por parte de los técnicos de nuevos enfoques en el tratamiento ya existente.

Inaugura además este documento técnico una línea de publicación de Madrid Salud que editará periódicamente contenidos de interés en las diferentes áreas de su competencia.

En último término, quiero expresar mi reconocimiento a todos los profesionales de la red del Instituto de Adicciones que han colaborado en el presente trabajo por el esfuerzo e interés empeñado en esta tarea y mi satisfacción por este camino común hacia la mejora de la calidad de la atención prestada a los ciudadanos de Madrid.



Pedro Calvo Poch
*Concejal de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad y
Presidente del Consejo Rector de Madrid Salud*

Presentación y agradecimientos

El Ayuntamiento de Madrid ha sido pionero en la puesta en marcha de programas asistenciales adaptados a las necesidades de la población adicta, desde 1988. En estos dieciséis años de desarrollo de programas y servicios, se ha ido identificando la importancia del género en el tratamiento diferencial de las personas tratadas.

La planificación y programación de contenidos y estrategias de la intervención, fueron concebidas en origen sin contemplar el género como una variable diferencial que hiciera diseñar intervenciones específicas. El hecho de contar a lo largo del tiempo, en las redes de atención a drogodependientes, con un porcentaje estable de 80% de varones y un 20% de mujeres, favoreció un diseño "único" de intervención basado en la problemática y dinámica del varón, mientras subyacía una dinámica diferenciada en la mujer adicta, de difícil escucha y visualización y con una sintomatología silenciosa.

Progresivamente comienzan a considerarse las características diferenciales que presentan la mujer y el varón drogodependiente con respecto al género, desde la propia experiencia de los profesionales.

La constatación de este hecho y la cada vez mayor sensibilización frente a las características diferenciales de las mujeres adictas, ha promovido que el Instituto de Adicciones de Madrid Salud impulse esta publicación sobre las características diferenciales de la mujer drogodependiente y la aproximación a un diseño de intervención que contemple las diferencias de género y se adapte específicamente a las necesidades de mujeres y varones. Se trata de la dinámica oculta de la mujer, que se detecta cuando se pregunta o cuando el propio profesional cuestiona criterios que han permanecido invariables a lo largo del tiempo.

Esta publicación se sustenta en una revisión bibliográfica, sesiones de trabajo en base a la experiencia de los profesionales de la red y la realización de un estudio exploratorio sobre diferencias de género. Todo ello, permite poner a disposición de los profesionales o personas interesadas en general un material a nuestro juicio valioso para la reflexión, también impulsa un proceso progresivo de sensibilización frente al problema de género lo que resulta ser un avance en el conocimiento de las diferencias y sus consecuencias específicas.

Esta publicación se encuadra además en las directrices marcadas por la Ley 5/2002 de 27 de Junio sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. En el título II, Capítulo I, artículo 14.8 "Actuaciones en materia de Asistencia", que recoge "la potenciación de programas y recursos dirigidos específicamente a mujeres drogodependientes con cargas familiares no compartidas y con otros factores añadidos de riesgo."

Las aportaciones que se realizan sobre el diseño de una intervención específica para la mujer drogodependiente, han sido elaborados por una comisión de profesionales que trabajan en diferentes centros de la red de atención a drogodependientes de la ciudad de Madrid.

Asimismo, ha colaborado un número más amplio de profesionales que han entrevistado a los usuarios/as, con objeto de cumplimentar los cuestionarios que permitieron llevar a efecto el estudio exploratorio. Queremos dejar constancia de que acometer un análisis como el actual, desde la propia red asistencial, supone un compromiso desde todos los niveles y ámbitos de la organización. Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los profesionales de la red, tanto los que han colaborado directamente en la publicación, como los que no habiendo estado directamente implicados, han permitido con un esfuerzo suplementario liberar, durante algún tiempo, a aquellos integrados en la comisión para permitir la realización de este trabajo. Del mismo modo agradecemos la colaboración de los y las pacientes.

• PRESENTACIÓN Y AGRADECIMIENTOS	5
CAPÍTULO 1. ASPECTOS DIFERENCIALES DE LA MUJER ADICTA	9
1. ASPECTOS GENERALES	11
1.1. CONSUMO DE DROGAS	11
1.2. ROL Y GÉNERO	12
1.2.1. Conceptos Básicos	12
1.2.2. Identidad de Género	13
1.2.3. Roles Sociales	13
2. FACTORES Y CONSECUENCIAS IMPLICADOS EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LA MUJER	15
2.1. ÁREA SOCIAL	15
2.2. ÁREA DE SALUD	17
2.3. ÁREA PSICOLÓGICA	27
2.4. ÁREA FAMILIAR	29
2.4.1. Características y dinámica de la familia de origen con una mujer drogodependiente	29
2.4.2. Características y dinámica de la relación de pareja	31
2.4.3. Características y dinámica en relación a la crianza de los hijos	34
2.5. ÁREA SOCIO-LABORAL	36
3. PERFILES DE MUJERES EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	39
3.1. MUJERES JÓVENES EXPERIMENTADORAS O CON ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	39
3.2. MUJERES CON CONSUMOS ABUSIVOS O ADICCIÓN A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, INVISIBILIZADOS	40
3.3. MUJERES CON SIGNOS MANIFIESTOS DE ADICCIÓN	41
CAPÍTULO 2. APROXIMACIÓN A UN MODELO DE INTERVENCIÓN	43
1. ACTITUDES DEL TERAPEUTA Y DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR	45
2. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN LAS DIFERENTES ÁREAS	49
2.1. ÁREA SANITARIA	49
2.1.1. Intervención individual	49
2.1.2. Intervención sanitaria grupal	53
2.2. ÁREA PSICOLÓGICA	58
2.2.1. Evaluación psicológica	58
2.2.2. Intervención psicológica individual	59
2.2.3. Intervención grupal	63
2.3. ÁREA FAMILIAR	69
2.3.1. Familia de origen	69
2.3.2. Intervención con la pareja	74
2.3.3. Intervención en relación con la crianza de los hijos	77
2.4. INTERVENCIÓN SOCIAL E INTEGRACIÓN SOCIOLABORAL	79
3. COORDINACIÓN INSTITUCIONAL	83
4. PROPUESTAS	85
5. BIBLIOGRAFÍA	87

Sumario

Capítulo 1.

Aspectos diferenciales de la mujer adicta

1. Aspectos generales
2. Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas en la mujer
3. Perfiles de mujeres en relación con el consumo de sustancias psicoactivas

1

Aspectos generales

1.1. Consumo de drogas

a) Experimentación

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas y de acuerdo con la encuesta sobre drogas a población escolar 2002 publicada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, pueden destacarse los siguientes aspectos:

- No existen diferencias significativas por sexo en las edades de inicio al consumo de las distintas drogas.
- Las prevalencias de consumo habitual de drogas entre estudiantes de 14 a 18 años son diferentes según el sexo:
 - Las prevalencias son similares en alcohol (55,9% en varones frente al 54,3% en mujeres).
 - En relación al tabaco, son más altas las de las mujeres (33,1% frente a 24,2%).
 - Resultan menores en las mujeres para el resto de sustancias (cánnabis, cocaína, éxtasis, speed/anfetaminas, alucinógenos, y sustancias volátiles).
 - Resultan más altas en las mujeres que en los varones en los tranquilizantes (3,1% en las mujeres frente al 1,7% en los varones).

El consumo de las sustancias legales, especialmente el tabaco y los tranquilizantes, está más extendido entre las chicas (en el caso del tabaco con diferencias importantes), mientras que todas las drogas ilegales son más consumidas por los chicos.

Si tomamos como referencia la Encuesta sobre drogas a la población escolar de 2002 de la Comunidad de Madrid, encontramos en relación al género, los siguientes aspectos relevantes:

“La proporción de consumidores es mayor en las chicas que en los chicos para el tabaco, alcohol y tranquilizantes. También obtienen prevalencias superiores en el consumo de cocaína, éxtasis, speed, anfetaminas y alucinógenos en determinados indicadores de consumo (principalmente alguna vez y últimos 12 meses) mientras que los chicos obtienen mayores prevalencias en el cánnabis y sustancias volátiles de un modo más claro”⁰.

Asimismo, de acuerdo con el estudio publicado por el Plan Municipal contra las Drogas “Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de Drogas”, cruzando variables de género y edad, para todas las sustancias tanto en varones como en mujeres el consumo se incrementa desde los 15 a los 19 años, siendo la prevalencia de consumo en los varones superior a la de las mujeres, salvo en el consumo de tabaco y alcohol en fin de semana (PMCD 2001).

⁰ “Encuesta sobre drogas a la población escolar del 2002” Comunidad de Madrid

b) Abuso y adicción

Tomando como referencia el periodo 2003 (Memoria PMCD, 2003), se han tratado en todos los centros de la Red de Atención a las Drogodependencias de la ciudad de Madrid 8.958 drogodependientes, de los cuales 7.256 pacientes (81%) han sido varones y el 1702 pacientes (19%) mujeres. Las mujeres en tratamiento en la red tienen una edad media de 35 años, dos años menos que la de los varones, Hay un porcentaje mayor (5%) de mujeres emparejadas frente a los varones. Y el 50% de estas mujeres tienen hijos, frente a un 35% de los varones.

Viven en menor medida con las familias de origen (un 41% de las mujeres frente a un 51% de los varones) y conviven un número mayor de ellas con la familia propia en relación a los varones (32% de las mujeres, frente a un 22% de los varones).

Existe una diferencia muy significativa en relación al nivel de ocupación en el ámbito laboral: el 28% de las mujeres, frente al 41% de los varones. Asimismo también aparece un nivel socioeconómico más bajo en el caso de las mujeres y presentan menos incidencias policiales o judiciales.

Los datos reflejados durante este periodo, se han mantenido estables a lo largo de los años. Se identifica por tanto la necesidad de realizar un estudio que nos permita conocer las variables significativas que integran las características diferenciales de las mujeres adictas, encargándose la realización de un estudio sobre el tema a FACTAM bajo la supervisión y apoyo de una comisión de seguimiento de profesionales de la red.

1.2. Rol y género

Desde mediados de la década de los 70 y hasta los años 80 se produce en España y fundamentalmente en las grandes ciudades como Madrid una progresiva incorporación de los jóvenes al consumo de drogas (Arroyo, P. 1.987).

Durante la segunda mitad de los años 80 aparece un incremento de la población adicta y disminuyen las edades de inicio de consumo (Arroyo, P. 1.987).

La respuesta institucional a este problema en la mitad de la década de los 70 hasta 1.984 fue limitada y local, no existiendo prácticamente servicios para el tratamiento y la inserción social (Arroyo, P. 1.987).

La ausencia de un análisis sistemático de cómo el género afectaba al consumo y más concretamente, cómo las mujeres con abuso o dependencia a sustancias psicoactivas sentían y percibían, y las específicas consecuencias que ello producía en su entorno, provocó una parcial ocultación de la situación de la mujer consumidora. Además generó que en las actuaciones asistenciales y preventivas se establecieran análisis y criterios de actuación en base a la dinámica del varón drogodependiente, que suponía el 80% de la población adicta, y que se obviara la dinámica de la mujer.

1.2.1. Conceptos Básicos

Antes de continuar, vamos a definir los siguientes conceptos que van a ser frecuentemente utilizados:

- “Se utiliza el término sexo para referirnos a los aspectos biológicos que se derivan de la diferencia sexual”.
- “Se usa el término género para definir el conjunto de características sociales, culturales, psicológicas, económicas, políticas, jurídicas... asignadas a cada sexo y que conforman lo que llamamos la feminidad y la masculinidad”.
- “Rol o papel social es el conjunto de tareas y funciones derivados de una situación o estatus de la persona en un grupo social”.
- “Estereotipo es una idea preconcebida, generalmente simplificada o distorsionada sobre conductas o cualidades de un grupo o un colectivo determinado”¹.

¹ *La identidad femenina, los grupos de mujeres, metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*

- Adicción. En el documento se utiliza drogodependencia y adicción. Aludimos al término adicción como un concepto más amplio, dando a entender con ello “la existencia de conductas patológicas que producen dependencia, con o sin la intervención de sustancias químicas exógenas”, de acuerdo con la definición de Vallejo Ruiloba.²

El contexto social incide en los valores y expectativas de varones y mujeres, generándose los roles sociales de género, que manifiestan niveles diferentes de flexibilización y adaptación a diversas circunstancias. Para pertenecer al grupo propio un sujeto debe mostrar comportamientos acordes a los roles de género que define el grupo (Fernández, J. 1998) y estos roles son distintos en el varón y en la mujer, de acuerdo con la teoría del rol social del género (Eagly, 1987), habiendo constatado por un lado que “varones y mujeres desempeñan y asumen estatus sociales diferenciados y por otro, la influencia que la ocupación de roles sociales y estatus diferenciados ejerce sobre la conducta”.³

El proceso de socialización que se inicia desde el nacimiento del nuevo individuo permite la interiorización de las creencias sociales y los roles de su entorno en función del género. Fernández J., señala que se han podido encontrar diferencias en tres áreas (tipificación social de género, disciplina y expresión del afecto). Un ejemplo de socialización diferencial en relación a la expresión del afecto lo refieren Noller, Snow y otros: “los padres y las madres inician un mayor número de interacciones con las hijas; y el padre muestra mayor proximidad física, inicia más acercamientos y da más juguetes a las hijas que a los hijos” (Noller, 1978, Snow, Jacklin y Maccoby, 1983).⁴

Diferentes autores señalan que los varones son educados focalizando más en el desarrollo de tareas instrumentales y relaciones con grupos exteriores y las mujeres son socializadas focalizando más en el desempeño de papeles expresivos relacionados con el vínculo afectivo y las tareas emocionales, y de mantenimiento y estabilización de las relaciones internas, donde se incluye un mayor peso en la crianza de los hijos. (Walters, M.1988).

1.2.2. Identidad de Género

La identidad de género se construye en un contexto social y cultural. Se crean modelos de lo femenino y lo masculino, que van a incidir en el desarrollo psicológico y social del varón y de la mujer. Ambos van recibiendo mensajes sobre expectativas y modelos diferenciales. En la medida que estos mensajes se cumplen la mujer y el varón son más valorados y con mayor prestigio social. Por ello, la percepción de las personas sobre la adecuación al modelo social relativo al género, está relacionada con la autoestima y el autoconcepto. Siguiendo a Tajfel y Turner, la identidad social es definida como parte del autoconcepto, que se deriva de la percepción de su pertenencia a una categoría social (Tajfel y Turner, 1986).

Los roles sociales sobre género están en función de las características personales, familiares y sociales, evolucionando a lo largo del tiempo con la incorporación de nuevas generaciones de individuos y nuevas realidades sociales. Se transmiten inicialmente a través de la familia y el entorno social, gestando comportamientos actitudes y conductas diferenciales. No sólo inciden en la estructuración y organización de la vida de los individuos, sino que efectúan una importante función normativa.

1.2.3. Roles Sociales

Definen normas diferenciales, siendo por tanto mecanismos de control que determinan lo que es adecuado y lo que es desadaptativo de forma diferente en cada uno de los sexos.

La transgresión de la norma no es neutral y tiene diferente peso para varones y mujeres, ya que es valorada en función de los roles asignados.

Las mujeres y los varones no tienen tampoco las mismas oportunidades ni opciones para acceder a los recursos que les permitan desarrollarse. Las mujeres se encuentran con más limitaciones derivadas del impacto diferencial de la transgresión (Walters, M. 1998).

2 Vallejo Ruiloba “Introducción a la psicopatología y la psiquiatría” p606, Masson Salvat

3 Esther Barberá “Psicología del género” pág. 127

4 Fernández, J. “Género y Sociedad” pág. 93

2 Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas en la mujer

2.1. Área Social

Iniciamos el análisis de factores y consecuencias desde el área social porque es fundamental para la comprensión de las características y dinámica que presenta la mujer adicta. Lo social es el marco e influye como antecedente y como consecuente. Como antecedente porque las creencias sociales y estereotipos definen la diferente percepción social de las personas en función del género. Y como consecuente porque incide de forma específica en cómo van a ser las relaciones con este colectivo.

A propósito de las consecuencias y factores sociales implicados en el consumo queremos destacar lo siguiente:

A pesar de que la mujer con consumo de experimentación viene progresivamente igualando el inicio y la prevalencia de consumos en relación a los varones, detecta las consecuencias negativas del consumo de sustancias antes que éste, "Encuesta sobre drogas a la población escolar del 2002" Comunidad de Madrid, Informe Final sobre todo si se trata de sustancias ilegales, lo cual resulta por una parte ser un factor de protección para el conjunto de mujeres en relación a las adicciones, pero excluye más a aquellas que se incorporan al circuito del abuso de sustancias.

En relación con esta cuestión y respecto a las drogas ilegales, la percepción de riesgo por parte de las mujeres jóvenes permite que desarrollen estrategias de control y limitación de estas situaciones. Esta cuestión es corroborada por la Encuesta Escolar del año 2000 elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas donde se indica que:

- No existen diferencias significativas por sexos en las edades de inicio al consumo de las distintas drogas, si bien la proporción de consumidores es superior en los chicos para todas las drogas ilegales. Este aspecto es también corroborado en 2002.
- La actitud de los padres hacia los consumos es más restrictiva en los escolares de menor edad y en las chicas, salvo en el tabaco donde los padres se mostrarían más permisivos con éstas.

La mujer con consumo abusivo o dependencia a sustancias psicoactivas, además de la pérdida de recursos personales, familiares y sociales común a todos los consumidores, soporta un diferente juicio social por la asignación del rol de género; de hecho, el uso de drogas ilegales es visto en la sociedad con mayor desviación en la mujer que en el varón. (Inciardi et al 1993).

El consumo abusivo de sustancias y/o la drogodependencia no es un fenómeno homogéneo; los recursos y capacidades personales, familiares y sociales mantienen una perspectiva individualizada de los problemas tanto en varones como en mujeres. Pero también es cierto que las creencias sociales sobre los sexos y el proceso de

socialización diferencial del niño y de la niña, genera una presión social hacia la mujer significativamente homogénea, que según diferentes autores se concretaría en los siguientes aspectos:

- Soporta mayor presión social, al valorarse con mayor prejuicio su abuso o dependencia a sustancias. E. Etorre (1998) refiere en relación con las mujeres, que existe a nivel social reprobación y rechazo.
- El estudio exploratorio realizado por el Instituto de Adicciones en el año 2003 sobre características diferenciales de la mujer drogodependientes recoge que:
 - El 90% de las mujeres perciben que se les culpa más que a los varones del consumo de drogas, aspecto que ratifican el 28 % de los varones.
 - El 84% de las mujeres perciben que las consecuencias del consumo son más negativas para ellas que para los varones.
- Mantiene mayor sentimiento de culpabilidad, al haber interiorizado la valoración social, incidiendo de forma significativa en su autoconcepto y autoestima.
- La negativa valoración de sí misma, incide directamente en la percepción de su imagen corporal. Asimismo, presenta un bajo concepto de autoeficacia y una actitud pesimista de la posibilidad de cambio (NIDA 1994).
- El reconocimiento del consumo provoca un mayor coste social en comparación con el varón, poniendo en duda la competencia en su rol como mujer, madre, pareja, etc En este sentido E. Etorre (1998) indica que socialmente la mujer bebedora ha fracasado como mujer, ha perdido su feminidad.
- La valoración específicamente negativa de la conducta de consumo en la mujer, facilita el desarrollo de estereotipos. En el caso de la mujer drogodependiente, además de los que habitualmente se imputan a los adictos, se ponen en marcha algunos específicos que generan en ella una mayor vulnerabilidad:
 - Conducta valorada como moral o éticamente inaceptable.
 - Pérdida de la valoración positiva y estima social inherente al cumplimiento de su rol (pareja, madre, etc.).
 - Percepción social distorsionada en relación con la conducta sexual, falta de autocontrol, etc.
 - La percepción de que una mujer adicta al consumo de sustancias psicoactivas es una persona “marcada” o “rota” de forma permanente, que no puede asumir el rol de mujer “socialmente aceptable”. Un ejemplo de esta cuestión es cómo la mujer drogodependiente raramente se empareja con un varón no consumidor, mientras que hay un porcentaje muy alto de varones adictos que se emparejan con mujeres no consumidoras
- La menor permisividad social con que cuenta la mujer en el marco de su rol, ha supuesto un menor acceso de las mujeres a tratamiento, y menor capacidad de las redes de atención para objetivar la problemática de la mujer y generar una respuesta adecuada.
- Silenciamiento del problema por parte de la mujer. Los valores masculinos han sido asociados a estatus y roles en la esfera pública, mientras que los de las mujeres se presentan en la esfera privada. (Reed, 1985), lo que dificulta la expresión del problema, quedándose recluida en dicha esfera.
- El retraso o la no demanda de solicitud de ayuda, negando en muchas ocasiones activamente la existencia del problema. La mujer drogodependiente se encuentra en clara desventaja a la hora de acceder a tratamiento o a algún tipo de ayuda, por el riesgo colateral que supone de fracaso, aislamiento y pérdida de la valoración positiva en relación al rol de género.
- Peor situación económica, laboral y con familiares a su cargo (Memorias PMCD 2000, 2001, 2002, 2003; De la Cruz Godoy, 2001).

2.2. Área de Salud

Aunque la investigación sobre la influencia del género respecto al consumo de drogas es reciente, los resultados revelan diferencias orgánicas y de conducta en la respuesta de varones y mujeres respecto a ellas. El principal origen de esta disparidad se sitúa en las diferencias hormonales ligadas al sexo, tanto las asociadas al ciclo menstrual como las que ocurren a lo largo de la vida de la mujer, que parecen modular los efectos físicos y la capacidad de refuerzo de algunas sustancias sobre la conducta.

Queda mucho por estudiar en las consecuencias orgánicas del consumo en la mujer. La investigación sugiere una mayor vulnerabilidad femenina, si bien no podemos perder de vista que la alteración de la salud como efecto del abuso de las sustancias, depende no sólo del efecto directo de la droga, sino del estado previo del organismo sobre el que actúa en las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social. A este respecto, la mujer adicta en general, parte de peor situación que el varón en las tres.

No es privativo del sexo femenino que tanto las consecuencias inmediatas como las tardías del consumo, sean mayores cuanto menor sea la edad de inicio del mismo; pero sí aparecen en algunos estudios sobre los efectos de alcohol y tabaco, datos que apuntan a una mayor afectación del organismo adolescente femenino respecto del masculino.

Por último, la muy frecuente situación de policonsumo, acumulará diferentes repercusiones negativas sobre la salud de la mujer.

1.- EFECTOS A NIVEL ORGÁNICO

1.1. ALCOHOL

El abuso del alcohol repercute en todos los sistemas orgánicos.

Produce lesiones en todos los tramos del aparato digestivo: estomatitis (inflamación de la mucosa de la boca), esofagitis y gastritis aguda o crónica; en el intestino delgado provoca malabsorción de nutrientes, que unida a la disminución del apetito, el reemplazo de la ingesta de alimentos por alcohol, la frecuente diarrea y las alteraciones metabólicas, ocasionan importantes trastornos nutricionales.

Son particularmente importantes las alteraciones en las glándulas anejas del aparato digestivo: la pancreatitis aguda o crónica y lesiones hepáticas tales como la hepatitis alcohólica, el hígado graso y la cirrosis, que pueden cursar de forma leve a mortal.

En el sistema nervioso destacan las enfermedades debidas al déficit de Vitamina B; la polineuropatía alcohólica, que produce alteraciones de la sensibilidad y pérdida de fuerza, sobre todo en extremidades inferiores, y el síndrome de Wernicke-Korsakoff (fase aguda o encefalopatía de Wernicke y fase tardía o psicosis de Korsakoff).

En el sistema cardiovascular causa arritmias, infarto, arteriosclerosis, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares y afectación del músculo cardíaco.

Como alteraciones metabólicas destacan el aumento de los niveles sanguíneos de ácido úrico y triglicéridos; y como hematológicas, las anemias de diversos tipos, alteración de los glóbulos rojos y disminución de plaquetas y glóbulos blancos. También ocasiona pérdida de masa ósea que se refleja en una mayor incidencia de fracturas.

Se ha establecido relación entre el consumo excesivo de alcohol y el cáncer esofágico y, especialmente en asociación con el tabaco, con el cáncer bucal y laríngeo (Parés, A. et al. 2002).

Si bien a largo plazo los efectos descritos afectan a ambos sexos, hay que precisar que tras establecerse el consumo crónico, la repercusión a nivel orgánico es mayor en la mujer. Es más vulnerable a los efectos deletéreos del alcohol y desarrolla lesiones hepáticas más graves que los varones, pese a que comparativamente tanto el tiempo de consumo como la cantidad de ingesta sean menores (Gual, A. et al. 1999).

De igual modo, hay diferencias en el corto plazo; si un hombre y una mujer ingieren igual cantidad de alcohol por kilogramo de peso, la concentración de alcohol en sangre será más alta en el caso femenino. Una de las razones de este hecho radica en el menor porcentaje de agua en la composición corporal de la mujer en comparación con la masculina, lo que provoca que el etanol se diluya en menor volumen líquido, alcanzando así una concentración mayor. Otra causa es la menor capacidad de la mujer para metabolizar el etanol, debido a la menor cantidad de enzima alcoholdehidrogenasa presente en su organismo.

La investigación acerca de la influencia de las variaciones hormonales del ciclo menstrual sobre el metabolismo del alcohol, encuentra de momento resultados contradictorios.

Y por lo que respecta a la relación entre cáncer de mama y alcohol, aunque numerosos estudios establecen asociación, difieren en la cuantificación del riesgo, que valoran desde mínimo aumento hasta incrementos del 50% (Bagnardi, V. et al. 2001), (Parés, A. et al. 2002, Thun, M.J. et al. 1997, García-Sempere, A. et al. 2002).

1.2. TABACO

“El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recidivante que en más del 80% de los casos se inicia antes de los 18 años de edad y que produce la muerte prematura en más de la mitad de los que la padecen. Los fumadores de cigarrillos pierden 5,5 minutos de expectativa de vida por cada cigarrillo fumado”⁵.

Las estadísticas de nuestro país respecto al consumo de tabaco referidas al año 2001, muestran un aumento de la prevalencia en el consumo diario entre las mujeres, que pasó del 27,7% en 1995 al 30,1% en 2001 (Observatorio Español sobre Drogas 2003). Este incremento, “previsiblemente tendrá repercusiones sanitarias a medio y largo plazo en la mortalidad por cáncer, enfermedades cardiovasculares y respiratorias”⁶.

A continuación nos referiremos a algunos aspectos específicos del tabaquismo en la mujer.

Tumores cancerígenos

Aunque la investigación empezó a sugerir en los años 80 una mayor susceptibilidad femenina al cáncer de pulmón generado por el consumo de tabaco, estudios recientes cuestionan esa diferencia (Bain, C. et al. 2004) (Blot, W.J. 2004). Pero independientemente de que exista o no mayor vulnerabilidad femenina, lo cierto es que alrededor del 90% de las muertes por cáncer de pulmón en mujeres fumadoras estadounidenses, pueden atribuirse al tabaco. (US Surgeon General 2001). En dicho país, desde 1950 se ha producido un incremento del 600% en las cifras de mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer, y desde 1987 supera ya al de mama. (US Surgeon General 2001).

La asociación entre tabaquismo y riesgo de padecer cáncer de mama es confusa. Los estudios epidemiológicos sugieren que el fumar no disminuye el riesgo como en principio se sugirió debido al efecto antiestrogénico del tabaco (Terry, P.D. et al. 2002).

En cuanto a si lo aumenta, de momento no hay evidencia epidemiológica que lo asocie (U.S. Surgeon General 2001); no obstante, se encuentra un aumento de riesgo significativo a partir de los 30 años de consumo (Bennicke, K. et al. 1995) y se manejan variables como el inicio temprano de la adicción o el comienzo de ésta en los cinco años previos al primer embarazo a término, como factores que pudieran aumentar el riesgo (Reynolds, P. et al. 2004). También son objeto de investigación cómo afecta el tabaquismo a la mujer, según esté en la edad fértil o en la menopausia, la susceptibilidad genética a padecer sus efectos, las consecuencias sobre las fumadoras pasivas y los mecanismos moleculares responsables del efecto del tabaco en la génesis del cáncer de mama.

Respecto al cáncer de cuello de útero, numerosos estudios encuentran asociación positiva entre fumar y determinados tipos de éste; no así respecto a otros. El grado en el que esta asociación es independiente de la infección

5 Martínez Ruiz, M. “Manual de Drogodependencias para Enfermería”. Ed. Díaz de Santos. Madrid 2002. Páginas 189-192

6 Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo

por el Virus del Papiloma Humano es incierto. (Berrington de Gonzalez A. et al. 2004), (Lacey, J.V. et al. 2001), (Plummer, M. et al. 2003), (Boyd, J. 2000).

La posibilidad sugerida respecto a que el consumo de tabaco disminuya el riesgo de cáncer de endometrio, no justificaría en ningún caso su consumo.

Se reconoce al tabaco como causa principal del cáncer de orofaringe y vejiga en la mujer. También hay evidencia de aumento del riesgo en ellas en los de páncreas y riñón. La relación es más limitada para los de laringe y esófago (U.S. Surgeon General 2001).

Enfermedades respiratorias

A falta de conclusiones sólidas respecto a la correlación entre el género, el tabaquismo y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), lo demostrado, como ocurre en el caso del cáncer de pulmón, es la relación causal entre el tabaquismo y la aparición de la EPOC. De hecho, el 80-90% de los casos de EPOC son atribuibles al tabaco (Martínez, M. 2002), aumentando el riesgo con la cantidad de cigarrillos fumados. El inicio del hábito en la adolescencia puede impedir el completo desarrollo de la función pulmonar, produciendo una reducción del calibre de las vías respiratorias, más marcada en las muchachas que en los muchachos (Gold, D. R. 1996).

Enfermedades vasculares

El tabaquismo afecta al sistema vascular tanto a nivel periférico como cardiaco y cerebral. Entre otros efectos, favorece el desarrollo de arteriosclerosis y aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica y accidentes cerebrovasculares. En la mujer el riesgo de alteraciones circulatorias aumenta cuando se asocia el uso de anticonceptivos hormonales. Estos efectos, aumentan en relación al número de cigarrillos fumados, precocidad del hábito y profundidad de la inhalación.

La incidencia de osteoporosis es mayor en las mujeres postmenopáusicas fumadoras, siendo la frecuencia de fracturas de cadera 4 veces mayor que en no fumadoras (Alonso Viteri, S. 2001).

Los estudios sobre diferencia de género en el hábito tabáquico no han llegado a conclusiones definitivas. Los aspectos diferenciales se centran en la quizá distinta capacidad adictiva de la nicotina, la mayor influencia en el hábito femenino de los estímulos externos del tabaco (presencia del cigarrillo encendido, olor del humo) y los más apreciados efectos de recompensa que el fumar proporciona a las mujeres respecto a los varones y que refuerzan la conducta de consumo (Perkins, K. A et al. 1999), (Swan, N. 1997). Hemos de resaltar la presión sociocultural que existe en la actualidad sobre la mujer para que se mantenga delgada. Esta preocupación por el peso corporal predispone al inicio del consumo en las adolescentes y, una vez establecida la adicción, es aducida por las mujeres como motivo para mantenerla.

Tampoco son concluyentes los estudios que abordan los resultados de los tratamientos para dejar de fumar según sexos; en la actualidad parecen obtenerse similares resultados, aunque a largo plazo suele aparecer mayor dificultad para la abstinencia en la mujer (Jané, M. et al. 2001), (Cepeda-Benito A. et al. 2004).

Lo cierto es que las mujeres se enfrentan a unos factores específicos que dificultan el abandono del hábito. Al ya comentado motivo del control del peso, se unen la presión de la publicidad y el hecho de usar el tabaco como instrumento para afrontar los estados de ánimo negativos como ansiedad, tristeza o soledad y estrés (Ayesta et al. 2001). Por último, la falta de apoyo durante el tratamiento a nivel grupal o individual, y posteriormente del entorno (familia, amigos), sería otro factor obstaculizador.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que al diseñar programas dirigidos a mujeres habría que añadir al común de ambos sexos "intervenciones dirigidas a la gestión del propio estilo de vida, programas nutricionales para control del peso y estrategias de manejo del estrés"⁷.

7 Becoña Iglesias, E.; Vázquez González, F.L. "Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género". Rev. Esp. Salud Pública N.1 2000 74 13-23

1.3. COCAÍNA

El consumo de cocaína tiene una amplia repercusión orgánica. Entre sus múltiples efectos, hay que resaltar los cardiovasculares, por la alta frecuencia con la que se presentan, y por afectar principalmente a consumidores jóvenes sin antecedentes de enfermedad coronaria o factores de riesgo cardiovascular. Estas alteraciones pueden aparecer tanto en los primeros consumos como durante el uso crónico de la sustancia (Vecino Santos, C. 2002).

Los accidentes cerebrovasculares, ya sean por falta de riego o por hemorragia, afectan también en mayor medida a jóvenes, y ocurren habitualmente en la hora siguiente al consumo, aunque pueden diferirse en el tiempo (Ballcells Oliveró, M. 2001).

Se han descrito complicaciones en diversos órganos, muchas de las cuales tienen como agente etiopatogénico común la isquemia debida a la vasoconstricción arteriolar producida por la cocaína.

A los efectos producidos por la sustancia en sí, cabe añadir los generados por la vía de administración. Según los datos de la Red Municipal respecto a 2004 (hasta 30 de Septiembre) la vía pulmonar es utilizada por el 24% de las usuarias; la intranasal por el 66% y el 5% restante utiliza la vía parenteral.

Si la administración es intranasal, pueden aparecer lesiones de la mucosa y del tabique. Las consecuencias serán congestión nasal, dolor de cabeza e incluso pérdida del olfato.

Si la vía usada es la pulmonar, veremos alteración de la función respiratoria, cuadros asmáticos, hemorragias de distinta intensidad y complicaciones resultantes de las profundas inspiraciones que se realizan para inhalar, tales como neumotórax. Uno de los cuadros más graves es el "síndrome del pulmón de cocaína", que puede ser mortal. Según recoge Vecino, C. (2002), diversos autores adjudican a esta vía similares consecuencias orgánicas que las causadas por la intravenosa, y en ambos casos de mayor gravedad que las generadas por el uso de la vía intranasal.

Las complicaciones asociadas a la vía parenteral las abordaremos en el siguiente apartado.

Por la trascendencia que puede tener con relación al consumo femenino, citamos el efecto anorexígeno de la cocaína. Esta propiedad, que comparte con otros estimulantes, es motivo en no pocas ocasiones del inicio y mantenimiento del consumo, al ser usada por parte de la mujer como herramienta para el control del peso corporal.

Los estudios sobre los efectos de la cocaína con relación al género, exploran diversas vías, como por ejemplo:

Diferencias en la farmacocinética de la cocaína en función del sexo.

Su consecuencia sería la obtención de distintos niveles sanguíneos de cocaína ante igual dosis administrada a varones y mujeres.

Mayor sensibilidad de la mujer a los efectos cardiovasculares de la cocaína.

Supondría una mayor vulnerabilidad física a los efectos de la sustancia.

Papel protector de los estrógenos frente a la toxicidad cerebral de la cocaína.

Se basa en la observación de que durante la fase del ciclo menstrual en la que el nivel de estrógenos es más alto, no hay cambios en el flujo sanguíneo cerebral tras la administración de cocaína; sí ocurren en cambio, cuando se administra la sustancia en la fase en la que el nivel estrogénico es menor (Williams, J. 2002). Estos efectos, a largo plazo, podrían conducir a una respuesta diferente en el sexo femenino en cuanto a la severidad de la posible disfunción cerebral generada por el abuso crónico de cocaína.

Actuación de los estrógenos como factor modulador de los efectos psíquicos de la cocaína.

El hecho de que en estudios animales las hembras adquirieran la conducta de autoadministración intravenosa de cocaína más rápidamente que los machos, y que este hecho se asociara a la presencia de estrógenos, sentó la base para enunciar la hipótesis de la capacidad de éstos para producir aumento de los efectos subjetivos y reforzantes sobre la conducta de administración (Lynch, W.J. et al. 2001), (Sell, S.L. 2002).

1.4. HEROÍNA

Las complicaciones que pueden aparecer a consecuencia del abuso de heroína se deben tanto a las causadas por la propia sustancia, como a las derivadas de la vía de administración.

Respecto a las primeras, son especialmente importantes las asociadas a los cuadros de sobredosis. Pueden incluir hipotermia debida a vasodilatación, rabdomiolisis (muerte de células musculares) que puede abocar a una insuficiencia renal aguda, convulsiones (más frecuentes cuando el opiáceo es metadona), coma con o sin secuelas por depresión del sistema nervioso central, así como depresión del centro respiratorio, capaz este último de provocar primero el edema agudo de pulmón, y la parada cardiorrespiratoria después, si no se aplica el tratamiento médico adecuado.

En cuanto a las vías de administración intranasal y pulmonar, a las que ya nos hemos referido al hablar de la cocaína, únicamente mencionaremos como efecto característico del consumo de heroína por vía pulmonar, las crisis de broncoespasmo que pueden producirse incluso meses después del consumo por esta vía (Cabrera, R. et al. 2004).

La vía parenteral ha estado tradicionalmente ligada en nuestro país al consumo de heroína, habitualmente asociada a un gran deterioro bio-psico-social del consumidor. Entre los años 1991 y 2001 su uso ha descendido del 50,3% al 17,5% entre los heroínómanos que iniciaron tratamiento por primera vez y que consumían la droga principalmente por esta vía, con un aumento en el 2002 hasta el 18,1% (Plan Nacional Sobre Drogas, Informe 2002). Los datos de la Red Municipal hasta el 30 de Septiembre de 2004, señalan el uso de esta vía por el 12,6% de las mujeres adictas a la heroína frente al 74% que utiliza la vía pulmonar.

En cualquier caso, pese a la disminución en el porcentaje de uso y sea para la administración de heroína o cocaína, sigue siendo fuente de severas alteraciones de salud, debidas directa o indirectamente a procesos infecciosos, algunos de los cuales son:

- Partes blandas: flebitis, abscesos (sobre todo en el punto de inyección).
- Sistema cardiovascular: endocarditis infecciosa, tromboflebitis séptica.
- Infecciones pulmonares: secundarias a embolismos sépticos, tuberculosis, neumonías por aspiración.
- Infecciones osteoarticulares: artritis séptica y osteomielitis que afectan en mayor medida a la columna vertebral.
- Infecciones del sistema nervioso central: meningitis, abscesos cerebrales...
- Infecciones provocadas por los virus de la Hepatitis B, Hepatitis C y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Nos referiremos a continuación a este último grupo de enfermedades infecciosas por su trascendencia y alta prevalencia en la población adicta por vía parenteral y cuyo mecanismo de transmisión se debe al hecho de compartir el material de inyección, conducta que la mayoría de autores encuentra más frecuente en las mujeres usuarias de la vía parenteral que entre los varones (LLópez, J.J. et al. 2000).

En relación con la Hepatitis B, dado que existe vacuna de eficacia acreditada, nuestras actuaciones irán dirigidas a conseguir la inmunización del mayor número de adictos posible.

La Hepatitis C es la infección de mayor prevalencia en usuarios de droga por vía parenteral. El informe 2003 del Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT) aporta índices de infección de entre el 40% y el 90% para los usuarios de esta vía.

La prevalencia de infección por VIH entre los que iniciaron tratamiento y se habían inyectado drogas en los 12 meses previos entre los años 1996 y 2002, ha pasado del 37,1% al 33,4% manteniéndose siempre un porcentaje mayor entre las mujeres de entre un 7,5% a un 9% respecto a los varones (Plan Nacional Sobre Drogas, Informe 2002).

La investigación respecto a la influencia del género en la infección por VIH, estudia la posibilidad de que las mujeres infectadas tengan mayor riesgo de progresar a SIDA que los varones seropositivos. Aunque no todos los resultados son coincidentes, parecen existir diferencias en la respuesta a la infección, de modo que pese a que al inicio de la infección presentan cargas virales más bajas que los varones, los índices de progresión a SIDA son similares. ¿Por mayor vulnerabilidad a la infección?, ¿porque en la mujer, al contrario que en el hombre, la carga

viral no es útil para calibrar la probabilidad de progresión a SIDA? (Farzadegan, H. et al. 1998), (Sterling, T. R. et al. 2001). Además de las diferencias respecto a la carga viral, también se estudian las existentes en el número de CD4 en varones y mujeres así como la influencia que los estrógenos, progestágenos, ciclo menstrual y embarazo puedan ejercer tanto sobre los niveles de carga viral como en el recuento de CD4 a lo largo de la vida de la mujer (Ross, G. et al. 2001).

La investigación animal muestra, al igual que ocurre con la cocaína, que las hembras adquieren antes que los machos la conducta de autoadministración y lo hacen con mayor cantidad de droga. La génesis de esta conducta también se orienta hacia los estrógenos (Roth, M. E. et al. 2002).

En este sentido, Meneses (2001) recoge referencias de diversos autores sobre el desarrollo más rápido de la adicción y la necesidad de mayor cantidad de opiáceo por parte de la mujer, pero no encontramos unanimidad al respecto (Llópis, J.J. 1997).

En nuestro estudio citamos una frase recogida de las mujeres participantes, y que se repite en otras investigaciones: "las mujeres somos más viciosas". A la vista de la actual investigación, ¿será esta su manera de expresar que necesitan administrarse más droga que los hombres para conseguir los mismos efectos? ¿O que, efectivamente, los efectos de refuerzo sobre la conducta de las drogas son en ellas más intensos que en los varones?

1.5. PSICOFÁRMACOS

La dependencia a psicofármacos se caracteriza por la falta de conciencia de su existencia, tanto por parte de la mujer que la padece como generalmente del entorno. Esto conlleva que acudan en menor medida a los centros de tratamiento para las drogodependencias, salvo que asocien este consumo al de otra sustancia de las catalogadas socialmente como drogas.

Al hablar de psicofármaco, nos referimos a fármacos que modifican la actividad psíquica por su acción sobre el sistema nervioso central.

En la actualidad los ansiolíticos-hipnóticos son los más extensamente usados, seguidos de los antidepresivos. Aunque la categoría ansiolítico-hipnóticos (también se denomina tranquilizantes a los ansiolíticos y somníferos o "pastillas para dormir" a los hipnóticos) incluye distintos tipos de fármacos, las benzodiacepinas son las más representativas del conjunto debido a su consumo masivo.

En contraste con las drogas ilícitas, las mujeres consumen más psicofármacos que los hombres en todos los grupos de edad, tanto bajo prescripción médica como tomados sin control sanitario; aunque tal como ocurre a veces con el alcohol, pueden ser "consumos invisibilizados".

Las causas de este consumo en las mujeres se relacionan con la necesidad de huir de los problemas familiares, el estrés provocado por la jornada laboral dentro y fuera de casa, la angustia, el nerviosismo o el insomnio, según recogen De la Cruz M.J. et al. (2002) en el estudio "Adicciones ocultas". Parece que tanto por parte de la mujer como del entorno, se catalogan las reacciones emocionales (ansiedad, tristeza, enojo) ante las condiciones de vida como enfermedad y por tanto se recurre a los fármacos para "curarla". Pero hay que tener muy presente que los psicofármacos "ni suprimen la causa del malestar, ni por sí solos tienen acción curativa, pudiendo impedir el reconocimiento de la causa que produce el malestar contribuyendo así a la resignación ante condiciones de vida insatisfactorias".⁸

Los efectos del consumo a nivel físico y mental generan consecuencias en la vida diaria de la mujer. En el estudio "Adicciones en mujeres" (De la Cruz M.J. et al. 2002), los efectos son relatados por ellas mismas (Grupo Focal de Discusión). Enumeran dependencia física y psíquica, tolerancia, síndrome de abstinencia, decaimiento físico y psíquico, aumento de peso y disminución del deseo sexual. También refieren cambios en la personalidad, "no ser tú misma", abandono del cuidado personal y disminución de la capacidad de concentración. Señalan también desentendimiento del cuidado de los hijos, reducción de las actividades sociales y pérdida de trabajo.

⁸ "Mujer y drogas". Madrid 2003. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Instituto de la Mujer

La investigación sobre los efectos de los psicofármacos en razón del sexo, estudia las diferencias existentes en los procesos de absorción, distribución, metabolismo y eliminación de éstos. Una consecuencia de estas diferencias, parece ser la necesidad de una dosis menor de psicofármaco en la mujer, de modo que la misma dosis que tendría efectos terapéuticos en el varón, resultaría excesiva en la mujer. "Ésta puede ser la razón de que las mujeres experimenten hasta el doble de efectos secundarios que los hombres durante el tratamiento con fármacos psicotrópos"⁹.

1.6. CÁNNABIS

En nuestro medio, la principal forma de consumo del cánnabis es el haschís mezclado con tabaco en forma de cigarrillo, por lo que sobre sus efectos a nivel respiratorio nos remitimos a lo ya expuesto en el apartado del tabaco.

A sus efectos sobre la fertilidad nos referiremos en el capítulo correspondiente, así como en lo concerniente a sus efectos sobre la salud mental.

2.- EFECTOS SOBRE LA SALUD REPRODUCTIVA

2.1. FERTILIDAD

No conocemos en su totalidad los mecanismos por los que las drogas alteran el sistema reproductor femenino, pero sí sabemos que algunas de ellas actúan sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, generando disfunción ovárica y alteraciones menstruales. También se admite la posibilidad de que determinadas sustancias ejerzan un efecto tóxico directo sobre los ovarios. Por otra parte, debemos considerar también que la malnutrición puede estar presente como efecto de abuso de drogas y repercutir negativamente en la capacidad reproductiva.

Los efectos del alcohol sobre el sistema reproductor femenino pueden deberse tanto al efecto de éste sobre la regulación hormonal, como a las consecuencias indirectas asociadas al abuso, como malnutrición, hepatopatía, etc.

El resultado es la aparición de ciclos menstruales irregulares, con ausencia de ovulación, mayor riesgo de aborto y menopausia temprana (Gordis, E. 1994). Incluso con cantidades de alcohol no suficientes para dañar otros órganos, se pueden producir alteraciones del ciclo menstrual (Emanuele, M.A. 2004).

El tabaco altera la fertilidad a través de múltiples mecanismos. En primer lugar, reduce el número de años fértiles, retrasando la aparición de la primera menstruación si el inicio del consumo es precoz y adelantando la menopausia. A esta menor duración del periodo fértil, añade mayor dificultad para concebir (Bobo, J. 2002), y aumento del riesgo de embarazo tubárico (Stergachis, A. 1991). Por último, propicia una mayor frecuencia de problemas en la implantación del óvulo fecundado así como una más alta prevalencia de abortos precoces y embarazos ectópicos (Alonso, S. 2001).

La cocaína también se asocia a la disfunción reproductiva. La experimentación animal muestra efectos sobre el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal (Walker Q. D., 2001), y estudia tanto un posible efecto tóxico directo sobre las células ováricas (Thyer A. C., 2001), como el aumento de los niveles de prolactina como factor causal de infertilidad (Saso, L. 2002), (Honore, G. M. 2001). El efecto final es la alteración de los ciclos menstruales, amenorrea, disminución del número de ciclos ovulatorios y galactorrea.

Los opiáceos, entre otros efectos hormonales, provocan aumento de la prolactina y disminución de la hormona luteoestimulante (Rubio, G. 2003). Ambos hechos, por separado, ya disminuyen la fertilidad de por sí. Tanto la ausencia de menstruación como las alteraciones de ésta, son frecuentes compañeras de la mujer que consume opiáceos, ya sea de forma ilegal o bajo prescripción médica como en el caso de la metadona.

⁹ Robinson G. E. "Women and Psychopharmacology". *Medscape General Medicine* 4(1), 2002

El cánnabis actúa sobre el sistema hormonal produciendo disminución de los niveles de las hormonas foliculoestimulante, luteinizante y prolactina. Como consecuencia, pueden presentarse trastornos menstruales, ciclos anovulatorios, aumento de abortos y embarazos más prolongados. Estos efectos revierten si se suspende el consumo (Pascual, J. et al. 2003).

2.2. PATOLOGÍA INFECCIOSA: Enfermedades de Transmisión Sexual (E.T.S.)

La relación sexual desprotegida puede tener dos consecuencias importantes para las mujeres: el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual.

Las ETS tales como la sífilis, gonorrea o la infección por *Candida* pueden padecerse repetidamente, ya que no generan protección y carecemos de vacunas contra ellas, aunque cada episodio puede ser curado con los fármacos adecuados.

En las mujeres, la presencia de las ETS aumenta el riesgo de infección por VIH, puede producir enfermedad inflamatoria pélvica con esterilidad como una de sus posibles consecuencias y, si existe embarazo, puede afectar al feto intra útero o en el momento del parto. El hecho de que numerosas ETS no generen síntomas apreciables al inicio de la infección hace frecuente esta circunstancia, así como que la mujer enferma pueda seguir propagando la enfermedad durante mucho tiempo sin ser consciente de ello.

Entre los virus causantes de ETS, se encuentran el del papiloma humano y el del herpes simple. Este último, aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH, ya que las úlceras que origina facilitan su entrada.

Por último, nos referiremos a los virus de la Hepatitis B, Hepatitis C y VIH. Aunque ya los hemos citado como responsables de las más importantes enfermedades infecciosas transmitidas por el uso de la vía parenteral, los mencionamos aquí porque también pueden ser transmitidos sexualmente. De hecho, la disminución del uso de la vía parenteral, hace que actualmente sea esta su principal vía de transmisión entre drogodependientes.

La principal vía de transmisión de la Hepatitis C es la sanguínea y por eso no suele incluirse entre las ETS, pero sí la mencionamos en este apartado porque la transmisión por vía sexual toma importancia si existen relaciones sexuales promiscuas o si existen lesiones genitales como las producidas por otras ETS.

La infección por vía sexual del VIH afecta en mayor medida a mujeres que a varones. Los datos respecto a los casos de SIDA diagnosticados en nuestro país en el año 2003, atribuyen un 50,2% de infecciones a la vía de transmisión heterosexual en la mujer, frente a un 22,2% en el varón (Centro Nacional de Epidemiología, datos a 30 de Junio de 2004). En la mujer toxicómana, cabe distinguir distintas circunstancias que la hacen especialmente vulnerable a la infección por esta vía:

- Según recogen Insúa, P. et al. (1999), de diversos autores, la mujer es más susceptible a la infección por vía sexual que el varón. Se debe entre otros factores, al mayor tiempo de exposición al virus por la permanencia del semen en tracto genital femenino tras el coito, la mayor capacidad infectiva del semen frente a las secreciones vaginales por su distinto PH y la mayor vulnerabilidad de la mucosa vaginal a la infección por el VIH en comparación al pene.
- La presencia de otras ETS o de episodios inflamatorios en el tracto genital, que aumentan la vulnerabilidad de los tejidos a la infección.
- Práctica de sexo desprotegido.
- Los efectos del consumo de drogas sobre la conducta sexual, que dificultan tanto la percepción del riesgo de contagio como la asunción de medidas protectoras.
- Promiscuidad sexual.
- Tener compañero sexual seropositivo, circunstancia más frecuente en la mujer adicta que en el varón.
- Mantener relaciones sexuales con usuarios de drogas por vía parenteral con prácticas de riesgo, debido a la mayor probabilidad de éstos de estar infectados por el VIH. Este hecho es también más usual en la mujer drogodependiente que en el varón adicto.

2.3. EMBARAZO

Es frecuente que la mujer toxicodependiente no conozca su embarazo de forma inmediata; este hecho se debe a la frecuente presencia de trastornos menstruales, la creencia de que el consumo les protege del embarazo por la menorrea que este puede conllevar y el desconocimiento de su ritmo menstrual. El rechazo a la maternidad por la forma de vida precaria, razones socioeconómicas, etc, se plasma en un mayor número de interrupciones voluntarias de embarazo entre heroinómanas respecto a la población general (LLópis, J.J. et al. 2000).

Cuando el embarazo sigue adelante, ya sea por elección materna o por haber superado el tiempo límite legal para su interrupción, puede ser vivido de forma ambivalente, ser ignorado o ser visto por la madre como una oportunidad para el abandono del consumo, adjudicando al niño la capacidad de originar esta conducta. Aunque este pensamiento tiene mucho de fantasía, lo cierto es que está comúnmente constatado que el embarazo conlleva cambios en la conducta adictiva de la mujer; genera pautas de descenso de consumo, inicio de tratamiento o cambios en el estilo de vida entre otras.

La respuesta a la demanda de tratamiento de una adicta embarazada es inmediata. Se les ofrece, al igual que ocurre en los países de nuestro entorno, una vía de acceso rápida a los servicios de tratamiento.

Desde el punto de vista obstétrico, a causa del mayor riesgo de complicaciones, se realiza un seguimiento muy cercano, catalogando habitualmente el embarazo como de alto riesgo.

Algunos aspectos característicos del embarazo en mujeres adictas son:

- Conocimiento tardío del embarazo, lo que retrasa la atención obstétrica.
- Mayor frecuencia de infecciones: Hepatitis B, Hepatitis C, VIH, Toxoplasmosis, Citomegalovirus y enfermedades de transmisión sexual.
- La nutrición deficiente y el peculiar estilo de vida provocan mayor frecuencia de anemias, partos prematuros y neonatos con bajo peso
- Si persiste el consumo pueden presentarse complicaciones debidas a los efectos de las sustancias: abortos, rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta, hemorragias, etc.

Así como las mujeres toxicodependientes "son vistas cada vez más como una población que requiere una atención especializada y apoyo, la mayor parte de los países de la UE reconocen que los niños nacidos de estas madres necesitan también una atención especial".¹⁰

Los efectos negativos del consumo materno sobre el niño se pueden producir por:

- Alteraciones del curso de la gestación que provocarán partos prematuros.
- Alteraciones morfológicas y/o del crecimiento fetal generadas por las sustancias, como el menor peso que presentan los hijos de fumadoras o el síndrome alcohólico fetal.
- Sufrimiento fetal intraparto y tras el nacimiento por el síndrome de abstinencia del neonato, con riesgo aumentado de mortalidad perinatal.
- Transmisión de infecciones, riesgo que está presente tanto durante el embarazo como en el parto.
- Estilo de vida que conlleva la adicción; desde la falta de condiciones higiénicas adecuadas, pasando por la ausencia de cuidados perinatales, hasta la deficiente nutrición materna.

El puerperio es un magnífico momento para iniciar el tratamiento de la adicción, si hasta entonces no ha sido posible, por la motivación que supone para la madre la presencia de su hijo. Como en el resto de la población, la lactancia ha de favorecerse salvo que alguna circunstancia orgánica o tratamiento farmacológico lo contraindique, como sería el caso de la infección por VIH o el tratamiento con metadona.

¹⁰ Merino, P.P. *Mujeres Toxicodependientes en la Unión Europea. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid 2000*

3.- EFECTOS SOBRE LA SEXUALIDAD

Tanto el consumo de alcohol como el de estimulantes tiene un efecto inicial desinhibidor sobre la conducta sexual; es facilitador de los encuentros sexuales y su uso posibilita la justificación posterior de conductas que no hubieran sido aceptadas de no estar bajo sus efectos. Asimismo disminuye la probabilidad de practicar sexo seguro, aumentando el riesgo de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.

En la mujer, el alcohol produce aumento del deseo, pero también disminuye la respuesta de excitación; inhibe e incluso suprime la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. A largo plazo produce disfunción sexual tanto por su efecto depresor como por su acción sobre el sistema endocrino. La insatisfacción sexual resultante puede ser a su vez generadora de consumo como modo de afrontamiento.

La disminución del deseo sexual también está descrito por las mujeres que abusan de los tranquilizantes con frases como "no tengo ganas"; "me duermo"; "me cuesta un montón disfrutar" (De la Cruz, M.J. et al. 2002).

Los efectos de la heroína sobre la respuesta sexual femenina se describen como disminuidores del deseo e incluso generadores de anorgasmia.

Podemos concluir que a largo plazo, el efecto del consumo de drogas en la mujer sobre el ciclo deseo-excitación-orgasmo, es negativo.

4.- EFECTOS SOBRE LA SALUD MENTAL

La relación entre el uso de drogas y los trastornos psicopatológicos es de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro.

Centrándonos en los efectos de las drogas como origen de alteraciones psiquiátricas, Rubio, G. et al. (2002) describen el proceso explicando que el abuso de drogas sería el generador de cambios a nivel biológico, psicológico y social que facilitarían la aparición del trastorno. A nivel biológico, "los efectos tóxicos de las drogas sobre la neurotransmisión cerebral o sobre otros órganos, pueden representar un riesgo para los trastornos depresivos, de ansiedad o psicóticos. Se sabe que el consumo continuado de alcohol, cocaína o heroína produce disminución del funcionalismo de los sistemas de neurotransmisión dopaminérgica, serotoninérgica y noradrenérgica similar al encontrado en las depresiones"¹¹.

Estos cambios a nivel orgánico pueden producir alteraciones emocionales que, unidas a las consecuencias que a nivel social puede tener el consumo, como problemas laborales, familiares o de pareja, son terreno abonado para la aparición de cualquier disfunción mental.

El consumo crónico de alcohol produce deterioro cognitivo de distinto grado, alteración de la memoria y de la expresión emocional; trastornos psicóticos, síntomas depresivos y de ansiedad; trastornos del sueño y de la conducta que producen desadaptación social. La demencia alcohólica y la psicosis de Korsakoff son las principales enfermedades psiquiátricas. En la mujer, la dependencia alcohólica aparece asociada más frecuentemente a trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

En el caso de la cocaína, no es necesario llegar a la administración crónica, ya que incluso en los consumos iniciales puede producir síntomas psicóticos; desde la frecuente paranoia transitoria que los usuarios describen como "rayarse", hasta la psicosis cocaínica que cursa con gran componente de agresividad y agitación. La depresión, irritabilidad, ansiedad y distimia, acompañan también a la dependencia cocaínica.

La dependencia de la heroína no se ha establecido como origen de la aparición de trastornos psiquiátricos; Cabrera et al. (2004) refieren, "sí se ha mencionado, por algunos autores, cierto deterioro intelectual y trastornos psíquicos leves"¹². Se describe una especial predisposición en los dependientes a la heroína para la presentación de episodios depresivos, pero admitiendo que el origen puede ser tanto secundario al consumo como previo a éste (DSM-IV, 1995).

11. Rubio Valladolid, G.; Escobar Díez, Y. "Manual de Drogodependencias para Enfermería". Ed. Díaz de Santos. Madrid 2002. Página 259

12. Cabrera Bonet, R.; Del Río Muñoz, P.A. "Manual de Drogodependencias". Madrid 2004. Página 43. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga

Las reacciones adversas más frecuentes que puede originar el consumo de cánnabis son la ansiedad y los ataques de pánico; la probabilidad de que ocurran aumenta con la dosis y disminuye con la experiencia en el consumo. La disminución del rendimiento intelectual (atención, memoria) es la consecuencia que más comúnmente relatan los abusadores de cánnabis y que se confirma en la investigación (Solowij, N. et al. 2002). Es frecuente la apatía, falta de interés y motivación. Si existen factores previos o predisponentes, pueden desencadenarse cuadros psicóticos por intoxicación aguda o precipitar una psicosis esquizofrénica (Sopelana, P. 2000).

En cuanto al tabaco, su uso se relaciona con una mayor predisposición para padecer depresión.

2.3. Área Psicológica

Las diferencias recogidas en la literatura científica respecto a las características encontradas en la mujer drogodependiente parecen coincidir en la existencia de una mayor tendencia a la depresión, baja autoestima, sentimientos de ineficacia, de culpabilidad y dependencia emocional con la pareja. En su historia personal aparece un alto porcentaje de abusos sexuales, vivencias de maltrato y mayor prevalencia de trastornos duales.

AUTOESTIMA

La autoestima es el conjunto de percepciones, pensamientos, juicios y afectos sobre uno mismo. Es un sumatorio de la autoeficacia percibida en situaciones concretas. La baja autoestima es un factor de riesgo para el abuso de sustancias.

Según Bonet (1994) una persona con alta autoestima está dispuesta a defender sus ideas y valores y puede modificarlos si nuevas experiencias indican que estaba equivocada; confía en su propio criterio sin sentirse culpable; tiene confianza en su capacidad para resolver los problemas y es capaz de pedir ayuda cuando la necesita; no se considera inferior ni superior a los otros, no se deja manipular por los demás, aunque esté dispuesta a colaborar; reconoce y acepta de sí misma diferentes emociones y sentimientos, tanto positivos como negativos y tiene capacidad para expresarlos. Disfruta con distintas actividades y respeta las opiniones de las otras personas aunque no comparta sus ideas y valores.

A las mujeres adictas les cuesta valorarse porque han asumido una cultura que como planteábamos en el marco teórico, castiga más la transgresión que supone el consumo en la mujer. En su proceso de socialización se les dificulta sutilmente la vivencia de experiencias que implican autovaloración, autoafirmación, experimentación y el enfrentamiento de dificultades, así como vivir situaciones que no responden a lo que se espera de ellas. A estas dificultades se añade que el modelo de identificación de la mujer con problemas de adicción es otra mujer, la madre, que frecuentemente presenta importantes déficits de autoestima.

ABUSOS SEXUALES

Orte, C. (2000), basándose en los estudios que el National Institute of Drug Abuse (NIDA) realiza desde 1996 sobre la incidencia del maltrato/abuso recibido en la infancia en las personas drogodependientes, señala problemas relacionados con la sexualidad, una mayor tendencia a conductas de riesgo, autodestructivas y de problemas psicológicos.

Otros autores señalan que el abuso sexual durante la infancia es un factor de riesgo de conductas autodestructivas entre las mujeres. (Winfield et al. 1.990).

Las cifras que aporta C. Meneses (2002) sobre otras investigaciones sitúan la incidencia de abusos sexuales en la infancia en mujeres drogodependientes entre el 23% y el 74%. Asimismo Copeland (1992), respecto a los índices de retención en el tratamiento, relaciona la existencia de abusos sexuales con la vinculación al proceso terapéutico, en el caso de centros de tratamiento especializados para mujeres.

Según plantea C. Orte, refiriéndose a los estudios de Finkelhor, la drogodependencia podría ejercer de antecedente o de consecuente de la historia de abuso o violencia sexual:

“Como antecedente, estaría relacionado con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo, mayor vulnerabilidad por falta de apoyo y supervisión parental, menor capacitación para discriminar señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso. Como consecuente, los abusos sexuales podrían llevar al alcoholismo y/o drogadicción como mecanismo de afrontamiento de ese suceso estresante o como consecuencia del estigma llevaría a la víctima a relacionarse con grupos marginales”.

MALTRATO

Respecto a la incidencia de los malos tratos, el Instituto de la Mujer en la publicación “La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres” indica que “los malos tratos producen efectos en todos los ámbitos de salud. Distintas investigaciones señalan que el maltrato mina la autoestima y crea dependencia emocional y, por tanto, inseguridad para tomar decisiones, sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia para salir de la situación. Asimismo, como consecuencia del miedo y el terror, sufren dificultades para concentrarse, problemas de ansiedad, ataques de pánico, fobias y reviven la violencia de forma intrusiva en pesadillas o ante estímulos que les recuerdan las experiencias”.

El clima de terror que genera produce síntomas físicos como dificultades respiratorias, taquicardias, angina de pecho, diarreas y dolores de cabeza.

En la línea de las repercusiones que produce la violencia contra las mujeres, Groenveld y Shain (1.988) encontraron que un 74% de las mujeres maltratadas tomaban tranquilizantes y que un 40% ingería somníferos, otras mujeres consumían alcohol y otras sustancias adictivas.

Por todo ello se puede plantear que el maltrato es un factor de riesgo de padecer abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, pero a su vez, se puede considerar que las mujeres adictas, al vivir más situaciones de riesgo y tener menos capacidad para cuidarse, pueden ser más proclives a sufrir una experiencia de maltrato.

Hay investigaciones que refieren que en el uso de alcohol y de tranquilizantes el maltrato es primario y consumen para adormecer su dolor y su rabia. En el caso de drogas ilegales, encuentran que su consumo coloca a la mujer en un mayor riesgo de sufrir violencia por el estilo de vida asociado (acudir a poblados, prostituirse, etc.)

MAYOR PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES

Cuando en un paciente se suma un trastorno por abuso de sustancias y otro trastorno psiquiátrico, hablamos de patología o diagnóstico dual. Si nos referimos a la presencia de dos o más trastornos psiquiátricos en el mismo paciente, hablaremos de comorbilidad.

Puede darse la presencia inicial del trastorno psiquiátrico y que el paciente use las sustancias como forma de alivio a los síntomas del trastorno (teoría de la automedicación) o puede darse como situación primaria el consumo de drogas y como secundaria la aparición del trastorno psiquiátrico a consecuencia de dicho consumo. También puede suceder que ambos trastornos se den juntos o separados en el tiempo sin ningún tipo de implicación causal.

O'Brien y McLellan (1.996) señalan una más alta prevalencia de problemas mentales en la mujer consumidora. Un estudio norteamericano (National Comorbidity Survey), concluye que la prevalencia de patología dual en mujeres adictas se sitúa entre el 57,9% y el 71%, llegando al 72,4% entre las que abusan del alcohol y el 86% de las dependientes a dicha sustancia. Este estudio encontró que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo eran los más frecuentes entre las mujeres.

El estudio “Epidemiological Catchment Area” (ECA) destaca la existencia de mayor comorbilidad psiquiátrica en mujeres alcohólicas.

Las mujeres presentan más problemas interpersonales, como discusiones familiares o crisis de ansiedad, en relación con los varones. Estos presentan más problemas de comportamiento, de dinero, legales y conductas antisociales (Robbin 1.985).

La prevalencia de suicidios es mayor en las mujeres drogodependientes que en las mujeres no drogodependientes.

El Estudio de Barcia y otros "alcoholismo femenino: estilo de beber, calidad de vida y autoconcepto con una muestra de mujeres jóvenes (26,9 años y 4,8 años de consumo), mujeres mayores (46,4 años y 8,2 años de consumo) y varones con características similares encuentra los siguientes aspectos:

- Las mujeres presentan mayores sentimientos de culpa, remordimiento personal, autocompasión y vergüenza que los varones.
- Las mujeres en general presentan más síntomas somáticos pero menor problemática laboral y degradación social.
- Las mujeres mayores presentan peor calidad de vida.
- Las mujeres alcohólicas tienen peor autoconcepto o imagen de sí mismas.

Aparecen en las historias de vida más episodios de violencia y existencia de familias multiproblemáticas en las mujeres (Togliatti 1998).

En un reciente estudio realizado en un Centro de Atención a Drogodependencias de Madrid (2004)¹³ con una muestra de 475 usuarios (343 varones y 132 mujeres), que solicitaron tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (heroína, cocaína, alcohol y cánnabis), se observa que las mujeres presentan más patrones de personalidad de tipo agresivo y una mayor prevalencia del trastorno negativista de personalidad.

2.4. Área Familiar

2.4.1. Características y dinámica de la familia de origen con una mujer drogodependiente

Un gran número de mujeres drogodependientes o con abuso a sustancias vienen solas a tratamiento, (Memorias PMCD) refiriendo que no quieren implicar a la familia.

En la propia red municipal se constata que viven un mayor número de varones drogodependientes con la familia de origen que de mujeres adictas (Memorias PMCD).

- Este dato no solo es constatado en la propia red municipal, expresado en las diferentes memorias anuales, sino que en el Estudio Eldred y Washington, referido en el libro de Stanton y Todd de "Terapia Familiar del Abuso y Adicción a las drogas" (1.985) señala que:
 - El 73% de varones viven con los padres y solo el 42% de las mujeres al comienzo del consumo.
 - El 57% de los varones viven con los padres y el 33% de las mujeres al iniciar el tratamiento.
- Las mujeres drogodependientes salen de su casa a una edad más temprana y aún viviendo en casa manifiestan un mayor nivel de autonomía. (Rodríguez, M., 2001).
- La familia no suele enterarse directamente por la hija del consumo, sino a través de situaciones límite o hechos fortuitos. En algunas situaciones aún mostrando síntomas claros de deterioro (pérdida de peso, de hábitos de higiene y alimentación, hábitos de vida irregular) no se producía la petición de ayuda ni la detección por parte de los padres del problema (Rodríguez M. 2001).
- Es habitual encontrarnos con mujeres drogodependientes que no cuentan a su madre el problema (sienten vergüenza, ven a su madre muy sobrecargada, etc.) y a madres que no detectan el consumo de sus hijas o a quienes les resulta más difícil tolerar la adicción. Ambas refieren frecuentemente falta de una relación íntima y de confianza.
- La madre suele vivir el consumo como una transgresión que afecta a su rol en los aspectos de educación y crianza y a la continuidad de la familia, ya que ambas (madre e hija) comparten la misión de estabilizar las relaciones intrafamiliares (Walters, M. 1988). El consumo de drogas es vivido además por la madre, como un fracaso muy grave en la crianza y educación de su hija.

¹³ Pedrero, E. y De Ena, S. "Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento, rasgos, trastornos y variables interaccionales" (en prensa)

- La madre suele ser reprochada por el resto de la familia, incluida la hija drogodependiente, sobre su responsabilidad en el consumo. Ello provoca un nivel de conflictividad mayor en las relaciones familiares con la mujer consumidora.
- A través del proceso de socialización que inicia el individuo desde su nacimiento, va interiorizando el sistema de valores, creencias sociales y roles de su entorno en función del sexo con el que nace. Diferentes autores señalan que los varones son socializados para desarrollar tareas instrumentales y relacionadas con los grupos exteriores y las mujeres son socializadas para desempeñar papeles expresivos relacionados con el vínculo afectivo y las tareas emocionales, tales como mantener las relaciones y criar a los hijos en el grupo interno (Walters, M. 1988). El consumo de la hija hace disfuncionar esta tarea, generando una relación de mayor conflictividad y falta de confianza, fundamentalmente con la madre.
- La relación con el padre suele estar marcada por la ambivalencia. Presentándose, en ocasiones, una relación de coalición frente a la madre.
- Al igual que en el caso de la madre, el rol social asignado al padre dificulta su participación en el tratamiento. La definición de “padre periférico” ha sido utilizado con mucha frecuencia como si se tratara de una decisión individual o un desajuste particular del padre, cuando podría entenderse como consecuencia de rol.
- Del mismo modo que a la madre se la responsabiliza de la crianza de los hijos, al padre se le encarga “que ponga orden en la familia” reprochándole que no tome medidas. Las actitudes paternas de alejamiento o desconocimiento del problema que se presentan con frecuencia, podrían tener que ver con una necesidad de eludir ese reproche proveniente desde el ámbito social.
- Con relación al padre, se mantienen también diferencias significativas: los varones drogodependientes habitualmente manifiestan poca o nula relación con el padre, actuando la madre de mediadora. En el caso de las mujeres, existe una mejor relación con el padre, pero ello no facilita el que éste desarrolle una relación de ayuda. Este aspecto podría apuntar a que el padre no tiene asignado en su rol articular esta relación de ayuda aunque, en un número importante de mujeres drogodependientes, se encuentre más próximo y más vinculado afectivamente.
- Si comparamos las familias de varones y mujeres drogodependientes (aunque se trate de la misma), nos encontramos con los siguientes aspectos diferenciales:
 - Con el varón drogodependiente, la madre suele hacerse cargo de forma más clara de la problemática del hijo, incluso puede asumir como suyas la responsabilidad y consecuencias del consumo del varón, la tendencia es centrípeta, se tiende a dar respuesta al problema en el seno de la familia.
 - Con la mujer drogodependiente, la madre tiene más dificultades para conocer o percibir el consumo de la hija, existe una mayor tendencia a que se provoque la salida del entorno familiar de la mujer consumidora o a que ésta se autoexcluya. La tendencia es centrífuga, de salida de la mujer consumidora de la familia de origen.

Señalaríamos por tanto una significativa diferencia en la dinámica familiar en función del género:

- Puede valorarse que, sin tener en cuenta la dinámica concreta de cada familia, existen menos recursos familiares para ayudar a una mujer con problemas que a un varón. Si además el problema es una drogodependencia, se genera un sentimiento de mayor culpabilización y vergüenza en la mujer y en la familia, lo que dificulta la prestación de ayuda a la mujer adicta; además, la mujer presenta mayor dificultad para solicitarla debido a las consecuencias negativas del reconocimiento del consumo.
- Podría deducirse que las creencias y prejuicios sociales se operativizan a través de la dinámica familiar y especialmente en la relación madre/hija, dificultando la comunicación y la comprensión del problema, y permitiéndola más en el varón. Ambos posicionamientos generan factores de vulnerabilidad a la hora de facilitar el cambio del drogodependiente, pero es importante tener en cuenta estos factores valorando los aspectos diferenciales para identificarlos e incorporarlos adecuadamente a las actuaciones preventivas y de tratamiento.

2.4.2. Características y dinámica de la relación de pareja

Inicio de consumo

El Instituto de la Mujer en su estudio de 1.996 sobre Mujer y Drogas indica que “muchas mujeres heroinómanas empiezan a consumir a través de su pareja, para sentirse unidas a él, o porque se sienten presionadas para sentir también esa experiencia”. Asimismo indica que la existencia de pareja adicta incide negativamente en la evolución del trastorno e incrementa el riesgo de patologías secundarias al consumo de drogas en la mujer.

Llopis señala en 1.997 que a diferencia de los hombres, el uso inicial de heroína en la mujer está influenciado por el hombre, especialmente por su pareja sexual que suele ser un adicto a la heroína. Asimismo, Llopis y Rebullida indican que posteriormente el varón drogodependiente no quiere que la mujer siga consumiendo por las implicaciones económicas, sociales y afectivas.

El estudio realizado por Irefrea con una muestra de 80 mujeres con adicción a opiáceos en todo el territorio nacional señala que “la influencia de la pareja drogodependiente es fundamental para la reanudación del consumo de heroína en la mujer drogodependiente”.

En la publicación “Women drug abuse in Europe: Gender Identity” Irefrea recoge de diferentes autores que el inicio en el consumo de opiáceos de la mujer es inducido por su pareja, y cita a los siguientes:

- Hser (1987) indica que el uso inicial de la heroína en las mujeres está influido por la pareja, que generalmente es heroinómano.
- Taylor (1993), apunta al papel del varón en la iniciación de la mujer en el uso de drogas y a la dependencia de la mujer en el consumo con la pareja.
- Llopis (1997) indica el importante papel de la pareja varón, también drogodependiente, en las diferentes etapas de la adicción a sustancias psicotrópicas de la mujer, en lo relativo al inicio de consumo, la evolución de la adicción, el tratamiento, las recaídas y el riesgo de contraer enfermedades.
- Bononato (1.996) habla de una situación de doble dependencia: en ambos la dependencia a la sustancia y a la pareja, que en el caso de la mujer incide en las recaídas.
- “Autores franceses” indican que la mujer, a menudo, consume drogas para seguir a la pareja.

En las memorias del Plan Municipal contra las Drogas aparece el dato de inicio del consumo en la mujer a través de la pareja en mayor porcentaje que en los varones. En los dos últimos periodos analizados, encontramos:

AÑO	GÉNERO	PERSONA QUE INICIÓ EN EL CONSUMO	%
2002	VARON	AMIGOS	78
		PAREJA	1,40
	MUJER	AMIGOS	54
		PAREJA	22
2003	VARON	AMIGOS	79
		PAREJA	1,37
	MUJER	AMIGOS	58
		PAREJA	19

Como podemos observar, la influencia de la pareja en el inicio del consumo en la mujer, supone en el año 2003 un 19% frente a un 1,37% en el varón, cifra similar al año 2002 y anteriores.

En el estudio exploratorio realizado en 2003 en los centros de la Red Municipal a Drogodependientes se encuentra que el 60% de las mujeres tenían pareja consumidora al iniciar el tratamiento, frente al 16% de los varones.

Estructura y dinámica en la relación de pareja cuando la mujer es adicta

Como veremos posteriormente en el estudio que presentamos en la presente publicación, se refleja que la mujer drogodependiente tiende con más frecuencia que los hombres a mantener relaciones de pareja y le es más difícil que a ellos encontrar y establecer relaciones con personas no consumidoras. De hecho en el estudio exploratorio citado anteriormente, el 68% de las mujeres mantenían relación con una pareja consumidora frente al 16% de los varones.

Una explicación plausible, además de las expuestas hasta ahora relacionadas con las diferencias de educación y transmisión de valores entre hombre y mujer, sería que teniendo en cuenta el eje individuación-pertenencia (Bowen, M, 1991), en la mujer las necesidades de pertenencia son mayores que las necesidades de individuación, con lo cual, tiende con más probabilidad que los hombres, que están más cerca del polo de la individuación, a mantener relaciones de pareja incluso poco gratificantes y a pasar de "relación en relación", sin que transcurra el tiempo necesario para realizar la pertinente elaboración de la separación.

Estas necesidades están relacionadas con las vivencias experimentadas y los valores transmitidos en la familia de origen de la mujer drogodependiente. Diversos autores han afirmado que la drogodependencia sería una pseudoindividuación de la familia de origen (Stanton, M. D. y Todd, T.C. 1985) y el establecimiento de la relación de pareja sería un intento "fallido" de separación de su familia, o siguiendo a Cancrini un intento de autoterapia frente a una situación personal o interpersonal dolorosa, buscando en la sustancia el aliviar dicho sufrimiento (Cancrini, L. 1984).

Del mismo modo, la mujer tiende con más frecuencia que el hombre a sacrificar aspectos personales de su propia vida relacionados con sus posibilidades de autonomía y de individuación, para mantener la relación de pareja. En el momento que hace intentos de cambiar, si la actitud de su pareja no es favorable y ve amenazada la relación, rápidamente da un paso hacia atrás volviendo a los mismos comportamientos que mantenían una relación insatisfactoria.

La mujer tiende a atribuir las dificultades de la relación a factores internos, de su personalidad, justificando o minimizando los comportamientos del hombre, con lo cual aumenta el sentimiento de culpa y la dependencia a la relación. En cambio el hombre suele hacer atribuciones al exterior, lo cual hace que el sentimiento de culpa sea inferior al que presenta la mujer. Añadido a esto, es un factor importante, como anteriormente hemos expuesto, el que en la educación de los hombres a diferencia de las mujeres, se enfatiza menos la afectividad y el cuidado de los otros.

Se unen dos dependencias significativas, la emocional y la de la sustancia. Cuando en la relación hay una crisis o una amenaza de ruptura, se aumenta el consumo como una forma de anesthesiarse del propio sufrimiento, creándose de este modo un círculo vicioso, se consume porque existen dificultades en la relación y hay dificultades porque se consume, de esta forma la dependencia emotiva de la relación se intensifica con la sensación producida por la dependencia física.

Por otra parte, continuar con el consumo permite soportar y mantener la relación insatisfactoria, privándose de la determinación necesaria para cambiar. Se imputa a la relación la culpa del consumo y al consumo la culpa de la relación. Cada una sirve para mantener a la otra y de esta forma la mujer es cada vez más dependiente de ambas cosas y se encuentra más atrapada. Como afirma Norwood, las soluciones se convierten en el problema, se consume para aguantar el dolor de una relación insatisfactoria y al consumir se aumenta las dificultades de la pareja (Norwood, R. 1989)

La dependencia a la sustancia y la dependencia a la relación "sirven" para no afrontar los sentimientos de insatisfacción personal, de baja autoestima, depresivos, de heridas del pasado, relacionados con las experiencias vividas por la mujer en la familia de origen. No queremos decir con esto que el pasado condicione el presente o el futuro de una persona, sino que se es fruto de una historia y que debe conocerse para comprender el momento actual y los significados que se atribuyen a los comportamientos tanto individuales como relacionales.

Teniendo en cuenta que cada situación es única, sí que podemos trazar ciertas características específicas de la

familia de la mujer drogodependiente, que son factores que influyen a la hora de elegir pareja como por ejemplo, patrones relacionales aprendidos; necesidades no cubiertas; abandono tanto físico como emocional; sobreimplicación con la madre; educación con clara diferenciación entre los hijos y las hijas, con expectativas o mandatos diferentes (la mujer “aguanta” y el hombre “actúa”); maltrato físico y/o psicológico, sea sufrido por la madre o por la hija; abuso sexual. Relacionado con este último aspecto, la mujer drogodependiente tiende a elegir y mantener parejas con conductas de maltrato y/o abusos sexuales. El estudio exploratorio Municipal recoge la existencia de maltrato en el 32% frente a un 9% de los varones y respecto a la presencia de abusos sexuales se produce en el 17% de las mujeres drogodependientes.

Del mismo modo que el drogodependiente cuando inicia su abstinencia siente un enorme vacío, lo mismo ocurre cuando la relación entra en crisis y se comienza a enfrentar los conflictos de la misma y la dependencia de una relación infeliz y dolorosa. Centrada en el consumo y en conseguir la sustancia no se presta atención a cómo es la relación.

La sustancia cumple la función de mantener una situación poco gratificante y de mantener determinadas pautas de relación, anestesiándose del dolor de la misma. La abstinencia implica afrontar de manera diferente la relación y la aparición de otros conflictos, cambia el tipo de relación, las necesidades y lo que se pide tanto al otro miembro de la pareja como a la relación, con lo cual aumenta la probabilidad de recaídas para preservar el vínculo. De esto se deriva la importancia de trabajar con la pareja, para que el proceso de cambio de ambos miembros y de la relación se de en paralelo.

En contraste con nuestro estudio Stanton y Todd afirman basándose en su investigación, que la dinámica de las mujeres es parecida a la de los varones y no presenta características diferenciales significativas. La diferencia que encuentran la sitúan a nivel familiar donde el apego excesivo suele ser entre padre-hija, a diferencia de los varones que suele ser madre-hijo (Stanton, M. D. y Todd, T.C. 1985).

Perfiles de parejas

Podemos diferenciar las relaciones en función de si están basadas en la diferencia (complementariedad) o en la igualdad (simetría). Las relaciones complementarias son relaciones basadas en la diferencia. Es el grado en que las necesidades y actitudes de ambos cónyuges se corresponden o complementan entre sí. En las relaciones simétricas se tiende a igualar la conducta de ambos cónyuges (Watzlawick, P. 1981).

La mujer drogodependiente tiende a mantener relaciones basadas en la complementariedad (diferencia). Acostumbradas y educadas en complacer más a los demás que a ellas mismas, en satisfacer necesidades afectivas y en cuidar a los demás, se emparejan con un hombre que satisfaga dichas necesidades y que por ende necesite también sentirse cuidado, atendido o necesite alguien a quién controlar. En cambio, en los conflictos tienden a mantener relaciones simétricas, convirtiéndose en escaladas que tienen como resultado grandes enfrentamientos y conflictos abiertos pudiendo llegar en algunos casos hasta el enfrentamiento físico. Normalmente “después de la tormenta llega la calma” con reconciliaciones y promesas de cambio.

Desde la experiencia clínica, podríamos realizar una descripción de los perfiles de conducta que encontramos en las parejas que la mujer drogodependiente establece, en función de si el compañero elegido presenta o no un problema de drogodependencia.

En primer lugar definiremos perfil de conducta, como aquellos “factores que determinan las interacciones cruciales de la pareja. En la relación de pareja cada integrante adopta una manera característica de relacionarse con el otro, una modalidad principal que constituye su “impronta personal”, durante cualquier período, si bien puede variar con cierta fluidez ante diversas situaciones”¹⁴ (Sager, C. 1980).

Toda pareja constituye un sistema único con sus propias creencias, valores, mitos, que son la combinación de las creencias y valores individuales que cada conyuge ha aprendido en su familia de origen. A cada tipo de pauta conductual corresponde una serie de “necesidades”.

14 Sager, C. 1980. *Contrato matrimonial y terapia de pareja. Amorrrortu*

Por otro lado, dichos perfiles de conducta no son estáticos o rígidos, sino que se pueden modificar debido a factores, tanto externos como internos, ya que en los sistemas humanos existe siempre una tendencia al cambio.

Los perfiles de conducta que se pueden observar en parejas de drogodependientes en función de la elección del cónyuge son los siguientes:

Salvador-salvado: si ella es drogodependiente y él no. La pareja representa un encuentro pseudoterapéutico bilateral. Él tiene necesidad de salvarla, así como ella tiene necesidad de ser salvada. Cada uno de los dos asigna al otro el rol que cada uno piensa que el otro necesita.

En este perfil podemos encontrar, aunque no exclusivamente, parejas con una mujer consumidora que ha ejercido la prostitución y ha conocido al compañero, no consumidor, cuando se prostituía. De esta forma se desarrolla un vínculo en el que él intenta ayudarla para que “se cure” y darle la posibilidad de tener otra vida y ella ve en él la posibilidad de que la saque de la miseria en la que esta sumida. Se establece de este modo un “contrato implícito de pareja”, de deudas- agradecimientos en los que la mujer se somete a situaciones insostenibles, para pagar la deuda contraída con la persona que le permitió cambiar su vida. Los estereotipos sociales se agudizan, pasando la mujer a una situación de sumisión y el hombre a una posición de controlador y de ejercer el poder en la relación. Además se añade el contravalor de la sexualidad como una forma de la mujer de pagar la “deuda” contraída con el hombre.

Cuidador-cuidado: si ambos miembros de la pareja son drogodependientes. Nos encontramos ante una situación, también basada en la diferencia, en la cual la mujer ejerce el papel de cuidar del hombre y este de ser cuidado por ella, tanto en el proveer la sustancia como en los cuidados más afectivos y domésticos o, en el caso de la existencia de hijos, de crianza. El poder es ejercido por el hombre y ella permite que esto sea así.

En ambas situaciones, el equilibrio emotivo de la pareja oscila entre el polo de la fusión y el de la diferenciación. Cuando la cercanía afectiva es percibida como excesiva o amenazadora el consumo actúa como regulador, distanciando a la pareja hasta que de nuevo hay un acercamiento, probablemente unido a un intento de mantener la abstinencia y se reinicia de nuevo el ciclo. Una mujer con necesidad de “cuidar” o de ser “salvada”, lo podrá hacer sólo con un hombre que lo permita o que estimule justo dichos comportamientos, ya que por su historia, sus vivencias y carencias, experimentadas del mismo modo en su familia de origen, necesita tener a su lado alguien que lo “cuide” y lo “proteja” o alguien a quien “salvar”.

Independientemente del rol que se desempeñe, existe un miedo a la intimidad y la sustancia cumple la función de ser el regulador de la cercanía-distancia afectiva de la pareja.

En parejas de **mujer adicta-varón no adicto**, aparecen serias dificultades en el varón para apoyar el tratamiento de la mujer. Al igual que en el caso del padre, al varón no consumidor se le puede reprochar socialmente que permita esa situación, afectando de forma importante a su prestigio social. Ello lleva consigo, en muchos casos el silenciamiento tácito y expreso del problema, donde varón y mujer adicta no hablan sobre ello ni lo resuelven, agravándose las consecuencias y el deterioro de la mujer y la dinámica familiar, y solo saliendo a la luz en situaciones extremas o de gravedad. El perfil que describiremos en el próximo capítulo respecto a mujeres con consumos invisibilizados en muchos casos responde a esta dinámica familiar.

2.4.3. Características y dinámica en relación a la crianza de los hijos

Actualmente el 50% de las mujeres y el 34% de los varones drogodependientes de la red municipal de atención tienen hijos.

Los hijos de personas drogodependientes son considerados como un grupo de riesgo. En esta línea Cloninger indica que en los hijos de alcohólicos es de tres a cinco veces más frecuente el alcoholismo que en personas que no cuentan con antecedentes familiares (Cloninger et al, 1981).

Numerosos estudios indican que el deseo de maternidad se relaciona con la disminución del consumo de drogas en la mujer y/o el inicio de tratamiento. En el varón, sin embargo, la futura o actual paternidad no supone un estímulo para la demanda de tratamiento; sus principales razones para iniciarlo son la estabilidad laboral y el deseo de no delinquir.

Paradójicamente los hijos se perciben como una dificultad en la decisión de comenzar tratamiento en las mujeres por la falta de recursos adaptados. En el estudio exploratorio de la Red Municipal el 21% de las mujeres y el 5% de los varones perciben que tener hijos a su cargo es una dificultad para realizar tratamiento.

En cuanto a la crianza de los hijos, Etorre indica que las “alcohólicas clandestinas” en general amas de casa con hijos, han abordado la crianza de los mismos desde el ocultamiento y la vergüenza (Etorre, 1998).

De forma general, la mujer alcohólica tiende a atender a sus hijos sin efectuar delegaciones en otros familiares, y ejerce un mayor control sobre su consumo para realizar las tareas básicas del hogar, mientras que las mujeres, adictas a heroína, mantienen en general una conducta más inestable que se mueve en los polos de atención/desatención a lo largo del tiempo con respecto al proceso de crianza.

En muchas ocasiones, deben afrontar la crianza de los hijos solas, con dificultades y en situaciones muy precarias. Pueden producirse periodos de abandono cíclico en función de si se encuentra en un periodo de abstinencia o consumo activo y delegan con mayor frecuencia el cuidado, en sus familias de origen.

Algunas características de la crianza de hijos de madres adictas son:

- Crecimiento de los hijos, frente a un problema, el de la madre, del que no se habla.
- Organización familiar para que pueda darse la ingesta de alcohol o consumo de otras drogas por parte de la madre (Etorre, 1998).
- Ocultamiento o negación por parte de la pareja varón del problema, y/o asunción de la responsabilidad del problema de adicción materna por parte de alguno o algunos de los hijos.
- Sentimiento de vergüenza frente al entorno social, que es mayor cuando es la madre la consumidora.
- Posible desprotección de los menores en algunos casos.
- Apoyo o asunción total del rol de padres por parte de los abuelos.

Parece destacarse que es la madre drogodependiente la que generalmente se hace cargo de los hijos, y por ausencia o delegación, los abuelos, en mayor porcentaje los maternos. La mujer drogodependiente refiere un sentimiento, común entre ellas, que indica que sin tener en cuenta lo efectiva que sea en la crianza de sus hijos, siempre mantiene el sentimiento de responsabilidad frente a los mismos, siendo críticas con la pareja que creen que no mantienen esta corresponsabilidad.

Es importante apoyar el establecimiento del vínculo entre el hijo y la madre drogodependiente, dado que es favorable para ambos, evaluando siempre la capacidad de cuidado del menor para que éstos estén adecuadamente protegidos. De acuerdo con los resultados de algunos estudios, los niños muestran una adaptación y vínculo más favorable de lo que cabía esperar, si bien estos estudios se han realizado en contextos protegidos de comunidades terapéuticas (Vizziello, F. et al, 1998).

En la experiencia clínica y de investigación con madres tóxicomanas y sus hijos (Fava Vizziello, G.; Simonelli, A 1999), se recogen las siguientes características:

- Necesidad acuciante de que el niño esté en estrecho contacto con ellas, buscan el contacto físico con gran intensidad, a veces estimulando al niño de forma excesiva. Los autores refieren que la relación corporal sustituye a la mental.
- Necesidad de anteponer su actividad como drogodependientes frente a su papel de madre.

Cuando no es posible el establecimiento de un vínculo estable entre madre e hijo suelen ser los abuelos quienes se hacen cargo de la crianza de los hijos de la mujer drogodependiente. Aún sin ser indicado de forma expresa, y recabando expresiones de la madre drogodependiente, parecería que la crianza de los hijos puede reforzar la salida de la madre de la familia de origen, percibiendo que el cuidado de sus propios hijos la excluye a ella, a no ser que asuma el rol exclusivo de hija.

Sin embargo, se percibe mayor facilidad en la convivencia de un hijo y su padre drogodependiente. Podría entenderse que a un padre drogodependiente le resulta más fácil vivir en su familia de origen como hijo, incluyendo también a su propio hijo, sin que esto genere conflicto.

Estas cuestiones, deben ser contempladas a la hora de diseñar una intervención específica en relación a la mujer drogodependiente y obviamente también en relación a los abuelos que acogen a nietos y que por segunda vez abordan la crianza de un niño (que perciben en ocasiones como un hijo) teniendo una experiencia negativa en la evolución de su hijo/hija drogodependiente.

2.5. Área Socio-Laboral

Cuando se plantea la problemática de la mujer adicta, se pretende como objetivo su rehabilitación e integración social, que pueda relacionarse con unos derechos y deberes como ciudadana de pleno derecho en su medio social.

Para ello, debe tener cubiertas sus necesidades básicas económicas, de vivienda y salud, así como poseer relaciones afectivas que le permitan su incorporación a redes sociales y comunitarias.

El reto de la integración socio-laboral de las mujeres drogodependientes implica no resignarse ante las mayores dificultades que presentan. Como ya se ha comentado, se produce un proceso de exclusión desde la misma sociedad, caracterizado por mayor severidad y rechazo.

Un proyecto de integración socio-laboral ha de tener en cuenta el género, ya que el hecho de ser mujer se establece como una variable de desigualdad en el acceso al empleo y, con ello, a la posibilidad de autonomía, de toma de decisiones y mayor autoestima, de valoración social y de logro de un estatus económico.

Esta diferencia, motivada por el género, se produce en la sociedad general con una distribución del poder y de los recursos desigual entre hombres y mujeres. En el mercado laboral se evidencian desigualdades en la tasa de actividad y tasa de desempleo, en el tipo de empleo, en salarios y en el tipo de contrataciones. La memoria del Plan Municipal contra las Drogas de 2003 recoge los siguientes datos:

Respecto al empleo

- El 41% de los varones tienen empleo frente al 28% de las mujeres. De las mujeres sin empleo, el 55% busca trabajo sin encontrarlo.

Respecto al apoyo o dificultades para la integración

- El 51% de los varones vive con su familia de origen frente al 41% de las mujeres;
- El 32% vive con su propia familia en el caso de las mujeres, frente al 22% de los hombres.
- Un 50% de las mujeres tiene hijos/ as.
- Nivel socioeconómico más bajo en las mujeres que en los varones. Un 50% de mujeres tienen nivel bajo y un 44% nivel medio.
- Un 39% de las mujeres tiene incidencias legales.
- De forma diferenciada, se encuentran aquellas con un importante deterioro bio- psico-social.
 - De una muestra de 95 pacientes del Programa de Sustitutivos Opiáceos en uno de los Centros de la Red, el 19% son mujeres y de ellas el 35% ha ejercido la prostitución de forma profesional. Estos datos se aproximan al estudio realizado por IREFREA, asociación que ha analizado el abuso de drogas femenino en Europa por las mujeres, financiado por la Comisión Europea. En el estudio realizado en el año 2000 "Mujer y Drogodependencias" sobre una muestra de 80 mujeres en tratamiento, el 37,3% habían ejercido la prostitución.

Estos datos obtenidos en la mujer adicta evidencian que la intervención socio-laboral es una de las áreas más necesitada de atención:

Formación

- Destaca la peor formación, propiciada por la mayor inestabilidad en su vidas, en la que incide la salida temprana del núcleo familiar y un mayor número de entradas y salidas, las diferencias en la socialización respecto a los hermanos y el mayor número de acontecimientos traumáticos.
- Mayor imprecisión en sus objetivos de formación y laborales. No se identifican con un oficio o profesión. Aunque en la sociedad se han producido cambios, todavía encontramos una interiorización del estereotipo femenino de mayor pasividad, poco interés por el poder, miedo a la competitividad y valoración de sí mismas más centrada en aspectos afectivos- relacionales que profesionales.
- Mayor dificultad en el acceso y mantenimiento de cursos de capacitación socio-laboral, motivados por el menor apoyo de la familia de origen, cargas familiares y peor nivel socio-económico.

Dificultades en el logro de empleo

- Debido a la menor cualificación profesional, sus trayectorias vitales están marcadas por muchas incidencias que han motivado experiencias laborales más discontinuas. En este aspecto, las mujeres que se han prostituido se encontrarían con mayores dificultades.
- Por la situación del mercado laboral más desfavorable para las mujeres.

Restricción en la selección de empleos

- En una búsqueda rápida de dinero, marcada por la precariedad económica y las cargas familiares, optan por el empleo doméstico o como operarias no cualificadas, como salida a corto plazo más rentable.
- Alternativas de empleo más restringidas en horarios, desplazamientos y ubicación, determinadas por el cuidado de los hijos/as, a lo que debemos añadir la necesidad de conciliar dicho empleo con la asistencia al tratamiento. Es una realidad que hacer compatibles todas estas responsabilidades se hace muy difícil para la mujer en el momento de la inserción socio- laboral.
La "habitual" petición de ayuda a los abuelos/as para el cuidado de los hijos/as mientras se trabaja se ve dificultado por unas relaciones más problemáticas en el 50% de las mujeres drogodependientes.
- Al no poder plantearse actualizar conocimientos en cursos de formación, mantendrán a largo plazo peores trabajos, con condiciones más precarias, con dificultades para plantearse el desarrollo de un itinerario profesional.

Ambivalencia frente al empleo

- El tener hijos tiene una mayor repercusión en la vida de la mujer adicta que en la del varón consumidor. Las mujeres asumen responsabilidades familiares, en muchos casos, no compartidas. En una gran mayoría de ellas, uno de los objetivos principales en la deshabituación es la recuperación del vínculo con los hijos/as y poder proporcionarles cuidados. Cuando el proceso terapéutico avanza, se vive con gran ambivalencia el acceso al empleo porque vuelve a significar una nueva ausencia en la relación con los hijos/as, muchas veces cargada de culpa.

Mantenimiento del empleo

- El desempeño satisfactorio de un puesto de trabajo puede verse dificultado si se producen recaídas, las cuales son más frecuentes si la pareja de la mujer es drogodependiente. Por otro lado, el trabajo puede ser valorado como una estabilidad apreciada en el caso de que sean responsables de hijos/as.

Precariedad en la vivienda

- Respecto al apoyo de la familia como elemento de apoyo para la inserción, el hecho de que sólo el 33% de las mujeres vivan con sus familias se traduce no sólo en un menor apoyo económico, sino también en una mayor precariedad en el alojamiento.

Menor disponibilidad para ocio y tiempo libre

- Van a disponer de menos dinero y tiempo para actividades deportivas y culturales.

Red social

- Relaciones sociales más limitadas con un entorno no consumidor, por el mayor rechazo percibido.
- Hay que cuidar que cuando inicien un trabajo, la dedicación al mismo no se convierta en una barrera en el mantenimiento de las relaciones sociales, motivado por la falta de tiempo.

Son aspectos que en la intervención se han de tener en cuenta si queremos alcanzar unos objetivos eficaces y efectivos en la integración socio-laboral, debiéndose tener en cuenta que se trata de un largo proceso que supera el problema de la dependencia personal de la mujer y trasciende a lo social.

3

Perfiles de mujeres en relación con el consumo de sustancias psicoactivas

Las situaciones descritas anteriormente, se refieren fundamentalmente a mujeres que tienen relación de abuso o dependencia con las drogas. No obstante, la mujer consumidora no presenta un perfil único, la intensidad y número de diferentes variables de orden orgánico, psicológico y social evidencian situaciones muy diferentes, como son:

- El grado de abuso o dependencia, el grado de conciencia de que existe un problema con las drogas y la motivación para modificar su conducta.
- Sus características personales, sociales y familiares.

Sin embargo la participación en un contexto social homogéneo y las también similares consecuencias del consumo en la mujer, nos permite aproximarnos a diferentes grupos de mujeres con consumos experimentales, abusivos o adictas que manifiestan características y dinámicas homogéneas.

- La identificación de diferentes perfiles de mujeres consumidoras facilita la comprensión, el análisis y el diseño de estrategias específicas preventivas y/o de tratamiento para promover la reducción del daño o la abstinencia en relación con los consumos.

Se describen tres tipologías de mujeres que presentan diferentes características:

1. Mujeres jóvenes experimentadoras o con abuso de sustancias psicoactivas.
2. Mujeres con abuso o adicción invisibilizados a sustancias psicoactivas.
3. Mujeres con signos manifiestos de adicción.

3.1. Mujeres jóvenes experimentadoras o con abuso de sustancias psicoactivas

- Se integrarían en este grupo las mujeres jóvenes de 16 a 25 años cuyas pautas de consumo se aproximan cada vez más a la de los varones, no percibiendo diferencias por razón de género.
- Consumen para divertirse en los tiempos de ocio. No tienen conciencia de que consumir alcohol u otras drogas (cánnabis, drogas de síntesis, esporádicamente cocaína) sea un problema, y piensan que si se lo propusieran abandonarían el consumo.
- Creen que las consecuencias del consumo son similares para los varones y para las mujeres, sin que tengan conciencia de las específicas consecuencias que ocasiona el consumo en las mujeres, aunque las mujeres mantienen restricciones y límites respecto al consumo de drogas ilegales.
- No suelen acceder a los centros de atención específicos, salvo por problemáticas concretas: multas por consumo en la calle, crisis de ansiedad, estados depresivos o episodios de tipo psicótico asociado al consumo de sustancias. Es más factible que sean los padres u otros familiares los que lleguen a los centros para solicitar orientación.

- Aunque no existen muchos datos de la repercusión del consumo en las mujeres jóvenes, algunos estudios indican que presentan mayores sentimientos de culpa, remordimiento personal, autocompasión, vergüenza, peor autoconcepto, así como mayor presión social para controlar el consumo que los varones jóvenes.
- A veces aparecen asociados desordenes alimentarios (Blume 1.994, Cirsettu 1996).

En relación con el consumo experimental y/o de abuso en las jóvenes, resulta imprescindible profundizar en el análisis de las características diferenciales en los hábitos de consumo, e introducir contenidos informativos en el marco del trabajo de prevención en drogodependencias, que sensibilicen a la población joven de las consecuencias específicas que sufre la mujer con relación al consumo de drogas: diferente tolerancia social a los consumos, problemas de salud específicos, percepciones y sentimientos diferenciados.

En relación con este último aspecto las mujeres perciben antes el riesgo del consumo y también promueven estrategias de protección y control para reducir ese riesgo, comparativamente con la de los varones, asimismo se detectan diferentes actitudes y consecuencias familiares y sociales.

Ello supone abordar el nuevo estereotipo que parece consolidarse, "de la igualdad ficticia" que se percibe en la población joven en fase de experimentación.

Complementariamente a estas actuaciones, deben desarrollarse estrategias que permitan identificar las conductas diferenciales que generan las familias de los jóvenes experimentadores, ya que definen normas más restrictivas con las mujeres que con los varones, siendo más permisivos, sin embargo, en las mujeres con los consumos de tabaco. (Observatorio Nacional sobre drogas, informe núm. 5).

3.2. Mujeres con consumos abusivos o adicción a sustancias psicoactivas, invisibilizados

Mujeres, con edades comprendidas entre los 35 y los 60 años con consumos de alcohol u otras sustancias psicoactivas a las que pueden ir asociadas conductas adictivas como el juego patológico, etc.

- Este grupo de mujeres participa de las características de los otros grupos, pero se trataría, siguiendo la clasificación de Bogani, de consumidoras "clandestinas". Pueden ser amas de casa, madres de familia o mujeres con autonomía profesional.
- El conflicto se encuentra en la solicitud de ayuda, ello significa perder status social e identidad en su rol, pueden ocultar el consumo y su entorno más próximo participar en la negación, raramente se habla del consumo de forma expresa con el marido, hijos, amigos, salvo en situaciones extremas.
- Durante años pueden justificar el consumo o desviar voluntaria o involuntariamente los síntomas del abuso o adicción hacia otras problemáticas (conflictos familiares, depresiones, ansiedad, etc.) "cortinas de humo". En ocasiones aparecen asociados desordenes alimentarios (Blume 1994, Corsetti 1996). Según el estudio epidemiológico de comorbilidad de los Estados Unidos (Nacional Comorbidity Survey), existen elevadas tasas de comorbilidad entre las drogodependencias y la bulimia y también entre anorexia restrictiva y abuso de drogas pero no entre anorexia y alcoholismo (Casas, M. et al 2002).
- Síntomas somáticos, quejas depresivas, demanda de medicación psicoactiva, cuyos límites pueden ser traspasados mediante la automedicación.
- El consumo se da de forma individual o en círculos muy restringidos aislados de su entorno habitual; puede conseguir niveles de autocontrol para poder mantener una eficacia básica en las tareas de la casa y/o en el trabajo, y favorecer así el silenciamiento.
- El nivel de sufrimiento es muy alto, dado que no suelen hablar con nadie de su problema. Y sus energías van encaminadas a organizar sus pautas de consumo y de vida para que ambas sean compatibles.
- Raramente llegan a los centros de atención, salvo que exista una situación crítica como desentendimiento de los hijos, problemas económicos muy serios, grave deterioro físico o psicológico o bajo rendimiento laboral detectable. Es más factible que venga algún familiar a consultar y orientarse.

- Parece incorporarse a este perfil un grupo de mujeres más jóvenes con consumo de alcohol y cocaína:
 - Mujeres amas de casa con o sin hijos.
 - Mujeres trabajadoras que compatibilizan una doble jornada laboral (trabajo fuera de casa y tareas domésticas).
 - Mujeres que experimentaron o abusaron de sustancias solas o con la pareja y que actualmente, al pasar a asumir un rol de adultas (consolidación de la pareja, maternidad, etc.), provoca el paso del uso de sustancias a abuso o a la adicción.

Las actuaciones prioritarias irían encaminadas a abordar la atención a aquellas mujeres que poseen diferentes grados de conciencia del problema de abuso o adicción, que este conocimiento les produce un sufrimiento con consecuencias negativas sobre la autopercepción y el estado de ánimo y que por múltiples razones ocultan su consumo y por tanto su problema queda invisibilizado. Estas actuaciones también deben abordarse para aquellas jóvenes con un consumo abusivo a sustancias ya instalado, que no es percibido por la joven.

Se trata, por tanto, de sumar actuaciones para conseguir los siguientes objetivos:

- Articular estrategias que permitan facilitar el acceso a las mujeres con consumos abusivos o drogodependientes que muestran dificultades para demandar ayuda en los centros de atención.
- Formar a los profesionales a quienes se dirigen para que detecten precozmente a estas mujeres.
- Orientar a las familias para que mantengan una actitud de ayuda que promueva el acceso de la mujer al tratamiento.

Para conseguir el acceso de estas mujeres a los centros de atención es necesario desarrollar protocolos de detección precoz desde los profesionales de atención primaria o de los servicios sociales generalistas.

3.3. Mujeres con signos manifiestos de adicción

- Un grupo de mujeres más jóvenes, entre 25 y 40 años, que accedieron a partir de la década de los años 70, fundamentalmente a través de la pareja, al consumo de opiáceos. Son policonsumidoras.
- Existe reconocimiento del consumo, aunque pueden pensar que son capaces de resolver este problema solas, sin necesidad de ayuda familiar o profesional.
- Pese a que sea un tema silenciado, tienen experiencia de las restricciones y consecuencias que ha supuesto la incorporación como mujer al policonsumo y su dificultad para asumir el rol de "mujer aceptada socialmente".
- Acuden de forma mayoritaria solas a tratamiento, indicando que no desean que se entere la familia o con precario apoyo familiar.
- El conflicto se encuentra en aceptar su problema, identificando las consecuencias específicas de ser mujer drogodependiente sin que la culpa y las conductas autodestructivas generen deterioro y exclusión social y bloqueen, por tanto, la posibilidad de cambio.
- El conflicto también se encuentra en tolerar las restricciones que su vida de consumo puede provocar en el proceso de inserción social.

Las mujeres con signos manifiestos de adicción en tratamiento en la red son el objeto de la presente publicación. Se intenta comprender su problemática y adecuar más la intervención. El hecho de centrar este documento en la tipología referida no limita el compromiso de este Instituto de Adicciones para abordar en el futuro el estudio de la problemática de mujeres incluidas en otros perfiles.

Capítulo 2.

Aproximación a un modelo de intervención

1. Actitudes del terapeuta y del equipo interdisciplinar
2. Valoración e intervención en las diferentes áreas
3. Coordinación institucional
4. Propuestas
5. Bibliografía

1 Actitudes del terapeuta y del equipo interdisciplinar

Susana Sánchez Vallejo

Actitudes del terapeuta

En general, los componentes fundamentales para la satisfacción del paciente son una buena comunicación y el mantenimiento de una relación respetuosa y cordial, dirigida a mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente en el tratamiento.

Con respecto a la comunicación, tener mayor conocimiento acerca de algo no mejora necesariamente el cumplimiento.

Sobre la importancia de las actitudes del terapeuta, mantener una actitud empática se ha relacionado con una mejor adhesión al tratamiento además de ser un elemento fundamental para el cambio terapéutico (Rogers, C. 1957). La actitud de ayuda y colaboración del terapeuta puede aumentar la adhesión al tratamiento en la medida que mejora las expectativas del paciente respecto a su drogodependencia o a los beneficios del tratamiento.

Duncan, B. L. y colaboradores (2003) mencionan aspectos de la psicoterapia que son efectivos y que contribuyen al éxito de la misma. Cuatro factores inciden en el resultado terapéutico:

Los factores del cliente: Variables extraterapéuticas, que se dan en el ambiente del paciente, o en él mismo; las capacidades de éste para desarrollarse personalmente, para conseguir ayuda de otros, sucesos que ocurren durante el tratamiento, etc. La incidencia de estos factores en el éxito de la terapia puede ser de aproximadamente un 40 %.

Los factores de la relación: Aspectos comunes de las diferentes terapias (independiente de la orientación teórica) que se dan en la relación terapeuta-paciente. Su incidencia sería del 30%. En este punto lo más importante son las percepciones del paciente sobre la relación, más que las percepciones del terapeuta. J. D. Frank dice que la "relación de confianza, una fundamentación convincente y la fe en que el tratamiento será beneficioso" son elementos importantes implicados en el éxito terapéutico (Safran, J. D. y Segal, Z. V. 1994).

Los factores técnicos del modelo teórico: Aspectos propios de cada enfoque terapéutico desde el que se está interviniendo. Inciden en un 15% de los cambios ocurridos y su importancia es relativa.

Los factores de placebo: Están relacionados con la expectativa creada en el paciente por estar en tratamiento. Valor de un 15 % en el resultado terapéutico.

Para que la terapia se desarrolle adecuadamente varios autores afirman que entre el paciente y el terapeuta debe:

- Existir un acuerdo sobre los objetivos a conseguir durante la evaluación y el tratamiento.
- Aceptar la realización de una serie de tareas para la consecución de dichos objetivos.
- Establecer vínculos positivos de confianza y confidencialidad.

Duncan, B. L. et al. (2003) describen como aspectos fundamentales en el éxito terapéutico para el paciente, aquellos relacionados con la alianza terapéutica, la calidez, la ayuda, el interés y la implicación emocional del mismo, junto con los esfuerzos por explorar el material relevante para el paciente.

Najavits, L. M. y Weiss, R. D. (1994) realizaron una revisión sobre la efectividad del terapeuta en el tratamiento de personas con problemas de abuso de sustancias, concluyendo que independientemente del conocimiento y experiencia del terapeuta, o de las características del paciente, la posesión de unas buenas habilidades de relación interpersonales por parte del terapeuta son fundamentales en los resultados de la terapia (Arribas Martínez, J. A. 2003).

Actitud en la intervención con mujeres drogodependientes

Sobre la intervención con mujeres adictas, desde la acogida se debe actuar con una actitud terapéutica activa, próxima y de refuerzo, esto es fundamental para que no se produzca un abandono precoz. Estas mujeres buscan generalmente ayuda antes que tratamiento, es decir, una actitud de comprensión, no culpabilizadora frente al problema.

Una actitud neutral por parte del terapeuta ante el género del paciente puede producir una percepción incompleta del problema al no incluir elementos de evaluación específica de la mujer y no poner en marcha herramientas adaptadas a la misma.

Acogida y contención emocional

- El momento de la acogida es vital para la continuidad del tratamiento de la mujer. Establecer empatía desde el inicio es fundamental para cualquier drogodependiente. En la mujer drogodependiente la escucha comprensiva desde el inicio se configura como la clave del acceso a la intervención.
- Una actitud de escucha y de aceptación, es decir, la comprensión de su punto de vista, favorecen el desarrollo del vínculo terapéutico y facilita también la mejora en la autoestima de la mujer. Se ha observado en diferentes trabajos de investigación que las estrategias de confrontación y más aún si hablamos de fases iniciales, son especialmente perjudiciales en personas con baja autoestima.
- Debe reconocerse que la mujer que tiene una mayor dificultad para solicitar ayuda en el problema de consumo.
- Debe aceptarse que exista una mayor ambivalencia frente al proceso de dejar las drogas, dado que algunos aspectos de ese proceso son más difíciles para la mujer.

Es importante para una mejor intervención:

Utilizar un estilo terapéutico diferente, donde la comunicación sea primordial, ya que en muchos casos les cuesta opinar. Tampoco resulta conveniente mantener actitudes rígidas, ya que la tendencia es a reaccionar negativamente.

Para realizar un abordaje eficaz de la adicción en la mujer deberíamos, no tanto detenernos en las técnicas, sino considerar ciertos aspectos que van a definir la figura del terapeuta como elemento importante del proceso terapéutico. En este sentido, no es tan importante el género del terapeuta como prestar atención a los prejuicios y las actitudes.

Es fundamental también en el caso de mujeres adictas el manejo adecuado de la distancia emocional y de la propia afectividad.

La adaptación del terapeuta ante la mujer consumidora se debe realizar en base a ciertas características específicas como son:

- Mantener una actitud todavía más cuidadosa e imparcial que ante los hombres con problemas similares, evitando posiciones de superioridad o culpabilización. Contrarrestar la marginación y la ocultación de los problemas con una actitud más atenta. En muchas ocasiones, la idea que la paciente tiene sobre sus problemas es parecida a la que se tiene sobre un capricho o vicio. Por eso le ayudará encontrar a alguien que la considera una persona digna con un problema de salud.
- Transmitir optimismo y una adecuada conciencia del problema como eje durante toda la intervención.

2 Valoración e intervención en las diferentes áreas

M^a del Carmen López Jiménez

2.1 Área sanitaria

2.1.1. Intervención individual

Como ya se ha descrito, la actitud del profesional debe ser de empatía para establecer un vínculo de confianza con la paciente, respetando sus valores y pautas culturales de forma que pueda expresarse libremente sin sentirse juzgada.

Hay que tener presente que la valoración/diagnóstico desde el área sanitaria es un continuo, y que al avanzar en el proceso de atención pueden aflorar trastornos que estaban ocultos por el consumo y todo tipo de alteraciones de salud que cobran importancia tras el abordaje y estabilización de lo que es en este caso el problema principal: la dependencia.

La toma de decisión sobre la opción de tratamiento médico más adecuado se basa en:

1. Valoración del estado físico

La historia clínica, junto a la exploración física y las pruebas complementarias aportan una visión global de la situación somática de la paciente. Además de la analítica general de sangre y orina, se establecerá de forma rutinaria la presencia o ausencia de:

- Hepatitis víricas
- Anticuerpos VIH
- Tuberculosis
- Sífilis

Si se detectan signos y/o síntomas de maltrato/abuso se discriminarán las situaciones que impliquen adopción de medidas inmediatas.

2. Embarazo

Su existencia hace que la atención sea inmediata, siendo el tratamiento preferente en cualquiera de sus modalidades. Si la paciente necesita ser desintoxicada, se hará a nivel hospitalario, preferiblemente durante el segundo trimestre de embarazo, ya que si se realiza durante el primero aumenta el riesgo de aborto, y durante el tercero, la probabilidad de parto prematuro. Puede ser necesario facilitar el acceso a la atención obstétrica para establecer el primer contacto, ya que aparte del posible desconocimiento por parte de la embarazada de dónde dirigirse, hay que considerar también el posible

“miedo a la condena social de los profesionales”¹⁵ como factor limitante por parte de la mujer adicta para acudir a la consulta obstétrica.

Posteriormente, se apoyarán el seguimiento y cumplimiento de las pautas marcadas por el equipo obstétrico. Las intervenciones de Educación para la Salud que habitualmente se realizan en los Centros (nutrición, sexualidad, higiene, etc.) adquieren especial relevancia en esta situación porque la mejora de hábitos facilitará el buen curso del embarazo y harán consciente a la mujer de su papel, para que pueda asumir el protagonismo que le corresponde en el desarrollo adecuado de la gestación. Si la paciente está en tratamiento con sustitutivos opiáceos, se harán los ajustes de dosis necesarios a medida que avance el embarazo. Si mantiene el consumo, la intervención irá dirigida a la reducción de daños y riesgos, manteniendo como objetivo el acercamiento de la paciente a la red asistencial.

En la atención ambulatoria a una usuaria embarazada, al equipo de tratamiento en los Centros de Atención se añaden las figuras del obstetra, matrona, internista... por lo que es necesaria la coordinación y actitud colaboradora por parte de los profesionales para hacer asequible el tratamiento a la paciente. No olvidemos que está viviendo una situación que por una parte es alegre y motivadora, pero por otra desconocida y generadora de una responsabilidad que muy probablemente no este en condiciones de asumir.

La intervención en el CAD desde el Área Social, irá dirigida a mejorar las condiciones de vida de la embarazada facilitando el acceso a los recursos que se requieran según la situación.

3. Evaluación global del estado de salud mental

La sospecha de la existencia de un trastorno dual o su confirmación diagnóstica, condicionan la elección del tipo de tratamiento a aplicar. Por ejemplo, su presencia implica que la fase de desintoxicación se haga a nivel hospitalario.

La valoración de la salud mental debe ser una constante a lo largo de todo el proceso de tratamiento, pudiendo darse tres situaciones en relación al diagnóstico del trastorno, si lo hubiere:

- Paciente ya diagnosticada y que está en tratamiento psiquiátrico: la asistencia se presta en coordinación con su psiquiatra.
- Paciente ya diagnosticada pero que no tiene seguimiento psiquiátrico: la actitud es intentar la estabilización y si es necesario remitir a psiquiatría para hacer un seguimiento coordinado.
- Paciente sin diagnóstico previo a la que se detecta alteración: el tratamiento, tanto a nivel farmacológico como psicológico, se hace en el Centro salvo que la patología, como en los casos de esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión mayor refractaria a tratamiento, requiera mayor nivel de especialización, en cuyo caso se remitirá a psiquiatría y se seguirá de forma coordinada.

4. Historia toxicológica

- Edad de inicio.
- Sustancias utilizadas.
- Vías de administración.
- Dosis actual y frecuencia de la administración.
- Hábitos de consumo.
- Reacciones anómalas y/o sobredosis (número, dosis, consecuencias).
- Síndromes de abstinencia padecidos (motivo, síntomas).
- Existencia de desintoxicaciones/tratamientos previos; tipo y resultado de éstos.

15 Meneses Falcón, C. "¿Una atención específica para Mujeres?" Reflexiones para el debate. Rev Proyecto Hombre, nº 43. Sep. 2002

El policonsumo requiere una correcta jerarquización de las sustancias consumidas para determinar cuál es la droga principal y cuáles las secundarias, y poder establecer el abordaje más adecuado. Debemos tener en cuenta la posible tendencia a minimizar los consumos ante el profesional, al igual que a veces se pretenden hacer invisibles cara a la familia o entorno, procurando que no interfieran en las obligaciones de su vida cotidiana como cuidado de la casa, hijos, etc. Es conveniente preguntar explícitamente sobre el consumo de psicofármacos.

5. Valoración del nivel de motivación y actitud frente al tratamiento

Debemos tener presente en este apartado algunas características específicas de la mujer drogodependiente, tales como: su mayor ambivalencia de la mujer frente al proceso de abandono del consumo de drogas; sus mayores dificultades de partida para iniciar el tratamiento; la estigmatización que supone el hecho de solicitar tratamiento cara a ella misma y a su entorno y sus creencias de omnipotencia frente a la superación de la drogodependencia.

En base a lo anterior, pueden tener lugar peticiones de tratamiento que no siempre van seguidas de conductas coherentes con la demanda expresada.

6. Valoración del entorno cercano: pareja y familia

La pareja y la familia, tanto la de origen como la formada por la mujer adicta, constituyen un elemento fundamental para el buen resultado del tratamiento, aunque también pueden actuar como factor desestabilizador del mismo. Su colaboración resulta muy valiosa cuando se implican en el tratamiento farmacológico, colaborando con el área sanitaria cuando éste es necesario.

7. Existencia de hijos y responsabilidad respecto a ellos

Puede constituir un factor limitante para determinar el tipo de tratamiento; así por ejemplo, en caso de plantearnos un ingreso hospitalario o en comunidad terapéutica, la falta de apoyo para su cuidado o el hecho mismo de la separación física, a la que la madre adicta es remisa, puede plantear dificultades insalvables.

Por otra parte, si la opción de tratamiento es ambulatoria, el hecho de tener que combinar el cuidado de los hijos y las tareas domésticas con el tratamiento farmacológico, en caso de que sea necesario, hace que éste deba especialmente ser ajustado.

Además de los aspectos anteriormente mencionados, que son el punto inicial para el diseño del abordaje desde el punto de vista sanitario, también son objeto de intervención las siguientes áreas:

8. Inmunoprofilaxis

Se revisará el calendario de vacunas administrando las que, según el caso, estén indicadas.

9. Salud reproductiva

Anticoncepción

Se debe indagar si la paciente utiliza un método anticonceptivo adecuado a su situación personal. Es importante evaluar tanto los conocimientos que la mujer posee, como sus actitudes, creencias y dificultades respecto a la anticoncepción y la profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual. En el CAD la intervención va dirigida al uso del preservativo. Otros métodos anticonceptivos se indicarán en la consulta ginecológica.

Control ginecológico

Lo habitual en la mujer adicta es la falta de atención, en especial, a esta parte de su salud, agravada por la frecuente inestabilidad en la que vive, lo que dificulta un seguimiento sistemático. No es fácil incluir en sus hábitos el control ginecológico periódico, por lo que se trabajará con la paciente la asunción de esta conducta por la importante repercusión que tiene en su salud; en este sentido, informar a la usuaria de los múltiples aspectos que evaluarán en la consulta ginecológica, facilitar el acceso a ésta si es necesario y reforzar la conducta de cumplimiento terapéutico tras la visita, son factores que tienen un evidente efecto positivo. El control ginecológico abarca:

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Estudio y tratamiento de las alteraciones menstruales, tales como la amenorrea, tan frecuentemente asociada al consumo de opiáceos o tratamiento con metadona, aunque no es exclusiva de este grupo de sustancias.
- Detección precoz del cáncer de cuello de útero. De especial interés es el control en las mujeres seropositivas, ya que las lesiones que se producen si hay infección por determinados tipos del Virus del Papiloma Humano, pueden tener una evolución más tórpida que en no infectadas (Ellerbrock, T.V. 2000).
- Alteraciones de la sexualidad (vaginitis, anorgasmia) con base orgánica.
- Detección precoz del cáncer de mama. Aunque con las limitaciones ya expuestas respecto a la asociación entre el consumo de algunas sustancias y la mayor frecuencia de aparición de cáncer de mama o de cérvix, podemos asumir que estamos ante una población con un cierto factor de riesgo añadido para la incidencia de estas patologías.

10. Seguimiento de patologías ya conocidas o diagnosticadas a raíz de la intervención sanitaria

El seguimiento clínico se hará en el Centro de Atención a Drogodependientes, en el hospital o por el especialista que corresponda, asumiendo que la mujer tiene una mayor dificultad para acudir a las revisiones, puesto que al componente psíquico que determina su relación respecto a la situación de enfermedad, se unen la falta de hábito de autocuidado y la mayor carga de quehaceres (hogar, hijos...). Ello le exige un esfuerzo organizativo para el que no suele disponer de habilidades, por lo que el apoyo desde el Centro de Atención a Drogodependientes facilitará la continuidad de los seguimientos y la asunción de responsabilidad respecto a su salud.

11. Valoración del estado nutricional

La frecuente asociación entre consumo de drogas y presencia de deficiencias nutricionales hace que, una vez conseguida una mínima estabilización de la paciente, sea este aspecto un motivo importante de intervención. El consumo conlleva alteración del patrón de ingesta; se toman alimentos preferentemente del grupo de hidratos de carbono y de forma irregular, cuando apetecen o, según la situación, cuando se pueda disponer de ellos.

La medida del Índice de Masa Corporal, la encuesta alimentaria y los resultados de la analítica sanguínea, nos aportan una valoración objetiva de la situación. A esto añadiremos la percepción de la autoimagen corporal, la actitud y conocimientos (generalmente todos erróneos) sobre alimentación, así como la disponibilidad económica de la paciente. La valoración conjunta de todos estos elementos nos permitirá determinar las prioridades y los aspectos a trabajar para mejorar los hábitos alimentarios.

Al abordar este aspecto, pueden detectarse trastornos de la conducta alimentaria. Suelen ser previos al trastorno adictivo y en numerosas ocasiones detonantes de la conducta de abuso.

Sobre todo en pacientes con larga dependencia a la heroína, es muy frecuente el mal estado de la dentadura; faltan numerosas piezas y las que quedan no están sanas, lo que dificulta aún más la adecuada ingesta. En este caso, además de la intervención sanitaria, desde el Área Social se abordará la búsqueda de recursos para el tratamiento dental.

12. Valoración de los hábitos relacionados con la salud

Entre otros hábitos relacionados con la salud están: higiene, ejercicio, descanso, sexualidad, etc. El abordaje de estos aspectos se hará de forma progresiva a lo largo del tratamiento. El momento adecuado vendrá determinado generalmente por una situación anímica y física estable así como una mejora en la sensación subjetiva de autoeficacia, que generarán interés y receptividad por parte de la usuaria.

Aparte del efecto positivo que para la mujer representa la mejora de los hábitos de salud, no podemos olvidar que esta mejora tendrá efecto multiplicador debido a su papel como modelo de hábitos en la familia.

13. Reducción del daño y disminución de riesgos

Es el hilo conductor de todas nuestras intervenciones, en todas las fases de tratamiento y en todos los programas. Si la paciente no se plantea abandonar el consumo, la intervención, sin renunciar en el futuro a objetivos más ambiciosos, tendrá como metas inmediatas reducir los efectos nocivos del consumo de drogas, disminuir la incidencia de enfermedades infectocontagiosas y mejorar la calidad de vida desde el punto de vista sanitario.

2.1.2. Intervención sanitaria grupal

Los contenidos a abordar en la intervención sanitaria grupal se encuadran en el Área de la Educación para la Salud. Su objetivo es la mejora de ésta desde dos aspectos distintos. El primero es el preventivo, que se logra facultando a los individuos para evitar los problemas de salud mediante el control de las situaciones de riesgo o sus consecuencias. El segundo es la promoción de la salud, que pretende conseguir la adopción de hábitos de vida saludables.

Contamos como herramienta de trabajo con los diseños de talleres editados por la Subdirección General de Drogodependencias del Ayuntamiento de Madrid, para la intervención grupal en Educación para la Salud. De entre los posibles temas a abordar (Salud-Enfermedad, Sustancias de Abuso, Sexualidad, Nutrición, Higiene General y Primeros Auxilios), creemos que en la intervención dirigida a la mujer tienen especial trascendencia las áreas de sexualidad y nutrición, por lo que nuestra propuesta es hacer talleres dirigidos específicamente a ellas sobre estos temas. A continuación comentamos las características diferenciales que nos parece importante tener en cuenta en el abordaje de los citados talleres, e incluimos esquemáticamente sus objetivos y contenidos.

En el capítulo dedicado a la crianza de los hijos nos referiremos también a los talleres sobre maternidad e hijos.

INTERVENCIÓN GRUPAL: SEXUALIDAD

Aspectos específicos a tener en cuenta en la intervención grupal sobre sexualidad en la mujer drogodependiente:

1. Distinta vivencia de la sexualidad condicionada por:

- Posibles antecedentes de abuso sexual y/o maltrato.
- Consideración instrumental de la sexualidad en el contexto del consumo de drogas.
- Posible ejercicio de la prostitución.
- Frecuente relación de pareja con consumidor.

2. Mayor riesgo de contagio de ETS por:

- Diferencias anatómico-histológicas del aparato genital que le hacen más vulnerable que al varón.
- Posible presencia de otras ETS.
- Tienen con mayor frecuencia compañero sexual seropositivo (sabiéndolo o no).

3. Ausencia de control ginecológico rutinario por:

- Sentimientos de vergüenza, temor...
- Desconocimiento de los múltiples aspectos que abarca y su importancia para la salud.
- Dificultad para acceder a la consulta ginecológica, debido a:
 - Desconocimiento del modo de acceso.
 - Demora en la cita.
- Estilo de vida inestable.

4. Dificultades específicas para la práctica de sexo más seguro por parte de la mujer adicta:

- Perciben menos el riesgo de infección que el de embarazo, y creen que están protegidas de este último por la menorrea que en ocasiones acompaña al consumo.
- Demanda o imposición del cliente en las relaciones sexuales de tipo comercial.
- En relación a la pareja principal:
 - Es frecuente la creencia de que la monogamia temporal imposibilita la transmisión de infecciones.
 - Las relaciones afectivas pueden ser frágiles y plantear el uso del preservativo podría sugerir desconfianza y generar un conflicto en la relación.
- Percepción de menor poder en la decisión de usar preservativo respecto a su pareja.
- Falta de habilidades para sugerir y negociar el uso del preservativo con la pareja sexual.
- Coacción por parte de la pareja para no usarlo.

ESQUEMA DEL DISEÑO DE LOS TALLERES**SESIÓN 1ª “La Sexualidad y sus Mitos”**Objetivo general

Aumentar la información acerca de diferentes formas de vivir la sexualidad, aportando un modelo amplio que sirva para cuestionar algunos de los mitos sexuales existentes en la sexualidad occidental.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Sexualidad en general: normalidad tabúes dificultades para hablar y mitos.
2. Homosexualidad: conceptos, evolución histórica y mitos.

SESIÓN 2ª “Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su repercusión en la pareja”Objetivo general

Aumentar la información sobre cómo las ETS pueden afectar a la salud y a la vida sexual, favoreciendo una actitud preventiva hacia ellas.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Definición de ETS, clasificación y consideraciones básicas acerca de ellas: síntomas, consecuencias, prevención, tratamiento y conductas de riesgo (NO GRUPOS DE RIESGO).
2. La aparición de una ETS como agente estresante en la pareja: evaluación de la situación, respuesta emocional, valoración de sí mismo y afrontamiento.

SESIÓN 3ª “Uso del preservativo”

Objetivo general

Incrementar la adopción de conductas sexuales preventivas.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Modelo de Cambio y adopción de comportamientos sexuales preventivos;
 - 1.1. Por qué se mantienen las conductas: las consecuencias
 - 1.2. Cómo se adoptan nuevos comportamientos: las actitudes y la intención de acción
 - 1.3. Momento de cambio
2. Normas de utilización del preservativo

SESIÓN 4ª “Sexualidad y drogas”

Objetivo general

Aumentar la información de los efectos de las drogas sobre la respuesta sexual y sobre la planificación de los encuentros sexuales.

Contenidos teóricos a trabajar

- La respuesta sexual humana: Fases de deseo, excitación, meseta, orgásmica y de resolución.
- Disfunciones sexuales.
- Efectos de las drogas sobre la respuesta sexual.

SESION 5ª “Recursos comunitarios”

Objetivo general

Incrementar la información acerca de los recursos comunitarios y los servicios sociales y favorecer su utilización.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Servicios asistenciales generales: direcciones de servicios generales, direcciones personales (Médico de cabecera, consultas monográficas...), prestaciones sanitarias y direcciones de interés.
2. Planificación familiar y atención interdisciplinar.
 - 2.1. La decisión responsable de la maternidad.
 - 2.2. Importancia de conocer el estado de salud antes de la concepción, tanto para la mujer como para el futuro hijo.

INTERVENCIÓN GRUPAL: NUTRICIÓN

Algunos de los aspectos diferenciales que justifican la necesidad de trabajar esta área en la intervención con la mujer son:

1. El, en general, mayor deterioro físico que presenta a consecuencia de la dependencia, sobre todo cuando nos referimos a consumidoras de heroína y en especial por vía parenteral.
2. La trascendencia de la malnutrición como consecuencia del alcoholismo y como causa de la patología orgánica originada por el abuso de éste y que la mujer tiene más riesgo de padecer.
3. La nutrición adecuada favorecerá una óptima respuesta del sistema inmunológico y por tanto una mejor situación de partida para responder a determinadas alteraciones de salud respecto a las que la mujer es

más vulnerable. Por ejemplo, el aumento del consumo de frutas y verduras es una de las estrategias aconsejadas para la prevención del cáncer en general (Boyle, P. 2000) y del de cuello de útero en particular (Atalah, E. 2001).

4. Embarazo y postparto. Además de la importancia objetiva de la adecuada alimentación en esta etapa, al ser una fase extremadamente motivante para la mujer adicta es también un momento idóneo para la adquisición de hábitos más saludables.
5. Preocupación por el peso corporal. Como hemos visto, puede ser motivo de inicio y mantenimiento de conductas adictivas (tabaco, estimulantes). El facilitar a la mujer herramientas y apoyo para el control del peso, ya ha demostrado su importancia como factor determinante del éxito del tratamiento deshabitador.
6. La frecuente presencia de trastornos de la alimentación en la mujer adicta.
7. En nuestra sociedad generalmente es la mujer la responsable de la alimentación familiar. Las consecuencias de los hábitos no saludables no sólo repercutirán en la salud propia sino también en el grupo familiar, y especialmente en los hijos, que asumirán para su futuro el modelo de alimentación en el que hayan sido educados.

ESQUEMA DEL DISEÑO DE LOS TALLERES

SESIÓN 1º “Generalidades sobre alimentación. Necesidades nutricionales”

Objetivo general

Reflexionar sobre la importancia que tiene la nutrición equilibrada para mantener la integridad y buen funcionamiento del organismo. Aclarar errores frecuentes y mitos respecto a la nutrición.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Alimentación, nutrición, dietética y dieta.
2. Funciones de los distintos nutrientes.
3. Funciones de la energía en el organismo.
4. Importancia de la alimentación en la nutrición.
5. Alimentos sanos vs. alimentos insanos.
6. Alimentación: modernidad y progreso.
7. Agua
8. Micronutrientes: sales minerales y vitaminas
9. Macronutrientes: glúcidos, grasas, proteínas y fibra

SESION 2ª “Anatomía del aparato digestivo. Fisiología del proceso digestivo. El metabolismo”

Objetivo general

Aportar información sobre los órganos que intervienen en la digestión, anatomía y funciones, y entender cómo se realiza el proceso de digestión de los alimentos

Contenidos teóricos a trabajar

1. Anatomía del aparato digestivo: tubo digestivo y glándulas anexas.
2. Fisiología de la digestión: bucal, estomacal e intestinal.
3. El metabolismo.

SESIÓN 3ª “Dieta equilibrada. Aporte energético adecuado y equilibrio nutritivo”

Objetivo general

Ofrecer las herramientas necesarias para la elaboración de una dieta equilibrada a partir de las necesidades energéticas individuales. Concienciar sobre la importancia de la alimentación equilibrada en calidad y cantidad.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Alimentación equilibrada.
2. Necesidad calórica diaria.
3. Clasificación de los alimentos.
4. Pirámide de los alimentos.

SESIÓN 4ª “Consecuencias de la mala nutrición”

Objetivo general

Reflexionar sobre las consecuencias que acarrea la mala nutrición y aportar información sobre los diferentes requerimientos nutricionales a lo largo de la vida y en diversas situaciones especiales.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Alteraciones de la nutrición: malnutrición, desnutrición, obesidad, alcohol y nutrición, anorexia y bulimia.
2. Diferentes necesidades nutricionales a lo largo de la vida: embarazo y lactancia, crecimiento y vejez.
3. Enfermedades causadas por la malnutrición.
4. Estilos de vida.

SESIÓN 5ª “Otros conceptos relacionados con la nutrición”

Objetivo general

Reflexionar sobre el comportamiento alimentario individual en relación a los requerimientos nutricionales. Obtener información sobre otros conceptos relacionados con la nutrición por su importancia en relación al comportamiento alimentario adecuado.

Contenidos teóricos a trabajar

1. Calidad alimentaria: alteraciones de los alimentos, toxiinfecciones de origen alimentario, alergias, intolerancias y aditivos alimentarios.
2. Higiene, conservación y manipulación de los alimentos.
3. Técnicas culinarias.
4. Alimentos funcionales y transgénicos.
5. Otros tipos de alimentación: vegetariana, macrobiótica e higienista.
6. Hábitos alimentarios: frecuencia de ingesta, actividad física, factores que influyen en la conducta alimentaria, educación nutricional, políticas nutricionales.

2.2. Área psicológica

Sol de Ena de la Cuesta

Begoña Zulaica Calvo

2.2.1. Evaluación psicológica

Se trata de diseñar un proceso de intervención en el que se preste una atención específica a las características diferenciales de las mujeres drogodependientes.

La evaluación es el primer paso que nos va a facilitar una planificación del tratamiento. Es el procedimiento que nos va a permitir conocer los signos y síntomas de abuso o dependencia, (según los criterios nosológicos del DSM IV-R o del ICD-10) y el grado de afectación que el consumo ha producido sobre un conjunto de áreas de funcionamiento del sujeto como estado general de salud, problemas sociales, familiares, legales, psicológicos, etc. También nos permitiría establecer hipótesis sobre los condicionantes que han favorecido el consumo de tóxicos, así como aspectos relacionados con la intervención como sus expectativas o el tipo de motivación.

Destacar que el proceso de valoración y diagnóstico con las mujeres drogodependientes no se debe limitar sólo a un primer momento. A lo largo del proceso podrían aparecer otros trastornos, después de haber logrado la abstinencia, como bulimia o, en mujeres que han sufrido violencia, el trastorno por estrés postraumático, ya que en este último caso con la abstinencia aparecen los recuerdos de los malos tratos sufridos.

Los objetivos que nos podemos plantear en una valoración inicial de tratamiento son:

- Determinar aspectos relacionados con el tratamiento como son su demanda y sus expectativas.
- Analizar sus motivaciones para la abstinencia y el estadio de cambio (modelo transteórico).
- Valorar los factores desencadenantes de la conducta adictiva en el inicio y en la actualidad, y los tratamientos anteriores de una forma cualitativa.
- Evaluar las características psicológicas.
- Establecer empatía y buen clima de comunicación que favorezcan el logro de una buena alianza terapéutica.

En el proceso de valoración psicológica creemos conveniente el uso de una entrevista semiestructurada y abierta que profundice en los siguientes aspectos:

- Actitud ante el tratamiento: motivación, expectativas, creencia irrealista de poder salir sin apoyo.
- Historia biográfica: presencia de malos tratos y adicciones en la familia de origen.
- Historia de adicciones: inicio, proceso y recaídas. Relación con sus parejas.
- Maternidad como motivación para dejar las drogas, pero también como impedimento para acudir a tratamiento, por el temor a perder la custodia de los hijos/as.
- Sexualidad: trastornos del deseo, anorgasmia, vaginitis.
- Presencia de trastornos psicopatológicos.
- Detección de situaciones de maltrato, discriminando situaciones de urgencia que aconsejen la adopción de medidas inmediatas. Conocer las estrategias de seguridad que utiliza.

Para la detección de situaciones de maltrato, tendremos en cuenta:

- Estado anímico: sentimientos de impotencia y desesperanza sobre el tratamiento, depresión, ansiedad, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático, pensamientos de suicidio o homicidio.
- Síntomas físicos: golpes, relatos confusos de heridas y hematomas, evitación de la atención médica.
- Pareja controladora en exceso, actitudes despectivas o minimizadoras sobre la mujer.

- Historia confusa de lesiones pasadas: accidentes, abortos, dolores crónicos.
- Existencia de estrategias de seguridad: ej. vueltas al domicilio de la familia de origen por períodos cortos de tiempo.

En el uso de otros instrumentos de evaluación, (autorregistros y autoinformes respecto a la adicción), no se considera que haya diferencia con la valoración en el hombre.

En relación con las escalas de valoración y diagnóstico para evaluar la afectación de diferentes aspectos de un forma unidimensional, sí cabrían mencionar la importancia de las siguientes escalas de valoración y diagnóstico: Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997); Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral, 1997); Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); Inventario de Depresión (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979); Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965); Escala de Percepción Global del Cambio (Echeburúa y Corral, 1987); la escala de desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale) (Beck et al., 1974) para valorar la conducta suicida., SCL 90 (Derogatis 1975) Estas escalas nos ayudarán a descartar la presencia de trastornos mentales.

En el caso de los trastornos de personalidad, mencionar el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI, Morey et al., 1985) o el MCMI-II, versión del Inventario Clínico Multiaxial de la Personalidad Millon, adaptada a nuestro país para población drogodependiente (Ávila Espada et. al., 1996).

En cuanto al uso de técnicas proyectivas, se suelen utilizar el test desiderativo, test de relaciones objetales (Phillipson) y test de la familia, entre otros.

Otro apartado, será la valoración de los aspectos motivacionales, de los procesos de cambio y de las expectativas de autoeficacia en relación con su adicción. Mencionar el Inventario de Procesos de cambio (Tejero y Trujols, 1994) y el Cuestionario de Balance Decisional (Tejero y Trujols, 1994). , entre otros muchos instrumentos que existen en la actualidad.

2.2.2. Intervención psicológica individual

La experiencia demuestra que la intervención individual es básica en los procesos de cambio de las personas drogodependientes. En el caso de las mujeres favorece la comprensión de experiencias, que tienen una difícil intervención en otros contextos.

Se ha demostrado el interés de compatibilizar el trabajo individual con la intervención grupal. Es complicado diferenciar lo que se va a trabajar en una modalidad de intervención o en la otra ya que, si la mujer acude al grupo y sale movilizada, es normal que en su sesión individual mencione y elabore esas vivencias.

Como aspectos importantes en la intervención individual destacamos los siguientes:

Establecer una buena alianza de trabajo psicológico

Para ello, es importante contrarrestar una posible desconfianza inicial, producida por el temor a ser juzgadas por el profesional como mala madre o mala mujer, la repetición de un rechazo social o familiar o por una mayor exigencia. En la relación que se establezca deberá perdurar una vivencia de confianza básica recíproca, que facilite una apertura comprensiva.

Encuadre del tratamiento

Plantear un marco de trabajo en el que se explicita:

- La confidencialidad acerca de su tratamiento.
- La posibilidad de firmar una autorización para poder informar familiares de aspectos del proceso (consumos, recaídas, indicaciones...), pero no de otros temas personales. El modo de informar también conviene establecerlo para no romper la confianza con el profesional y evitar manipulaciones de la paciente o de familiares. Se explicita que se realizará en la consulta, en presencia de la paciente, y que esta va a saber de antemano lo que se va a tratar.

- Se define el modo de trabajar de acuerdo al modelo teórico adoptado por el profesional. Es importante explicar que la intervención psicológica proporciona un espacio para que la paciente piense sobre ella misma. Se da valor a la palabra, que permite ordenar e identificar sentimientos y bloquear las conductas actuadoras. Por tanto, se trata de rescatar lo interno frente a la sobrevaloración externa.
- Frecuencia y duración de las sesiones. Aclarar que es su responsabilidad el pedir las citas y, si falta, avisar e intentar cambiarlas.; que comprenda que no acudir supone un ataque a sí misma, motivado incluso porque ella se coloca en último lugar respecto a otras obligaciones que tiene.
- Se le avisará con tiempo de las vacaciones de los profesionales. Con ello, se proporciona un modelo diferente de separación a otras separaciones vividas. Se intenta establecer unos límites en los que ella se puede sentir segura.

Demanda y expectativas

Trata de la identificación de factores que motivan a la paciente para iniciar el tratamiento y el refuerzo en la toma de decisiones hacia la consolidación de la abstinencia. Se apoyan las razones que favorecen en el cambio y se contrastan con su conducta a fin de que identifique las contradicciones existentes.

Se diseñan los objetivos y estrategias de acuerdo con la mujer, serán adaptados a su caso, realistas, positivos, y subceptible devaluación cuando se produzca el cambio. Es importante incidir en la autoeficacia, y favorecer la creencia de que la paciente tiene habilidades para lograr los objetivos.

Intervención específica sobre género y adicción

En relación con este aspecto conviene:

- Identificar los factores de género que han influido en su etiología adictiva o en sus procesos de recaída.
- Definir estereotipos en las mujeres drogodependientes (“yo puedo sola”, “las mujeres somos más viciosas”), creando discrepancias y favoreciendo la crítica de aquellos elementos cognitivos que bloquean el inicio o la evolución del proceso.
- Ayudar a verbalizar sentimientos y conductas silenciadas por la vergüenza o la culpa acrecentada “por ser mujer”.
- Contener de los síntomas de ansiedad o depresivos, identificando las creencias que subyacen a estos sentimientos, buscando lecturas alternativas.
- Reflexionar sobre el modelo femenino recibido en la familia y en la sociedad.
- Valorar la dinámica del consumo de una forma concreta y no con parámetros generales.

Prevención de recaídas

Es importante profundizar en sus emociones y en sus pensamientos irracionales, determinados por la baja autoestima.

Además, se realizará el análisis habitual respecto a otras situaciones de riesgo externas, la búsqueda de alternativas a las conductas de consumo, y el refuerzo de un proyecto de vida arraigado en la deshabituación.

Como comentábamos en otro apartado, respecto a las relaciones de pareja, el hecho de que suelen escoger a un hombre que tiene o ha tenido problemas de drogas, implica una mayor posibilidad de recaídas. Tiene que saber poner límites para evitar consumir, aunque esto suponga aceptar una separación entre ambos.

Otro aspecto es el eventual reencuentro con su familia, en el que se originan sentimientos ambivalentes e intensos que pueden provocar consumos si no se logra una correcta canalización.

Se explicitarán las conductas ambivalentes o de abandono de hábitos motivados por vivencias frustrantes en el proceso de salida del consumo y del logro de sus objetivos.

En conclusión, hay que identificar precozmente las situaciones de crisis, revisando especialmente aquellas que tienen que ver con vínculos afectivos dependientes o ruptura de relaciones afectivas.

Favorecer la autonomía

Se busca lograr un proceso de autoafirmación en el que se posicionen los límites frente a los otros, con una defensa adecuada de los propios intereses y motivaciones.

Puede aprender a decidir con responsabilidad sobre sí misma, aún a costa de aceptar la soledad.

Aprender a comunicarse de forma asertiva

Identificar sus sentimientos, las vivencias silenciadas, en una comunicación consigo misma que no lleve al autoengaño, a partir de la cual pueda relacionarse con mayor claridad con las demás personas.

Favorecer la verbalización de los sentimientos de pérdida y de miedo, en relación con su drogodependencia.

Autoestima

El objetivo es que aprenda a valorarse a sí misma sin que exista tanta necesidad de ser valorada desde lo externo. Esto implica dejar de “estar tan pendiente de otros” ya que dificulta el conocimiento de una misma y estructura personalidades dependientes. Se trata de:

- Facilitar el autoconocimiento.
- Identificar creencias y valores.
- Identificar aspectos satisfactorios e insatisfactorios de su vida.
- Valorar deseos y necesidades y darles importancia.

Adquirir una adecuada capacidad de planificación

Fomentaremos el desarrollo de la iniciativa personal y la capacidad para afrontar la demora en la obtención de sus metas. Es importante que la mujer adicta sea capaz de asumir las frustraciones inherentes a todo proceso de rehabilitación e integración. Se trata de que se haga responsable de las consecuencias positivas y negativas de sus acciones. Son aspectos que la van a ayudar a salir de la vivencia de indefensión, tan relacionada con lo depresivo, y a mejorar su sensación de autocontrol. Que pueda reconocer que es ella quien tiene los recursos personales para salir de la adicción.

Intervención sobre el maltrato y abusos sexuales

En esta intervención, se incluirá la realizada sobre las mujeres que han ejercido la prostitución, por entenderlo como otro tipo de violencia que se da no sólo en la pareja sino también en lo social. Las mujeres que han vivido de la prostitución se enfrentan a una doble marginalidad. Con el proceso de atención psicológica, médica y la orientación socio-laboral se trata de infundir motivación sobre las posibilidades de cambio que van a encontrar con el tratamiento.

Son mujeres en las que las experiencias de abuso y maltrato se entremezclan. No han aprendido a cuidarse o a respetarse. Tienen sentimientos arraigados de culpa y rabia, que no han podido elaborar. Por ello, la intervención terapéutica, en inicio, se vive con recelo como la posibilidad de un nuevo maltrato o, por el contrario, con expectativas exageradas de crear una dependencia con el/la terapeuta (“que va a proporcionarles la solución a sus problemas”).

El trabajo terapéutico ha de ser constante, cuidando los límites, trabajando el sufrimiento y la rabia contenida contra los demás y contra ella misma.

Es muy frecuente que aparezca trastorno por estrés postraumático, una vez que consolidan la experiencia y recuperan los recuerdos. Es el momento en el que empiezan a ser conscientes del daño que han sufrido.

En relación con el maltrato, tendremos que articular una intervención específica caracterizada por el respeto a la mujer. Es importante poder acompañarla en sus ciclos de maltrato- recaída- reacercamiento a la pareja, y nuevo maltrato.

Lo primero será determinar si está en situación de riesgo vital, para poder tomar las medidas necesarias en su red social o en la red de atención a las víctimas de maltrato, buscando un lugar al que pueda acudir. Es una búsqueda difícil, ya que comenta Chait, L. y Zulaica, B.¹⁶, “las relaciones con su familia suelen estar deterioradas y en la red existente contra el maltrato de género se ponen objeciones si consumen o están con una abstinencia reciente”. Podemos afirmar que existe una ausencia de dispositivos convivenciales para las mujeres que sufren esta doble problemática.

Si la mujer prefiere volver con su pareja, con o sin riesgo, tanto se separe como si no, trabajaremos en la planificación de unas medidas de seguridad. Para que estas medidas puedan llevarse a cabo, el primer requisito será el compromiso de mantener la abstinencia, incluso en situaciones de gran angustia. Bajo los efectos de las drogas, no se puede cuidar.

La mujer tiene que ser consciente de la interacción entre el maltrato y su historia de consumo. Le tendremos que informar sobre el maltrato en lo social, desculpabilizándola, y concluyendo que no hay justificación para el mismo que la agresión no tiene relación con sus consumos o con los de su pareja. También conviene explicar los diferentes tipos de maltrato, y cómo evolucionan en el tiempo.

Respecto a la dependencia afectiva con su pareja, la intervención realizada quedará recogida en el capítulo específico que trata del mismo.

Decidiremos también en las dificultades sobre su sexualidad, así como en la elección que realizan de compañero y en el reconocimiento de las relaciones abusivas tanto pasadas como actuales, para que no repitan estas experiencias traumáticas.

Intervención en salud mental

Como ya hemos expuesto, la mujer que inicia tratamiento por abuso/dependencia de drogas presenta alteraciones psicopatológicas en mayor cuantía que los varones. Los trastornos más frecuentemente asociados a la drogodependencia femenina son los del estado de ánimo depresivos, los de ansiedad y los trastornos de personalidad, sin olvidar la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria.

La intervención respecto a la salud mental pasa por la correcta valoración y discriminación de la patología concomitante con el trastorno adictivo

Este punto requiere una evaluación a lo largo de todo el proceso de tratamiento dada la interrelación entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de drogas.

La detección de una alteración psicopatológica al inicio del tratamiento precisará de un seguimiento por su influencia sobre el curso de la intervención en la adicción, y por la necesidad de control psiquiátrico si el trastorno persiste una vez conseguida la abstinencia.

Puede darse también la situación de que, sin diagnóstico psicopatológico previo, tras mantener abstinencia se detecte una alteración psiquiátrica.

Una mujer no va a avanzar en su proceso si no se logra la atención de los trastornos duales que presente ya sean estos primarios, secundarios o paralelos a su adicción.

En el caso de las mujeres con trastornos de personalidad se requiere una intervención adecuada al tipo de trastorno. Así, por ejemplo, cuando presentan un trastorno negativista de la personalidad, Pedrero E. y De la Ena, S. proponen que la tarea terapéutica debería centrarse en dotar a la mujer de recursos cognitivos y de instrumentos educativos para estimular la transformación en su estilo de comunicación.

Respecto al tipo de intervención, podemos plantear la coexistencia de un modelo integrado con un modelo de tipo secuencial o paralelo:

¹⁶ Chait, L. y Zulaica B. *Maltrato en mujeres drogodependientes: Análisis para la intervención (En fase de valoración para la revista Trastornos Adictivos)*.

- Modelo integrado: Implica que el abordaje terapéutico del trastorno mental y del abuso/ dependencia de drogas son simultáneas y realizados por el mismo equipo profesional. Por ejemplo, cuando la adicción es simultánea con un trastorno afectivo de ansiedad, y la mujer es tratada desde los Centros de Atención a Drogodependencias.
- Modelo secuencial: Implica el tratamiento de un trastorno primero en un recurso y luego la intervención sobre otro trastorno en otro recurso diferente. Por ejemplo, cuando han realizado la desintoxicación en ingreso por urgencias, van al Centro de Salud Mental y luego son derivadas al Centro.
- Modelo paralelo: Se acude simultáneamente a dos recursos. Se produce en presencia de patología psiquiátrica grave como trastornos psicóticos o esquizofrenia. La desventaja de este modelo consiste en la dificultad de la coordinación y, en ocasiones, la menor comprensión de los procesos adictivos por los profesionales de la salud mental.

En todos estos tipos de intervención es necesario que se produzca:

- Alianza terapéutica entre el profesional y la “parte sana” de la paciente que acude a tratamiento y quiere dejar de sufrir.
- Un abordaje motivacional no confrontativo.
- Consentimiento escrito para informar: va a facilitar la buena relación con el paciente que acepte la coordinación de su equipo terapéutico con la condición de que si existe un riesgo de intento autolítico, de agresión a otros o de abandono y negligencia en el cuidado de menores motivado por su trastorno mental, nos pongamos en contacto con quien corresponda.
- Intervención por fases: con el planteamiento de objetivos.
- Educación sobre consumo de drogas y sobre la enfermedad mental.
- Vigilancia del estado clínico.
- Prevención de recaídas: tendrán que aprender a reconocerse en situación de riesgo como consecuencia de un malestar emocional que se deriva de su propio trastorno. Como estrategia de afrontamiento es importante que logre un manejo de sus estados emocionales negativos y alteraciones cognitivas.
- Tratamiento farmacológico de estados de intoxicación, abstinencia y síntomas psiquiátricos.
- Objetivos a largo plazo con una amplia variedad de recursos sociales y ocupacionales para conseguir un estilo de vida equilibrado. El cambio se produce en la medida en que deja de consumir y es capaz de mejorar los síntomas que configuran sus trastornos.

2.2.3. Intervención grupal

La intervención grupal se orienta hacia el crecimiento personal, siendo su centro de atención el descubrir los recursos internos de las personas que forman parte del grupo, proporciona la empatía necesaria para crear un clima de confianza capaz de promover cambios en las actitudes, conductas, emociones y hábitos a través de la reflexión conjunta, el intercambio de experiencias, el autoconocimiento, la autovaloración y el apoyo mutuo.

Los grupos de terapia son una modalidad de tratamiento muy utilizada y eficaz en el campo de las drogodependencias ya que incrementa la motivación para mantenerse abstinentes. Además, aumenta la capacidad de encontrar alternativas a aquellas situaciones que pueden producir una recaída, facilitan el dar adecuada respuesta a las condiciones emocionales que se dan con la adicción y posibilita el enfrentamiento de una manera más realista el trastorno adictivo aprendiendo nuevas destrezas de manejo para reforzar los cambios efectuados en el proceso de rehabilitación.

El grupo facilita que las mujeres adictas tomen mayor conciencia de su situación actual; se consideren más valiosas; promueve la autoaceptación, el autoconocimiento; la autoconfianza y el respeto a sí misma; teniendo en cuenta los acontecimientos pasados y los múltiples aspectos que han contribuido a conformar su identidad, (influencias en la niñez, mensajes de género recibidos, malos tratos físicos o psicológicos, historia de

consumo, etc.). El grupo también ayuda a resolver su problema de adicción posibilitando un cambio en el estilo de vida al adquirir mayor firmeza y confianza en alcanzar sus objetivos personales otorgando valor a aquellas cualidades que consideren positivas y no hayan podido desarrollar por estar mediatizadas por los mensajes de género y su vivencia de feminidad.

Los grupos de mujeres aportan un fuerte apoyo afectivo y un aprendizaje por modelos, ya que al conocer otras situaciones y como otras personas han vivido situaciones parecidas se estimula el deseo de cambio produciendo fuerte motivación y energía. En ellos se produce un intercambio de percepciones, ideas, sentimientos y proyectos. Permite salir del aislamiento y participar en un espacio de escucha, donde compartir experiencias y percibir que su situación vital tiene mucho en común con las demás, aprendiendo a crearse un espacio propio, a dejarse cuidar y a cuidarse ellas mismas. De igual forma aprenden habilidades sociales más efectivas y clarifican los valores propios decidiendo si modificarlos y cómo hacerlo y por último enseñan a vivir con expectativas propias.

Por tanto el grupo es un medio de prevención y de promoción de la salud, espacio de expresión individual, autovaloración, reflexión colectiva y apoyo mutuo que se centra en la superación de los obstáculos que impiden el crecimiento y promueve un estilo de pensar, sentir y comportarse más maduro, eficaz y feliz.

A continuación, explicaremos distintos aspectos en la intervención grupal:

- **Género del terapeuta del grupo**

Existe controversia sobre las ventajas y desventajas de tener un terapeuta femenino o masculino:

TERAPEUTA FEMENINO	
VENTAJAS	Ofrece un modelo de identificación Favorece la confianza Proporciona mayor comprensión
DESVENTAJAS	Ausencia de un modelo masculino
TERAPEUTA MASCULINO	
VENTAJAS	Ofrece un modelo masculino diferente al existente en las historias de las participantes
DESVENTAJAS	Puede dificultar el clima de confianza.

Se estima que no es tan importante el género, sino la capacidad para desarrollar las funciones de contención, empatía y comprensión en un espacio grupal destinado a pensar en ellas.

Es posible que lo más conveniente fuera una pareja de terapeutas hombre – mujer.

- **Tipo de grupo**

Diferentes estudios no se ponen de acuerdo sobre la conveniencia de que sea un grupo mixto de hombres y mujeres o un grupo específico de mujeres. La inclusión como herramienta terapéutica de un grupo de mujeres (no sería excluyente a los de varones y mujeres) enriquece la intervención y favorece la identificación de factores socioculturales y problemas específicos por parte de las mujeres drogodependientes. En la literatura consultada se considera que en estos grupos de mujeres se logra un clima de intimidad y cohesión con mayor profundidad y rapidez.

- **Grupo Específico de mujeres**

El grupo terapéutico que aquí se propone se inscribe dentro del marco de actuación de los CAD con el objetivo de integrar y ampliar los beneficios terapéuticos de los programas específicos del tratamiento integral de las mujeres con problemas de adicción. Este grupo forma parte del programa de terapia grupal que el Centro proporciona a las usuarios que demandan tratamiento por su adicción a sustancias psicoactivas para aprender a manejar más eficazmente aquellos demandas vitales que están matizadas por el hecho de ser mujer.

En el estudio exploratorio de la Red Municipal se recogen que un 53,4% de las mujeres creen que ayudaría en el proceso de tratamiento incorporar actuaciones específicas para la mujer.

Objetivo

El objetivo básico del grupo es integrar y ampliar los beneficios terapéuticos de los programas específicos del tratamiento integral de las mujeres con problemas de adicción.

Se trata de promover un mayor crecimiento personal de las mujeres implicadas en el mismo.

Características del grupo

Selección

Antes de formar el grupo, es conveniente realizar una entrevista personal con cada uno de sus miembros para conocer los datos más importantes de su historia biopsicosocial, valorar el momento de la relación terapéutica, evaluar la motivación para seguir el tratamiento, cual es su demanda explícita, (que espera ella del grupo), indagar los posibles miedos o resistencias, a formar parte del mismo, aclarando todas aquellas dudas o temores que pueden darse por no haber participado en un grupo de estas características.

Todas las usuarias previamente han tenido o tienen citas con los distintos profesionales del centro y están recibiendo atención psicológica a nivel individual. El grupo se reunirá semanalmente y se mantendrá abierto durante dos o tres sesiones hasta que quede definitivamente formado.

Se descartaran mujeres que presenten patología mental evidente o no estabilizada.

Encuadre

Para incluir a las mujeres en este grupo se les indica que la puntualidad, la regularidad y la discreción son normas generales y que la abstinencia es una condición necesaria (al menos 15 días) para el buen funcionamiento del grupo. Si se diera algún consumo esporádico su profesional de referencia evaluará si es preferible que acuda al grupo o que demora unos días su incorporación.

Metodología

Las técnicas de dinamización grupal se realizan para conseguir múltiples objetivos: aumentar la participación, promover la confianza, provocar un punto de vista diferente ante un problema, resolver un bloqueo, profundizar en el tema.

Con las técnicas de presentación y animación se pretende general confianza y cohesión en el grupo, las más utilizadas son: Presentación de uno mismo, La rueda de nombres, Cesta revuelta, Presentaciones creativas en grupo o por parejas. Tormenta de ideas, diálogo por parejas, resolución de casos prácticos, y lectura de textos son técnicas para promover una discusión y relacionar o analizar un tema, y tienen como objetivo el fomentar la participación y el dialogo entre las participantes del grupo.

Las técnicas dramáticas permiten analizar las diferentes actitudes y reacciones frente a situaciones o hechos concretos de forma espontánea y creativa. Destacamos entre ellas el cambio de papel, la técnica del espejo, la tienda mágica, etc. Por ultimo las técnicas corporales se utilizan cuando se quiere fomentar el contacto con el propio cuerpo y la comunicación entre los miembros del grupo; son juegos donde se rompen las distancias y se fomenta la creatividad entre las participantes.

Evaluación

El grupo tiene una vida propia que evoluciona y pasa por momentos característicos: En la fase de inclusión y formación se recuerdan la normas, se aclaran los objetivos "para que estamos aquí", es clave saber cuales son sus expectativas, fomentando un adecuado conocimiento y creando un clima adecuado. En la segunda fase (desarrollo/estructuración) se empieza a trabajar la confianza en el grupo, se fomenta la comunicación, expresión de

afectos y definición de problemas, para evolucionar a la fase de interrelación /solución de problemas donde suele surgir la inseguridad, desconfianza ante el cambio, incidiendo en resolver tensiones y conflictos. En esta fase la comunicación se centra en el intercambio de emociones y sentimientos para que las integrantes se sientan capaces de poder contar sus problemas y dificultades. La última es la fase de finalización/disolución donde se lleva a cabo la evaluación (tanto por parte de las participantes como del coordinador) y la valoración de lo aprendido en el grupo, expresando los aspectos descubiertos acerca de las participantes: planes a medio y largo plazo, etc.

Contenidos

Se puede planificar de antemano los contenidos de cada una de las sesiones o trabajar a partir de lo que en el grupo emerge: roles de mujeres, la familia, el trabajo, la sexualidad, las pérdidas.

Los contenidos a trabajar por módulos, serían:

- La Identidad femenina y violencia de género
- Autoestima y Conocimiento
- Habilidades Sociales y Afabilidad

LA IDENTIDAD FEMENINA Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Se trabajara en grupo cómo se va construyendo la identidad femenina (que se espera de la mujer y lo que significa ser mujer) es importante revisar y cuestionar las creencias y los modelos que se han transmitido sobre lo que supone ser mujer. Se profundizará en el aprendizaje recibido y la transmisión de roles a través de la familia y la socialización así como la incidencia que tiene el cumplimiento de este rol en la vida de la mujer

Grupalmente, se retomarán los estereotipos, para analizarlos, cambiar sus contenidos y otorgar valor a aquellas cualidades asociadas a la femineidad que son importantes, reforzando otros valores y capacidades que se consideren positivas para las mujeres y que no han sido permitidas.

Este módulo tiene como objetivo también reflexionar en grupo sobre las situaciones en las que las mujeres se sienten culpables por no cumplir con los imperativos de género.

Si en el grupo de mujeres hubiera personas con situaciones de malos tratos, es importante detectar los pensamientos y sentimientos que permanecen y promover en el grupo la reflexión dirigida a la promoción de la salud para que puedan hablar de su experiencia y fortalecerse para paliar la experiencia de maltrato. Reconocerse mujer maltratada es muy doloroso. Se sienten responsables, culpables o avergonzadas de no haber sido capaces de evitar la violencia, pararla, o cambiar el comportamiento de su pareja.

Creer como mujer va a implicar no solo superar dificultades individuales para creer en sí mismas, sino tomar conciencia de que estas dificultades tienen que ver con la pertenencia al género femenino. El poder de la mujer reside en su capacidad para creer en sí misma, en sus conocimientos, experiencias y creatividad.

Como actividades prácticas se proponen realizar los siguientes:

Ejercicio sobre los mensajes recibidos en la niñez, analizando las creencias de sus padres, teniendo en cuenta la visión de los roles por ellos interiorizados. Se comentan por parejas y en grupo se extraen las conclusiones.

Análisis de las influencias de la niñez donde se escriben los nombres de los familiares que tuvieron influencia negativa y positiva en la autoestima de la mujer con problemas de adicción, con el poder actual que la paciente otorga en el presenta a cada uno.

Descubrir qué modelo de mujer que se ha interiorizado: "Yo como mujer soy"

AUTOESTIMA Y AUTOCONOCIMIENTO

Este módulo tiene como objetivo evaluar y mejorar el concepto de sí mismas de forma grupal, para conseguir un mayor desarrollo personal, asumir responsabilidades adecuadas a sus habilidades, aprender a tomar decisiones eficaces, y proyectar metas realistas para lograr un mayor control en su vida.

Para un adecuado desarrollo de la autoestima como punto de partida en el grupo hay que fomentar el autoconocimiento de las propias necesidades, deseos y objetivos personales. Se trata de identificar pensamientos, creencias, deberes, valores o principios; necesidades y deseos; formas de comportarnos; afectos, sentimientos, emociones y miedos; cualidades, habilidades y recursos personales.

El siguiente paso es la aceptación de todo aquello que se ha identificado anteriormente (puntos fuertes y débiles) para conseguir una mayor Autoafirmación, que implicara una nueva descripción de sí misma afirmando su valía como persona. El último paso es asumir la responsabilidad de la propia vida, de su tiempo, trabajo, salud, en definitiva de nuestro bienestar. Implica no esperar que otras personas hagan realidad sus propios sueños, sino afrontar la responsabilidad de su propia vida.

Hay que trabajar grupalmente las distorsiones cognitivas que son las armas que la crítica dirige contra la autoestima. Las principales son la hipergeneralización (utilización de términos como nunca, siempre, todo, nadie, todos, etc.); la designación global (se utilizan etiquetas en lugar de reglas); el filtrado (atención activada solamente por determinados estímulos); pensamiento polarizado (blanco o negro); la autoacusación, personalización, etc.

Las mujeres pueden sentirse culpables cuando entre otras razones:

- Anteponen una necesidad propia a una de los demás
- Expresan o sienten rabia o enfado
- No responden cuando alguien espera algo de ellas

En el caso de las mujeres con problemas de adicción se acumula la culpa si han ejercido la prostitución, abandono de los hijos por el consumo, deterioro de la relación familiar por su problemática, pequeños hurtos o delincuencia, etc. siendo importante trabajar estos conflictos y que aprendan a perdonarse. Será importante aprender grupalmente que la culpa puede ser compatible con la madurez y la autoestima si se asume el error y se perdona, y si se centra en el daño causado a la otra persona, generando deseos de reparación.

Ellis, en la Terapia Racional Emotiva propone utilizar el sentido del humor que genera el grupo al reirse no tanto de sí mismos, como de sus pensamientos de auto-condena.

El analizar grupalmente las dificultades en la tarea de ser madre (rol definido en muchos casos por un conjunto de prescripciones y prohibiciones que pueden provocar sentimientos de culpa, sentimientos contradictorios ante el crecimiento de los hijos, dificultad para educar, poner límites), libera mucha angustia y da pistas más saludables y satisfactorias para la mujer.

Cabe destacar, en este espacio grupal, la expresión de las propias necesidades de la mujer, confiando en sus criterios y capacidades: aprender a ser menos exigentes con ella misma y con los hijos así como iniciar cambios para recuperar espacios propios.

La expresión adecuada de afectos contribuye también a aumentar la autoestima. Para ello será necesario aprender a reconocer las propias emociones y expresar las positivas y negativas de forma adecuada y controlada.

También se trabajará en clarificar el tipo de vínculo que mantiene con su pareja actual, asimétrico de dominio-sumisión, o bien de equilibrio. En esta la mujer demanda a su pareja gratificación afectiva, se proponen ideas sociales que le permite participar en el mundo de lo público y donde el estudio y el trabajo creador pasan a formar parte de su proyecto personal.

Asimismo se analizará específicamente la relación madre –hija, los afectos, el proceso de diferenciación, sentimientos que se viven (rivalidad, rabia). Este vínculo conviene revisarlo a partir de los mandatos y las prescripciones sociales para la mujer, para relativizar los efectos negativos y poner límites a aquellas situaciones de desgaste.

Dentro de este módulo tiene especial relevancia revisar los sentimientos y pensamientos ante las pérdidas afectivas (separación o muerte de personas queridas, así como pérdida de ideales e identificaciones). Una vez admitidas y expresadas las emociones, se debe resaltar que estas crisis que se producen con las pérdidas representan una oportunidad de cambio y la posibilidad de dar un giro positivo en la vida.

Se trabajará también la importancia de asumir la imagen corporal, es decir conocer, valorar y querer al cuerpo. El espacio grupal es un buen entorno para que la mujer con problemas de adicciones aprenda a disfrutar de las diferentes posibilidades que otorga el cuerpo como caminar, sentir placer, bailar.

Como actividades prácticas se pueden realizar: el dibujo creativo de una misma, inventario del concepto de mi misma, heridas a la autoestima, el árbol de mis logros, aprender a hacer y recibir elogios, mis valores, mis necesidades- resistencias, la historia de mi vida, inventario de recursos a mi disposición, mis nuevos valores, listado de automensajes y pensamientos negativos, análisis de nuestros defectos, autoimagen, me regalo a mi misma.

Para mejorar las relaciones con su pareja, familia y amigos se puede proponer la realización de registros de las conductas agradables de su pareja e hijos y comentarlo en el grupo mediante ejercicios de expresión de estados emocionales agradables en personas significativas y representar en grupo las situaciones en las que las participantes tienen dificultad en expresar un sentimiento negativo.

HABILIDADES SOCIALES Y AFABILIDAD

El objetivo es fomentar grupalmente una adecuada comunicación y la mejora de las relaciones y sensibilizarse ante las necesidades y sentimientos de una forma asertiva, mejorar el grado de cooperación, cordialidad y empatía facilitando el iniciar nuevas relaciones con personas normalizadas. En el grupo se planteará el derecho a un tiempo y espacio personal para evitar que se sientan aisladas y sin apoyo social.

Se trabajará grupalmente el adecuado manejo de emociones positivas y negativas, petición de cambios, aceptación de críticas, expresión de opiniones, señales no verbales, derechos de la persona, aprender a pedir clara y directamente lo que desea, aprender a ser asertiva sin llegar a ser agresiva, y aprender conductas más efectivas para manejar las situaciones de estrés y enfado. Todo ello con el fin de reflexionar sobre la incidencia que la comunicación tiene en sus relaciones, analizar las dificultades y logros en sus relaciones actuales y su repercusión en la satisfacción personal.

Al analizar las relaciones de pareja se trabajará qué aspectos son importantes en la elección de la pareja (para la mujer, sentirse deseada y ser elegida constituía la base de su autoestima a la vez que el amor era considerado el gran asunto de la vida de una mujer. Para el varón, la valoración y autoestima dependían de sus logros frente a sus iguales).

En una relación de pareja debe haber un equilibrio entre el dar y el recibir y por ello es importante que la mujer sepa expresarse y escuchar y que exista respeto mutuo hacia las diferencias y gustos particulares. Es preciso enseñarlas en algunos casos a poner límites al otro y recordarlas que tienen derecho a no asumir toda la responsabilidad familiar y, que no tienen que acceder continuamente a las peticiones de los demás. Aprender a decir “No” sin culpabilizarse. También se trabaja grupalmente la dificultad que tienen para expresar claramente sus deseos y necesidades, así como a negociar cambios.

En este grupo será importante que la mujer se plantee establecer relaciones de pareja en entornos alejados de su antiguo estilo de vida.

Grupalmente se reforzará el comportamiento que fomente la afabilidad, confianza y apertura a los demás. Para ello, se motivará en el grupo a recuperar antiguas amistades, muchas veces abandonadas por

haber iniciado una relación de pareja, descubrir que cumplen muchas funciones positivas como ofrecer intimidad, compartir afecto y sentimientos personales, nuevas experiencias, apoyo emocional, consejos y ayuda para resolver problemas.

Una buena amistad distancia a las personas de la dependencia afectiva y potencia la expresión de los propios sentimientos, siendo una oportunidad para iniciar proyectos juntos y ayuda a restablecer la individualidad.

En definitiva, fomentar en el grupo la importancia de las actividades de desarrollo personal y de ocio ya que proporcionan contactos sociales (claves para salir del aislamiento), alivia tensiones, fomenta la salud y produce gran satisfacción. Iniciar nuevas relaciones de amistad o recuperar a las amigas produce emociones positivas. También, incidir en la práctica de algún deporte.

En grupo se practicarán estrategias adecuadas para aprender a “decir no” (Sencillamente, Di no: Alternativas: Dale largas, Puede ser, Actuar de espejo, Di lo que piensas, Enfréntate). La técnica del Disco rayado, aprender a formular críticas, a aceptarlas, listado de amigas a recuperar, Las mujeres trabajan en... El trabajo domestico... Nuestra distribución del tiempo, La necesidad de un espacio propio, Actividades de ocio, Los recursos de mi barrio... son técnicas a utilizar en este módulo.

El objetivo general de la intervención grupal es posibilitar que las mujeres con problemas de adicción reflexionen sobre las dificultades para producir un cambio en su estilo de vida, analicen los factores psicológicos que condicionan el malestar y el bienestar para que puedan adquirir una autonomía personal que les permita el control de sus propias vidas y la toma de sus propias decisiones en libertad. El grupo, además convierte a cada mujer en agente de salud activo de sus compañeras de tratamiento, creando un clima propicio para el crecimiento mutuo.

2.3. Área familiar

M^a Angeles Barreda Marina

Mercedes Rodríguez Pérez

2.3.1. Familia de origen

La intervención familiar resulta ser una pieza clave en el abordaje y avance del proceso de tratamiento de las drogodependencias. La participación de la familia en el tratamiento es considerada por Coleman como un indicador de evolución más favorable frente a la intervención sin apoyo familiar.

Como fase previa a la intervención debe realizarse la valoración familiar desde la perspectiva de género. Recabar información acerca de las específicas percepciones, sentimientos, conductas familiares en función del género debe ser algo incorporado naturalmente en la valoración y el seguimiento del proceso terapéutico para así articular intervenciones más adaptadas a las necesidades de las personas adictas.

La información debe ser recogida de forma progresiva. Una gran parte de los contenidos propuestos para valoración no pueden ni deben ser recogidos al inicio (acogida, primera entrevistas); el profesional debe dar el tiempo necesario a la mujer drogodependiente y a su familia para que la información fluya sin presiones innecesarias. No urge recabar la información, ésta solo resulta operativa para la intervención cuando la mujer drogodependiente la facilita, lo que indica que se encuentra receptiva para el cambio en relación con dichos contenidos.

La evaluación y la intervención forman parte de un continuo, que además debe adaptarse y respetar los tiempos y espacios que pauten la mujer y/o la familia.

Algunos beneficios derivados de valorar y realizar una intervención incorporando el género como una variable diferencial son:

- Se valora e interviene sobre la dinámica de consumo de forma real, no con parámetros generales.
- Se verbalizan los sentimientos y conductas silenciados.
- Favorece que la mujer reflexione sobre como afecta el género a la dinámica de consumo. Habitualmente la mujer no lo identifica con claridad.
- Facilita que la familia escuche y pueda reflexionar sobre esta cuestión específica.

Contenidos para la valoración específica sobre género

Existen enfoques e instrumentos que pueden utilizarse en la valoración de las personas adictas, sin embargo no se da la misma circunstancia para la valoración específica de género dado que no existe, en el ámbito de las drogodependencias, documentación abundante al respecto. No obstante, a través de diferentes estudios como el presentado en esta publicación, y la propia experiencia clínica, podemos identificar aspectos de la historia familiar que se recogen a continuación y que presentan diferencias en relación a ambos sexos. Se trata de una primera aproximación a los elementos que debería recoger una entrevista familiar integrando las diferencias según género.

Demanda y situación actual

- Análisis de la demanda; Valoración de los estereotipos que presente en relación a ser mujer. Razones que la lleven a solicitar tratamiento.
- Percepción de su consumo e incidencia en su vida.
- Identificación de carencias básicas y apoyos con los que cuenta.

Datos sobre la historia

Con relación a la historia de los padres realizaremos, al igual que en la valoración familiar del varón drogodependiente, una descripción de la forma en que se vivió la adolescencia, emparejamientos, etc., por parte de los padres. Cómo fue su proceso de inclusión social: trabajo, estudios.

Con la mujer adicta incidiremos en el rol social de la madre antes y después de casarse, si existieron dificultades para sus padres, abuelos de la paciente. Se hará consciente el distinto rol social entre las expectativas familiares y la realidad de la paciente.

Contenidos relevantes de la valoración

- Relación con la madre: nivel de confianza, apoyo percibido durante el proceso de crecimiento.
- Percepción de la madre con relación al crecimiento de la hija y su relación con el rol de género.
- Canales de comunicación familiar, calidad de interacción.
- Cómo es el modelo femenino en la familia. Cómo actúa, percibe a la madre en relación al rol de género asignado socialmente.
- Cuáles son las normas diferenciales que ha adoptado la familia con relación al género.
- Distribución de colaboraciones en las tareas domésticas entre los hermanos.
- Relación padre e hija. Cómo ha percibido la mujer adicta la relación con el padre. Actitud frente a los momentos de crisis. Definición del rol de género del padre.
- Papel que desempeña la hija drogodependiente en la relación de los padres.

- Hábitos de consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas por parte de los padres.
- Existencia de mitos y secretos familiares, es una tarea complementaria pero igualmente importante en la terapia.
- Identificación de pautas de interacción que provocan la salida o expulsión de la mujer de la casa y la llevan a la exclusión, alienamiento y marginalidad
- Relaciones con los iguales, relaciones de pareja. Dinámica y calidad de las relaciones con respecto al género.
- Inicio y evolución de las relaciones sexuales. Dinámica y calidad de las relaciones
- Si existió maltrato físico, psicológico o abusos sexuales entre los miembros de la familia durante el proceso de crecimiento.
- Aparición durante la adolescencia de trastornos de la alimentación.
- Aspecto físico o imagen percibida por la mujer, malestar o aceptación de alguna característica de su imagen corporal durante la adolescencia .
- Primera salida y salidas sucesivas de casa de los padres; motivos, si fue igual en los hermanos varones.
- Cuando conocieron sus padres/pareja el consumo y qué actitudes y medidas adoptaron, qué hubiera pasado en su familia si hubiera sido un varón.

Situación relacional asociada al consumo

- Relación actual con los padres: aspectos fuertes de la relación y aspectos que generan conflicto, en relación con el género.
- Relación con los hijos, si los hubiere: desarrollo del rol de madre
- Proyectos de salida del mundo de consumo y proyectos de futuro de cara a su incorporación social: educativa, laboral, etc.
- Expectativas de salida y miedos a la recaída.

FASES DE LA INTERVENCIÓN. INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Acogida

La fase de acogida es el momento clave para conseguir la vinculación al tratamiento. En esta fase donde la meta sería la vinculación de la mujer y su familia al tratamiento, se consideran los siguientes objetivos:

- Las actuaciones deben estar regidas por la realización de una buena acogida, manifestando una actitud de escucha activa.
- Debe realizarse una escucha que permita que la familia exponga su problema tal como lo percibe y lo siente, sin priorizar ni precipitar la recogida de información acerca del consumo.
- Favorecer el establecimiento de un vínculo que facilite la confianza de la mujer y/o su familia, respetando sus valores y pautas culturales.
- Ofrecer una información ajustada y veraz, clarificando qué tipos de alternativas existen y qué recursos.
- Valorar suficientemente la mayor culpabilidad y dificultad que siente la familia y la propia mujer para solicitar tratamiento y devolver como una acción positiva su presencia en el centro.
- Interesarse por la existencia de carencias básicas en la mujer, si procede.

Pueden darse los siguientes tipos de acogida:

- Acogida de familias sin la presencia de la mujer adicta
- Acogida de familias con la presencia de la mujer adicta

Cuando la mujer adicta no viene a tratamiento, debe favorecerse además la contención y deben promoverse estrategias que ayuden a aproximar a la mujer al tratamiento.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA INTERVENCIÓN

Búsqueda de apoyos

Es necesario focalizar en la búsqueda de apoyos en el entorno familiar y social de la mujer. La inexistencia de recursos de contención y apoyo familiar o social acelera en las mujeres drogodependientes el camino hacia el aislamiento y la exclusión social.

Favorecer que la mujer drogodependiente permita la implicación de su familia en el tratamiento mejora el pronóstico y la evolución en el proceso. Por ello, es fundamental vincular y consolidar el apoyo de la familia de origen

Para ello, detectaremos qué miembros de la familia están más próximos a ella y favoreceremos su participación y apoyo en el proceso de cambio, respetando en cualquier caso la toma de decisiones de la mujer.

Es fundamental para establecer la relación de ayuda, trabajar en la línea de que la mujer adicta y su familia participen de los beneficios de unirse en el objetivo común del tratamiento.

Intervención sobre las pautas de interacción que provocan la salida de la persona adicta de su familia

Se debe intervenir con los siguientes objetivos:

- Identificar y prevenir el desarrollo de pautas de interacción que provoquen la salida de la mujer del entorno familiar y que la llevan a la exclusión, aislamiento y marginalidad. Es necesario facilitar una comunicación comprensiva que permita entender la percepción y vivencia del otro.
- Facilitar que la familia hable de los miedos en torno a la recaída en el consumo de la mujer drogodependiente, favoreciendo la comprensión y la complejidad de la dinámica de consumo y las dificultades de la salida de la adicción.

Facilitar la comunicación familiar y motivar la relación de ayuda

- Facilitar la comunicación y la expresión de las vivencias de la mujer drogodependiente y su familia. Esta comunicación debe fomentarse desde la valoración.

Búsqueda de los recursos familiares

- Reforzar la comunicación sobre los aspectos fuertes de la familia y de la mujer consumidora promoviendo la desactivación de los estereotipos en torno a la adicta y focalizando sobre los aspectos positivos
- Facilitar el acuerdo de los padres a la hora de negociar las normas de funcionamiento de la hija
- Favorecer la coherencia entre lo que los padres verbalizan a la hija y la conducta que mantienen.
- Acompañar a la familia en el proceso evolutivo de la hija en el tratamiento, apoyando en momentos de conflicto o recaída.
- Favorecer el proceso de autonomía e inserción cuando la mujer evoluciona favorablemente
- Apoyar a la familia en el proceso de normalización, motivando la recuperación o incorporación de actividades habituales (lúdicas, educativas, de ocio, etc).

INTERVENCIÓN FAMILIAR GRUPAL

No veríamos necesario el desarrollo de grupos familiares específicos de mujeres adictas, pero sí resulta de gran importancia incorporar en los grupos familiares contenidos y dinámicas que permitan identificar las diferencias de percepción y las vivencias diferenciales que los padres sienten respecto a sus hijos/hijas en relación al género. En función de la dinámica del grupo podría plantearse alguna sesión monográfica respecto a las características y dinámica diferencial en función del género.

Facilitar la relación de ayuda

- Es necesario establecer las bases para que exista una relación de ayuda por parte de la familia. A fin de que pueda facilitar esta relación es preciso intervenir para que la familia de origen, identifique la presión social que percibe la familia por el hecho de tener una mujer adicta en su seno.
- Es difícil para una madre traspasar a la hija drogodependiente un legado de competencia y autoconfianza, cuando ésta se siente devaluada

Las actuaciones clave en la intervención con los padres, cuyos contenidos también permiten el trabajo individual son:

- Ayudar a pensar y vivenciar a la madre desde ella misma y no desde el lugar del hijo/a. Este aspecto es especialmente relevante y vuelve a vincularse a todo lo comentado en relación al rol de la mujer. La madre suele relegar sus intereses y motivaciones y posicionarse en lugar del hijo, viviendo casi “en primera persona su problemática”. Como se ha mencionado anteriormente, esto sucede más claramente entre madre/varón y con mayor conflicto en el caso de la mujer adicta.
- Este desplazamiento incide en la generación de una importante presión en la madre del drogodependiente que no puede resolver, dado que no está en su mano tomar decisiones respecto al consumo de su hijo y no está en disposición de devolver la responsabilidad de sus actuaciones al mismo.
- Rescatar los aspectos positivos de la actitud de la madre, reforzar y apoyar la intervención en los aspectos fuertes, permiten potenciar el apoyo funcional de la madre a la hija y mejorar la autoestima de ambas.
- Acompañar a la madre en el desarrollo de la autoestima, dando espacios para facilitar el autoconocimiento, autoaceptación, afirmación y responsabilización de su propia vida
- Buscar activamente la colaboración y participación del padre.
- Apoyar y reforzar firmemente la presencia del padre cuando ésta se produzca, ya que habitualmente es más difícil conseguir su colaboración.
- Facilitar una relación de ayuda desde el lugar que le corresponde, devolviendo la responsabilidad al hijo
- Promover la desactivación de las pautas de expulsión o autoexclusión, a nivel grupal
- Facilitar los espacios cotidianos compartidos por las mujeres. Desde la experiencia, puede observarse cómo cuando madre e hija retoman una relación cotidiana y próxima, mejora la buena evolución de la mujer adicta en el tratamiento.
- Reforzar todas las conductas dirigidas al cuidado personal en todos los ámbitos y la normalización e integración social, tanto referido a la mujer adicta, como a la propia familia.

Una vez identificados los mensajes sociales, es imprescindible que el terapeuta reconozca la especial dificultad de esta ayuda y apoye a la familia para extinguir el peso de los estereotipos que subyacen en los mensajes sociales y focalice en los vínculos afectivos que sustentan la relación con la familia.

2.3.2. Intervención con la pareja

Mercedes Díaz-Salazar

En los tratamientos de drogodependientes la intervención prioritaria ha sido la terapia individual y grupal, tanto con usuarios como con las familias. Desde hace unos años también se ha ido incorporando como parte importante del tratamiento la terapia familiar en aquellos casos en los que existía familia de apoyo y no mostraba resistencias. La terapia de pareja siempre ha sido relegada a un segundo plano, y ha sido una intervención poco realizada o inexistente. Quizás por la idea que anteriormente se tuvo también con las familias, la tendencia ha sido a tratar por separado a ambos miembros de la pareja ya que se pensaba que el trabajar conjuntamente era perjudicial para los cónyuges y podía incidir negativamente, retrasando u obstaculizando la abstinencia de cada miembro o de uno de ellos.

Está demostrado que el tratamiento conjunto es efectivo y que lejos de retrasar el proceso terapéutico puede incidir positivamente en el mismo.

La especificidad de la intervención con la pareja, se centraría en tener en cuenta:

- Aquellos aspectos característicos y diferenciales relacionados con los roles de género y su influencia en la drogodependencia.
- Las variables relevantes que influyen en el mantenimiento del consumo, y su relación con la dinámica establecida por la pareja.

De esto se deriva, que el proceso de cambio de ambos miembros y de la relación se debe dar en paralelo, incluso como una forma de prevenir recaídas y de garantizar la abstinencia.

¿Terapia de pareja, terapia individual o terapia familiar?

La mayoría de las veces, a diferencia de lo que ocurre a nivel individual o incluso familiar, no suele haber una demanda explícita, por parte del usuario, de una intervención con la pareja, sino que es el profesional quien observa dicha necesidad.

Es necesario evaluar qué tipo de terapia es más conveniente realizar, una terapia individual, una terapia de pareja, una terapia familiar o una combinación de ellas.

Estudios realizados demuestran que cuando los problemas a tratar están estrechamente relacionados con la dinámica de la pareja y se tratan de forma individual, el índice de separación de éstas es mucho mayor. Esto no quiere decir que las parejas necesariamente tengan que permanecer unidas, pero es importante valorar si para los miembros de la pareja, el vínculo a mantener es lo primordial; y además, la sustancia juega un papel importante (tiene una función en la dinámica relacional), suele ocurrir que se siga consumiendo como una forma de preservar el vínculo. La abstinencia implica normalmente una crisis conyugal ya que, como anteriormente decíamos, aparecen conflictos soterrados por los consumos, necesidades y demandas, tanto al cónyuge como a la relación, diferentes. Aunque también puede ocurrir que iniciado un cambio, como puede ser la abstinencia, la pareja sea capaz de promover ulteriores cambios, sin necesidad de que haya una recaída. Si se trabaja individualmente se corre el riesgo de no tener en cuenta un aspecto fundamental implicado en el mantenimiento de los consumos. Interviniendo con la pareja se puede abordar la dependencia emocional, la dependencia a la sustancia y el papel que esta juega en el funcionamiento y mantenimiento de la relación de pareja.

Otro aspecto importante a valorar teniendo en cuenta todo lo expuesto, serían aquellas situaciones de ingreso en comunidad terapéutica de uno de los dos miembros de la pareja. En estas situaciones, es conveniente trabajar de manera individual, en coordinación con el recurso, con el cónyuge que no realiza tal proceso. De esta forma, se pueden abordar aspectos contingentes con la relación de pareja y el mantenimiento de los consumos, garantizando que el cambio se dé en ambos miembros de forma conjunta, con el objetivo de prevenir una recaída a la salida de la comunidad. El comportamiento de una persona afecta e influye en el comportamiento de otra; las relaciones son circulares, si uno de los miembros realiza cambios y el otro no está preparado para responder de forma diferente, lo más probable es que o bien se de una recaída o bien se interrumpa el vínculo. Si estos aspectos se trabajan individualmente, cualquiera de las situaciones que ocurran, contaremos con los elementos necesarios para que tanto la mujer como el cónyuge puedan dar un significado diferente a sus comportamientos, actitudes y sentimientos.

En casos de abuso o de maltrato, en los que no hay un deseo de separación o de ruptura, se puede optar por hacer intervenciones individuales por separado con la mujer y el hombre, alternando con sesiones conjuntas. El objetivo sería trabajar, tanto los aspectos de dependencia emocional que impiden un proyecto individual, como los mecanismos relacionales que mantienen dichos comportamientos e impiden que la pareja pueda experimentar otras alternativas y la conexión con patrones aprendidos en las respectivas familias de origen.

Por otra parte, en situaciones en las que además de un conflicto de pareja aparece también una problemática familiar, algunos autores (Cannevaro, A. 1988; Cirillo, S. 1996) proponen combinar sesiones de familia con cada cónyuge, con sesiones de pareja. Basándose en el presupuesto que es prioritario solucionar los conflictos familiares que han influido en la elección de pareja y en el mantenimiento de la drogodependencia, para, en un segundo momento poder afrontar la dinámica específica de la pareja.

Valoración

Podemos diferenciar tres áreas importantes en la pareja: social, afectiva y sexual. Los aspectos a explorar en la intervención de pareja, están estrechamente relacionados con estas áreas, con cómo influyen los roles de género en ellas y la relación de ambas con el consumo.

El buen funcionamiento de la pareja depende de un equilibrio entre las diferentes áreas. No siempre es fácil delimitar que aspectos se incluyen en una u otra. A modo descriptivo y explicativo, incluimos unos aspectos en una categoría determinada, dejando constancia de la flexibilidad de los mismos, ya que perfectamente podrían pertenecer a otra área.

Área social

- Fases de la relación de pareja: enamoramiento, compromiso y desarrollo de la vida en común. Incidiendo en: como se han ido constituyendo y manteniendo los roles de género y su relación con el consumo de la mujer o de ambos cónyuges, así como la fase en la que se inició el consumo de sustancias.
- Expectativas respecto a la relación de pareja, cómo han ido evolucionando y qué relación tiene con el consumo.
- Relación con las familias de origen y con la transmisión de lo "femenino" y "masculino".
- En caso de la existencia de hijos, implicación de los mismos en los conflictos de la pareja y reparto de funciones en las tareas de crianza y educación.
- Influencia de condicionantes o agentes externos que estén afectando directa o indirectamente en los conflictos de la pareja (familia de origen, dificultades económicas,...) tanto para perpetuar determinados roles como para dificultar la abstinencia

Área afectiva

- Comunicación y capacidad para expresar las propias ideas, emociones y creencias. Teniendo en cuenta tanto las diferencias comunicacionales entre el hombre y la mujer, como el deterioro en la comunicación debido al mantenimiento de los consumos.
- Distribución y reparto de las responsabilidades domésticas y el manejo del poder, haciendo hincapié en como esto se distribuye en función de los roles de género.
- Presencia de malos tratos o de abuso sexual.

Área sexual

- Sexualidad y cómo influyen en ella ciertos estereotipos sociales donde se le atribuye a la mujer la pasividad y sumisión y al hombre la actividad y el poder o control de la relación. Haciendo también hincapié en como ha afectado el consumo a las relaciones sexuales.

Objetivos terapéuticos

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta ahora, tanto a nivel descriptivo de la dinámica relacional de la pareja como a nivel terapéutico, podemos diferenciar, *grosso modo*, unos objetivos generales y otros específicos.

Objetivos generales

- Relacionar la dinámica relacional de la pareja con el consumo de sustancias, explicitando la función de la misma en dicha relación.
- Conflictos que se mantienen ocultos gracias al consumo: de qué se protegen con el consumo y qué aspectos tendrían que enfrentar si no se presentase la adicción.
- Redefinir en positivo los conflictos de cada miembro y de la relación, reforzando los aspectos fuertes de la pareja.
- Modificar las interacciones que mantienen el consumo, creando alternativas que les hagan ampliar tanto su repertorio de conductas, como sus creencias y emociones.
- Cambio de imagen y de rol tanto de la mujer como del hombre; búsqueda de una identidad nueva, tanto individual como de pareja, que implica el dar cabida a nuevas necesidades y a formas de comportarse en la relación diferentes, sin que esto sea una amenaza para la relación y sin que siga siendo necesario el consumo para mantener el vínculo.

Objetivos específicos

- Convertir las áreas conflictivas en áreas congruentes y llegar a acuerdos satisfactorios en los que ambos se comprometan a modificar ciertos aspectos de su conducta. Ciertas discrepancias deberán ser aceptadas y toleradas, a no ser que impliquen un riesgo para la integridad física o psicológica.
- Favorecer y legitimar espacios de autonomía y espacios propios donde la mujer pueda desarrollarse personal y profesionalmente, sin que el hombre lo viva como una amenaza, equilibrando, de esta forma, la pertenencia-individuación de la relación, claramente desequilibrada hacia la pertenencia por parte de la mujer.
- Promover una relación de pareja más igualitaria, dando alternativas a situaciones de desigualdad del tipo dominio/sumisión; cuidador/cuidado; salvador/salvado; víctima/verdugo.
- Hacer consciente a la pareja de la diferencia entre identidad y rol, ya que no es sólo a través del rol como se estructura la identidad, ampliando el repertorio de conductas más allá de los estereotipos habituales en los roles de género.
- Acrecentar la flexibilidad de cada cónyuge con respecto a dar y recibir cuidados en la relación, cuestionando los estereotipos sociales donde la mujer es la que da afecto y el hombre el que lo recibe.
- Reequilibrar el poder, claramente ejercido por el hombre promoviendo una justa distribución en todas las áreas de la relación, viviendo y viendo las diferencias entre hombre y mujer no como impedimento o enfrentamiento sino como una posibilidad de aprender del otro, para un enriquecimiento personal y de la pareja.
- Establecer buenos niveles de comunicación, haciéndoles conscientes de las diferencias comunicacionales del hombre y de la mujer.
- Crear límites sanos con las respectivas familias de origen.
- Analizar y modificar como influye el género y los consumos en las relaciones sexuales, con el objetivo de que puedan vivir la sexualidad desde la afectividad y desde una relación igualitaria.

Indicaciones terapéuticas

Inicialmente el terapeuta tenía como único objetivo la desaparición del síntoma y la intervención se construía en negativo, sobre la descripción de la problemática presentada, en la búsqueda de los aspectos disfuncionales. Actualmente la orientación terapéutica se ha modificado y la intervención se centra en los aspectos positivos mostrados por la pareja, de los cuales ella misma a veces no es consciente, y en promover nuevos estados evolutivos.

La atención se centra no sólo sobre los individuos sino también sobre lo que ocurre entre ellos, es decir, su relación. Como venimos afirmando, trabajar con la pareja permite observar la interacción de los cónyuges y su relación con el mantenimiento de los consumos.

Existen diferentes ideas sobre si en la terapia de pareja hay que intervenir primero sobre la dependencia a la sustancia o sobre la relación, dejando el consumo para un segundo momento. Los primeros afirman que lo prioritario es conseguir la abstinencia y en un segundo momento trabajar sobre la relación. Los segundos se

basan en la idea de que si la pareja es consciente de las dinámicas relacionadas con el consumo, este desaparecerá al no seguir siendo funcional en la relación.

Nuestra idea es trabajar en paralelo sobre ambos aspectos, sobre la dependencia a la sustancia y sobre la dependencia emocional, haciendo ver a la pareja como se relaciona el uno con el otro.

Más que hablar sobre técnicas concretas o formas de intervención, que depende de la orientación de cada profesional, lo importante y fundamental es que el terapeuta tenga en cuenta una filosofía de intervención que contemple las características propias de la pareja en relación con el género y en relación con los consumos, tanto de la mujer como de ambos miembros. Formulando una estrategia de intervención que tengan en cuenta estos factores y que amplíe la visión de la pareja.

El terapeuta también está marcado por el género y la pareja se relacionará con él de diferente forma en función de si es varón o mujer. Esto lejos de ser una dificultad puede ser una herramienta terapéutica y una posibilidad para ofrecer alternativas y una visión y vivencia diferente. Obviar este aspecto dificulta la intervención.

El cambio en la pareja implica una crisis de los viejos modelos, aceptados por la sociedad donde se le atribuyen a la mujer y al hombre unos roles bien definidos, y la adquisición de un nuevo modo de vivir la pareja y de lo que significa ser pareja.

Si la intervención con la pareja ha sido eficaz, tanto el hombre como la mujer habrán modificado su representación tanto de sí mismos como de la relación. El hombre podrá expresar sus sentimientos y compartir los de la pareja; podrá implicarse emotivamente, mostrando sus propios afectos sin sentirse por ello más débil. La mujer podrá reconocer y defender sus propias necesidades, buscará conseguir sus propios objetivos individuales, sin sentirse culpable y sin avergonzarse. Ambos podrán afrontar sus conflictos y necesidades abiertamente, sin miedo a la ruptura o al abandono y sin la necesidad de recurrir al consumo como modo de comunicar sus dificultades o sus carencias, tanto individuales como relacionales.

2.3.3. Intervención en relación con la crianza de los hijos

Mercedes Rodríguez Pérez

La relación padre/madre drogodependiente con su hijo ha sido un aspecto sobre el que apenas se ha reparado desde las redes específicas de atención a drogodependientes, por ello la intervención respecto a la crianza de los hijos no ha sido realizada de forma sistemática en los centros de atención.

Cabe el debate sobre si deben ser los centros de atención a drogodependencias quienes se hagan cargo del seguimiento específico de la relación padres drogodependientes/hijos o si bien esta área de intervención debería ser abordada desde el inicio por las redes de atención y protección a la infancia. En el primer caso, la actuación consistiría en la detección de los déficits en la crianza y la derivación cuando sea necesaria a las estructuras específicas de menores, para que sean estas las que doten a la mujer y al varón adicto de herramientas personales para mejorar la crianza de sus hijos.

Es imprescindible que los centros específicos de atención a drogodependientes mantengan una coordinación sólida con los programas y dispositivos de atención a la infancia y hagan las derivaciones a dichos programas. Los profesionales de drogodependencias deben considerar la relación padre-madre drogodependiente/hijos como un elemento importante; deben valorar la situación en todos los casos diseñando estrategias, o bien de intervención-coordinación con otros recursos, o bien de derivación, teniendo en cuenta que la intervención que vayan a realizar siempre va a producirse en el marco de un centro de atención a drogodependientes. En cualquier caso, la intensidad de la asistencia en drogodependencias permite que pueda intervenir para facilitar la identificación de los problemas derivados de la relación padre-madre/hijo y evitar de este modo la cronificación de los conflictos.

Con respecto a la situación de un menor, debemos tener presentes las siguientes circunstancias:

1. El bien del menor debe prevalecer sobre cualquier otro planteamiento, este aspecto está recogida en la Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

2. Siempre que haya menores y uno de los padres sea drogodependiente, deberá valorarse el grado de protección del menor.
3. Existe una red de protección al menor.
4. La simple sospecha o la evidencia de desprotección de un menor se debe poner inmediatamente en conocimiento de los correspondientes servicios y programas de menores, para que valoren la situación e intervengan si procede.
5. Las actuaciones relativas a menores deben coordinarse con las de los profesionales que actúan en este ámbito dentro del mismo territorio, mediante el desarrollo de programas integrales.

INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Teniendo en cuenta lo anterior, cuando se realiza intervención individual con un progenitor drogodependiente, deben plantearse los siguientes objetivos específicos:

- Orientar y asesorar sobre las fantasías de los “beneficios para el consumo de drogas de ser padres”, o lo que es lo mismo, consecución de una abstinencia fácil y permanente durante el embarazo y la maternidad.
- Orientar y acompañar a la mujer drogodependiente durante la gestación.
- Efectuar el acompañamiento en la crianza y educación de los hijos y favorecer un proceso de seguimiento más sistemático por parte de los dispositivos específicos (sanitarios, sociales, educativos).
- Favorecer el vínculo estable de la madre con los hijos, apoyando una progresiva comunicación y acercamiento entre ellos cuando sea posible.
- Intervenir precozmente y/o derivar a recursos especializados, en aquellas situaciones de riesgo o sufrimiento del menor provocadas por el consumo de la madre o del padre.
- En los casos de los abuelos que acogen y se ocupan de la educación de sus nietos, y siempre que ello mejore las condiciones del menor, debe apoyarse la progresiva asunción de responsabilidades de la hija/hijo drogodependiente respecto de sus propios hijos, en coordinación con los otros dispositivos implicados, si los hubiere.
- Favorecer la comunicación y la negociación entre madre y abuela en lo que a la educación de los hijos se refiere, delimitando y clarificando roles, unificando normas y límites y aclarando a los hijos las circunstancias del cuidado de los abuelos, todo ello en coordinación con los otros recursos implicados, si los hubiere.
- Si se valoraran por parte de los profesionales de la red de drogodependencias situaciones de desprotección, debe recabarse información y pautas orientativas que desde la red de protección de menores nos puedan facilitar. En relación a la madre drogodependiente, debe favorecerse su comprensión y colaboración en la evaluación de la situación del menor y la ulterior posible intervención.

INTERVENCIÓN GRUPAL

La intervención a nivel grupal sobre la maternidad/crianza de los hijos la contemplamos desde una perspectiva amplia con dos posibilidades de abordaje.

Una vía de actuación sería la implementación de talleres de abordaje de la maternidad/paternidad en los centros de atención a las drogodependencias. Estos talleres estarían compuestos por diferentes módulos que serían llevados a cabo por profesionales de áreas específicas (salud, psicológica, educativa...) que trabajarían contenidos relativos a su especialidad.

El otro camino sería la derivación a los centros y/o programas de atención a menores. Esta vía nos facilitaría el acercamiento e inclusión de la mujer drogodependiente y su hijo en la red social y sanitaria general como parte del fin que pretendemos: la integración social en todos los ámbitos. Al escoger esta opción, cabe la posibilidad de realizar en el CAD un abordaje grupal centrado en áreas específicas de interrelación drogas/embarazo y maternidad, tales como la percepción de la paternidad/maternidad, los conflictos que plantea en los progenitores drogodependientes, las expectativas respecto a la influencia en la abstinencia de la maternidad, etc.

2.4. Intervención social e integración sociolaboral

Begoña Zulaica Calvo

Cuando se plantea la problemática de la mujer adicta, se pretende como objetivo su rehabilitación e integración social, que pueda relacionarse con unos derechos y deberes como ciudadana de pleno derecho en su medio social.

Entendemos la inserción como un proceso de socialización que se produce desde el inicio del tratamiento hasta el final. Se trata de lograr la vinculación activa de la mujer drogodependiente con su familia, con su comunidad y con la sociedad.

Las áreas básicas que se plantean en la reinserción son (Nieva, P. 1987)¹⁷:

- Relacional: con el restablecimiento de las relaciones con la familia, con la pareja e hijos/as, al tener como objetivo la normalización de la mujer con sus responsabilidades y compromisos
- Salud: con el desarrollo de una vida saludable
- Formativa
- Laboral
- Lúdico- recreativa

Para ello, es tan importante tener cubiertas sus necesidades básicas económicas, de vivienda y de salud, como poseer capacidades afectivas que le permitan su incorporación en redes sociales y comunitarias.

En este apartado, vamos a centrarnos en las áreas sociales, formativas, laborales y lúdico-recreativas, ya que la intervención en el área relacional y de la salud se aborda en otros capítulos.

Dentro de la inserción socio-laboral, vamos a diferenciar la intervención en el área social y en el área de la integración socio-laboral.

ÁREA SOCIAL

Como hemos recogido en el marco teórico, el menor apoyo familiar, el mayor rechazo social y las cargas familiares que la mujer adicta sostiene, justifican que la intervención en el área social se constituya como un aspecto fundamental en el tratamiento de la mujer adicta.

Dentro de este área, nos vamos a plantear como objetivos:

- Detectar situaciones sociales de precariedad.
- Informar y realizar un seguimiento sobre la demanda y la obtención de prestaciones económicas, de vivienda, recursos de la comunidad o asociaciones de mujeres.
- Lograr una coordinación fluida con los Servicios Sociales Generales. Destaca la ayuda que pueden recibir con la concesión de becas de guardería, apoyo psicopedagógico, escuela de padres, educadora familiar, etc., entre otras medidas.
- Incrementar la red natural de apoyo social. Es muy importante que sea capaz de romper con situaciones de aislamiento social. Esta situación se produciría, sobre todo, en aquellas mujeres en las que existe dependencia afectiva con su pareja. La ausencia de una red de apoyo puede obstaculizar su reinserción social. Para ello, es fundamental la relación que establezca con la comunidad modificando su estilo de vida, con una actitud positiva hacia entornos no consumidores, antiguas amistades o familiares que puedan apoyar. Para ello, como en otros apartados se ha expuesto, tendremos que trabajar el temor a ser rechazada y a ser juzgada por ser mujer y consumidora de drogas.

¹⁷ Nieva Lafuente, P. (1987) "La reinserción Social en el marco municipal". (En *Reinserción social y Drogodependencias*). Ed Asociación para el Estudio y la Promoción del Bienestar Social. Madrid, pág. 219.

- Organizar un ocio y un tiempo libre en el que participe de forma activa. La mujer adicta suele llegar con carencias en el uso de su tiempo libre. Es necesario motivar en el disfrute de este tiempo con actividades gratificantes que mejoren su autoestima. Conviene que no caiga en una vivencia del ocio con sentimientos de culpa o como “algo improductivo”. Es importante encaminar a la mujer para que conozca los recursos disponibles y sea capaz de planificarse metas en la ocupación del mismo.
- Derivar a servicios de asesoramiento legal en el caso de que presente incidencias legales y realizar los informes pertinentes.

Incidir en la mayor responsabilidad que suponen para el equipo profesional los casos en los que hay menores por medio. Consideramos que la mujer puede constituirse como un agente de salud que facilitaría la prevención en el consumo de drogas, con el aprendizaje de factores de protección familiar en la educación de sus hijos/as. Pero hay situaciones muy problemáticas como son aquellas situaciones familiares en las que ambos padres son drogodependientes o sólo hay un progenitor (habitualmente la mujer) con problemas de adicción y se dan situaciones de recaídas. En estas ocasiones, el equipo tiene el deber de informar a los Servicios Sociales correspondientes. Esta acción, que puede suponer la pérdida de la guarda y/ o custodia de los niños/ as, se debe realizar anteponiendo el bien del menor, pero con el mayor tacto posible con los padres. Habría que cuidar el modo de hacerlo, respetando la relación profesional y el proceso terapéutico del drogodependiente. La existencia de comunidades terapéuticas que admiten madres con niños/ as ayuda a ofertar una alternativa de tratamiento muy válida, cuando la red natural de la mujer no aporta la contención adecuada a esta difícil situación.

ÁREA DE INTEGRACIÓN SOCIO-LABORAL

Un proyecto de integración social y laboral ha de tener en cuenta el género, ya que el hecho de ser mujer se establece como una variable de desigualdad en el acceso al empleo y, con ello, a la posibilidad de autonomía, de toma de decisiones y mayor autoestima, de valoración social y de logro de un estatus económico.

Hemos analizado los datos que refieren cómo estas mujeres presentan dificultades especiales para incorporarse al mercado laboral. Necesitan unos servicios adecuados a sus características que ayuden a compensar sus diferencias y hagan posible la igualdad de oportunidades para la inserción.

Como modelo metodológico plantearíamos el “itinerario de inserción socio-laboral”, dentro del programa individualizado de integración familiar, comunitaria y social.

Pretendemos singularizar el proceso, con un apoyo personal en el que se identifican y seleccionan prioridades, se motiva y proporciona seguridad, participando la mujer en la gestión de su itinerario con unos derechos y unos deberes.

Los objetivos que nos propondríamos son:

- Conocer sus intereses y dificultades para lograr y mantener un empleo.
- Incentivar en su propia valoración y autoestima el logro de un empleo, que puedan vivenciarlo compatible con otras necesidades afectivas como es el cuidado de la familia. Fomentar el significado del empleo como independencia, desarrollo personal, seguridad y estabilidad, como relación con otras personas, reconocimiento social y ocupación del tiempo.
- Mejorar su percepción de autoeficacia en la consecución de un empleo.
- Lograr un conocimiento del entorno socio-laboral de otras mujeres sin problemas de adicción y del mercado laboral en general, que ayude a una selección realista de empleo.
- Desarrollar una autoevaluación de su perfil personal y profesional en conocimientos, habilidades, actitudes y otros aspectos en relación con las características del empleo como son su ubicación, la disponibilidad horaria y de movilidad o la retribución deseada, que sirva para definir sus objetivos en la búsqueda del trabajo.
- Mejorar las competencias para afrontar las entrevistas de selección de personal.

- Apoyar en el mantenimiento del empleo con el fomento de su automotivación, autocontrol, habilidades sociales y solución de problemas.
- Plantear un proceso en el que se tenga en cuenta su mayor dificultad en la conciliación de la intervención con el cuidado y los tratamientos de los hijos/as y el mantenimiento del trabajo.

Estos objetivos se articularían en la intervención en torno a tres planos de inserción (Frago, E. et al. 1996)¹⁸ que son:

PARADIGMA EDUCATIVO-FORMATIVO:

Centrado en el dominio de contenidos técnicos, conocimientos y habilidades propias de la formación básica y pre-laboral y en la capacitación laboral.

- En relación con la formación prelaboral, destaca el Aula de Actividades de los Centros de Atención a Drogodependientes. En este Aula se proporciona un marco de trabajo para la asunción de aptitudes como la organización, la disciplina, la asunción de normas, la puntualidad y la mejora de las capacidades cognitivas que puedan haber sufrido deterioro con el consumo.
- Asesoramiento en una formación que capacite para el logro de un trabajo en el mercado laboral.
- Derivación a cursos.

PARADIGMA LABORAL:

Centrado en conocer y aprender las dinámicas del mundo laboral. Desde el área de trabajo social, se planteará la gestión de los documentos necesarios que permitan el empleo posterior (DNI, cartilla de desempleo, etc). Se derivaría a recursos especializados en la orientación laboral y apoyo en la búsqueda de empleo. Es importante que sepa asumir rechazos en entrevistas de trabajo.

Se podrá trabajar la búsqueda de empleo por cuenta propia, en empleo protegido o en autoempleo.

PARADIGMA PSICO-SOCIAL:

Enfocado a la recuperación de habilidades sociales y refuerzo de la personalidad. Sería importante mantener un seguimiento en el empleo logrado, para que las dificultades que pueden surgir en el ámbito laboral, no impliquen un abandono del mismo. Para ello, sería conveniente que no se interrumpa el contacto con el Centro de Atención de referencia, con la asistencia a grupos terapéuticos o a citas de intervención individual que posibilite ofrecer un apoyo óptimo. Hay que cuidar que el empleo no limite otras áreas importantes como el mantenimiento de una red de apoyo social, el cuidado de la familia, etc.

Para concluir, referir que existe una tendencia a tener en cuenta el género en el trabajo que actualmente se realiza desde distintas asociaciones en la inserción socio-laboral con la mujer drogodependiente. Meléndez, A. et al. (2001)¹⁹ propone el diseño de grupos específicos con mujeres para trabajar su incorporación laboral.

Obtener un proceso en el que la mujer logre adecuar sus capacidades sociales y laborales con las posibilidades que oferta la sociedad, supone un refuerzo no sólo en su inserción social y laboral sino también un apoyo en la rehabilitación en su trastorno adictivo, a través de la consecución de una estabilidad personal. Se trata de evitar metas imposibles, que se vivencien como nuevos fracasos e impliquen la posibilidad de convertirse en una situación de riesgo de recaída.

18 Frago, E. Jover, D. et al. (1996) "El empleo de los inempleables. Madrid: Popular"

19 Meléndez A. y cols. Departamento de Formación y Orientación socio-laboral de Proyecto Hombre (2001). Madrid: Orientación Socio-Laboral. Guía Ariane. Ases Sin Palabras

3

Coordinación institucional

M^a Ángeles Barreda

Ante la variada problemática de la mujer drogodependiente, nos encontramos con servicios y prestaciones de muy diversa procedencia: local, autonómica, central.... Frente a este panorama, es necesaria la coordinación para dar respuesta a las necesidades específicas.

Por una parte, es preciso que se realicen acuerdos y convenios entre las organizaciones que trabajan con unos mismos objetivos, ya que racionaliza el trabajo y no se duplican los recursos. Por otra parte, facilita la integración en esa comunidad posibilitando más prestaciones y haciendo éstas más adecuadas a la demanda.

La coordinación potencia un entramado que hace posible la captación, atención e integración social de la mujer.

Este entramado social o "red social" (concepto introducido por Bornes, J. en 1954), es definido por Speck, R.V. 1974 como "un vasto dominio de las relaciones de un individuo en un espacio y un tiempo determinados".

Esta red presta un apoyo y compone una estructura de protección para solventar las carencias y dificultades de la mujer.

Estos sistemas de apoyo o redes pueden ser informales o formales: los primeros, incluirían la familia y otros grupos unidos por distintas afinidades. Los segundos, ofrecerían apoyo dentro de instituciones y serían expertos al servicio de dicha institución (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.).

Uno de los objetivos dentro de los Centros de tratamiento es la potenciación de las redes de apoyo; la informal, a través de nuestro trabajo con la familia de la paciente, expuesta anteriormente en este trabajo. Con las redes formales haremos de puente entre la paciente y el servicio correspondiente, donde se atenderá la necesidad específica; a veces, incluso es necesario el acompañamiento a través de voluntariado, pues en muchas ocasiones sus carencias en habilidades sociales les inhabilitan para enfrentarse a distintas situaciones. Por otra parte, en los centros nos encontramos con necesidades o demandas que no encuentran respuesta, nuestra responsabilidad es hacer conscientes de estas carencias a los distintos departamentos para su futura articulación.

El terapeuta y el equipo de tratamiento se constituyen en referentes de apoyo en la red normalizada, y progresivamente irá constituyéndose una red de apoyo donde la mujer autónomamente encuentre respuesta a sus necesidades.

4

Propuestas

Si bien se han realizado algunas propuestas desde las diversas áreas de atención, es el momento de apuntar algunas líneas generales en los aspectos de prevención universal, selectiva e indicada, que a nuestro juicio requieren ser contempladas en el futuro:

- Insistir en la importancia de la educación igualitaria, incluyendo las variables sobre género de forma transversal, en las campañas de prevención universal.
- Sensibilizar y formar a los profesionales de atención general, tanto de la red sanitaria como social en las características diferenciales de género y estrategias de intervención. En el caso de los profesionales de la red especializada en atención a drogodependientes, se deberá profundizar en los aspectos diferenciales del género.
- Diseñar e implementar protocolos de detección precoz de mujeres con consumos de riesgo o abusivos de sustancias psicoactivas.
- Crear un protocolo de atención y reinserción específico que aborde las características de la mujer drogodependiente, generando recursos específicos cuando sea preciso.
- Promover actuaciones para facilitar el acceso, la intervención y la reinserción de la mujer drogodependiente con cargas familiares.
- Valorar situación de los menores y el seguimiento de los hijos de las mujeres adictas y de las familias que les acogen cuando proceda.
- Potenciar y mejorar la coordinación con los recursos asignados a la problemática específica de la mujer.
- Promover estudios que profundicen en el conocimiento de las características y dinámica diferencial del género.
- Incluir la variable de género de forma sistemática en los protocolos de evaluación, tanto de proceso como de resultados.

5 Bibliografía

- Alonso Viteri, S.
Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la mujer.
Rev. Prev Tab. V. 3; N. 3; Sep. 2001. [en línea] [Consulta 21 Abril 2004]
www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/rev_prev_tab/html/n_anteriores.htm
- Aragón, C. et al.
Alcohol y metabolismo humano.
Rev. Adicciones 2002. Vol. 14.Supl. [en línea] [Consulta 15 Abril 2004]
http://socioalcohol.psiquiatria.com/psimgdb/archivo_doc100795076.pdf
- Arechederra, J. J.; Arias, F.
Drogodependencias y Psiquiatría: Aspectos clínicos y legales.
Madrid, You&Us. 2000.
- Asociación Psiquiátrica Americana.
DSM-IV-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
Barcelona. Ed. Masson. 1995. ISBN: 84-458-0297-6
- Atalah, E. et al.
Diet, smoking and reproductive history as risk factor for cervical cancer.
Rev Med Chil 2001 Jun;129(6):597-603(Abstract) [en línea] [Consulta 5 Sept. 2004]
<http://intapp.medscape.com/px/medlineapp/meddirect?searchstring=uterin+cervix+cancer+smoking&cid=med>
- Ayesta, F. J.; De la Rosa, L.
¿Por qué fuman más hoy en día las mujeres?
Rev. Prev Tab. V. 3; N. 3; Sep. 2001. [en línea] [Consulta 21 Abril 2004]
www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/rev_prev_tab/html/n_anteriores.htm
- Bagnardi, V. et al.
Alcohol consumption and the risk of cancer, a meta-analysis.
Alcohol and Disease Interaction. Vol. 25, N.r 4, 2001 [en línea] [Consulta 20 Abril 2004]
www.niaaa.nih.gov/publications/arh25-4/263-270.htm
- Bain, C. et al.
Lung cancer rates in men and women with Comparable Histories of Smoking.
Journal of the National Cancer Institute, Vol. 96, No. 11, 826-834, Junio 2004 (Abstract) [en línea] [Consulta 10 Septiembre 2004]
<http://jncicancerspectrum.oupjournals.org/cgi/content/abstract/jnci;96/11/826>

- Baker, J.
Hacia una nueva psicología de la mujer.
Buenos Aires. Paidós. 1992.
- Ballcells Oliveró, M.
Complicaciones orgánicas de la cocaína.
Rev. Adicciones Vol. 13 Supl. 2. 2001 [en línea] [Consulta 13 Junio 2004]
www.socidrogalcohol.org/
- Barberá, E.
Psicología del género.
Ed. Ariel Psicología. 1998.
- Barcia, D.; Morcillo, L.
Alcoholismo femenino: Estilo de beber, calidad de vida y autoconcepto.
Psicopatología y Alcoholismo. Citran.
- Beattie, M.
Libérate de la codependencia.
Málaga. Sirio. 1992.
- Beck, A. T.
Con el amor no basta.
Barcelona. Paidós. 1990.
- Beck, A. T.; Freeman, A.
Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad.
Psicología Psiquiatría Psicoterapia 127. Barcelona. 1995.
- Beck, A. T.; Wright, F.; Newman, C. F.
Terapia cognitiva de las drogodependencias.
Ed. Paidós, 1999.
- Becoña Iglesias, E.; Vázquez González, F. L.
Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género.
Rev. Esp. Salud Pública N.1 2000 74 13-23 [en línea] [Consulta 3 Marzo 2004]
www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272000000100003
- Bennicke, K. et al.
Cigarette smoking and breast cancer.
BMJ 1995; 310:1431-1433 [en línea] [Consulta 2 Sep 2004]
<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/310/6992/1431>
- Berrington de González A.; Sweetland, S.; Green, J.
Comparison of risk factors for squamous cell and adenocarcinomas of the cervix: a meta-analysis.
Br J Cancer Mayo 2004; 90:1787-91(Abstract) [en línea] [Consulta 5 Sep 2004]
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15150591
- Blot, W. J.; McLaughlin, J. K.
Are Women More Susceptible to Lung Cancer?
Journal of the National Cancer Institute, Vol. 96, No. 11, 812-813, Junio 2004 [en línea]
[Consulta 15 Septiembre 2004]
<http://jncicancerspectrum.oupjournals.org/cgi/content/full/jnci;96/11/812>

- Bobes, J.
Drogodependencias y crisis conyugales.
Madrid. Rialp. 1991.
- Bobo, J. K.
Consumo de tabaco, problemas con las bebidas alcohólicas y alcoholismo.
Clínicas obstétricas y ginecológicas 4/2002
Ed. Mc. Graw Hill.
- Bolinches, A.
El cambio psicológico.
Barcelona. 2004.
- Bornstein, P. H.; Marcy, M. T.
Terapia de pareja.
Madrid. Pirámide. 1992.
- Boyd, J.
Molecular Link Between Smoking and Cervical Cancer.
31st Annual Meeting of the Society of Gynecologic Oncologists.
San Diego, California. Febrero 2000.
www.medscape.com/viewarticle/413144?src=search
- Boyle, P.; Maisonneuve, P.; Autier, P.
Update on cancer control in women.
Int J Gynaecol Obstet 2000. Agosto ;70(2):263-303 (Abstract) [en línea] [Consulta 5 Sept. 2004]
<http://intapp.medscape.com/px/medlineapp/meddirect?searchstring=uterin+cervix+cancer+smoking&cid=med>
- Bowen, M.
De la familia al individuo.
Barcelona. Paidós. 1991.
- C. Sociodrogalcohol.
Actuaciones clínicas en trastornos adictivos.
Madrid. 2002.
- Cabrera Bonet, R.; Del Río Muñoz, P. A.
Opiáceos. En R. Cabrera Bonet, J. M. Torrecilla Jiménez (eds.) *Manual de drogodependencias.*
Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga. 2004.
- Cachón, L.
Juventudes, mercados de trabajo y políticas de empleo.
7 I Mig. Valencia. 1999.
- Cambiaso, G.; Berrini, R.
Terapia della famiglia in crisi.
Milano. FrancoAngeli. 1992.
- Campo, C.; Linares, J. L.
Sobrevivir a la pareja.
Barcelona. Planeta. 2002.

- Cancrini, L.
Quei temerari sulle macchine volanti.
Roma, NIS. 1988.
- Canevaro, A.
Alle radici della copia: verso lo sviluppo di un contesto terapeutico trigerazionale.
Roma. Ecologia della Mente. 1988.
- Canevaro, A.
Crisis matrimonial y contexto intergeneracional. Un modelo sistemático de terapia breve.
Terapia familiar n.15, Buenos Aires. 1986.
- Cantero, F. et al.
Diferencias de género en los trastornos adictivos.
Ponencia presentada en I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. 2000.
- Cantero, F. et al.
Diferencias de género en los trastornos adictivos.
Valencia. Clínica Bétera. 2000.
- Carpenter, J.; Treacher, A.
Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja.
Barcelona. Paidós. 1993.
- Carrón, R.
Psicoterapia: Relación y proceso.
Salamanca. Amarú. 1990.
- Casas, M.; Guardia, J.
Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo.
Adicciones 2000.
- Castañeda, B. et al.
Mujer y Adicciones: las salidas de un laberinto. 2003.
- Centro Nacional de Epidemiología
Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España.
Registro Nacional de Casos de SIDA. Informe semestral Nº 1.
Actualización a 30 de Junio de 2004.
<http://cne.isciii.es/sida/sida.htm>
- Cepeda-Benito, A.; Reynoso, J.T.; Erath, S.
Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women.
J Consult Clin Psychol. 2004 Agosto ;72(4):712-22.(Abstract) [en línea] [Consulta 23 Sept 2004]
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15301656
- Chait, L.; Zulaica, B.
Maltrato en mujeres drogodependientes: Análisis para la intervención.
En fase de valoración para la revista Clínica y Salud.

- Chamorro, L.
Guía del manejo de los trastornos mentales en Atención Primaria. 2003.
- Cirillo, S.; Berrini, R.; Cambiaso, G.; Mazza, M.
La famiglia del tossicodipendente.
Milano. Raffaello Cortina Editore. 1996.
- Cirillo, S. et al.
La familia del toxicodependiente.
Terapia Familiar. Ed. Paidós.
- Colacicco, F.
Strutturale e controparadossale: due modi diversi di intervenire nelle famiglie diverse dei tossicomani.
Roma. Ecologia della mente. 1991.
- Corey, G.
Teoría y práctica de la terapia grupal.
Bilbao. Biblioteca de Psicología. 1995.
- Costa, M.; Serrat, C.
Terapia de parejas.
Madrid. Alianza. 1993.
- Cruz (de la) Godoy, M. J.; Herrera García, A.
Adicciones en mujeres.
Colegio oficial de Psicólogos de Las Palmas [en línea] [Consulta 21 Julio 2004]
<http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/indice.html>
- Cruz (de la), M. J. et al.
Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos.
Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. Versión digital 2002 [en línea] [Consulta 21 Julio 2004]
<http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/indice.html>
- Delgado, S.
El drogodependiente ante los tribunales de justicia.
Madrid. Colex. 1998.
- Díaz Hurtado, R. M. et al.
Programa ALFIL, evaluación de marcadores de riesgo e intervención preventiva en hijos de alcohólicos.
- Dicks, H. V.
Tensiones matrimoniales.
Barcelona. Paidós. 1970.
- Dirección General de la Mujer.
Programa de acciones contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid 2001 – 2004.
Comunidad de Madrid. Consejería de Trabajo. Dirección General de la Mujer. 2001.
- Dirección General de la Mujer.
IV Plan de igualdad de oportunidades de mujeres y hombres de la Comunidad de Madrid 2002 – 2005.
Comunidad de Madrid. Dirección General de la Mujer. 2002.

- Echeburúa Odriozola, E.
Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos.
Edit. Terapia de Conducta y Salud. 1994.
- Echeburúa, E.; Corral, P.
Manual de violencia familiar.
Madrid. Siglo XXI de España. 1998.
- Ellerbrock, T. V. et al.
Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women.
JAMA. 2000 Feb 23;283(8):1031-7.(Abstract) [en línea] [Consulta 27 Junio 2004]
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=10697063
- Ellis, A.
Terapia racional emotiva con alcoholólicos y toxicómanos.
Edt. Desclee de Brouwer, S.A. 1992.
- Emanuele, M. A.; Wezeman, F.; Emanuele, N. V.
Alcohol's Effects on Female Reproductive Function.
2003. [en línea] [consulta 14 Abril 2004]
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/274-281.htm>
- *Encuesta domiciliaria sobre drogas.* 1998.
- *Encuesta sobre drogas a la población escolar. 2002.* Comunidad de Madrid.
- Estebañez, P.
Violencia domestica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres.
Madrid. Instituto de la Mujer. 1992.
- Ettore, E.
Mujeres y alcohol.
Ed. Narcea. 1998.
- Farzadegan, H. et al.
Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS.
Lancet Vol. 352 N 9139 Nov 1998 [en línea] [Consulta 3 Mayo 2004]
www.hawaii.edu/hivandaids/Sex%20Differences%20in%20HIV-1%20Viral%20Load%20and%20Progression%20to%20AIDS.pdf
- Fernández, J.J. et al.
Actuaciones clínicas en trastornos adictivos.
Madrid. Aula Médica. 2002.
- Fernández, J.
Género y sociedad.
Ed. Psicología Pirámide. 1998.
- Frago, E. et al.
El empleo de los inempleables.
Madrid. Ed. Popular. 1996.

- Fundación Spiral.
La mujer drogodependiente: características, tratamiento y estudio de evaluación.
Madrid. 1995.
- Fundación Spiral.
I Symposium Nacional sobre el tratamiento de la adicción en la mujer.
Debate e Instituto de la Mujer. Madrid. 2002.
- Fundación Spiral.
II Symposium Nacional sobre el tratamiento de la adicción en la mujer.
Resúmenes de ponencias y comunicaciones. Madrid. 2003.
- García, B.; Marín, M.
Las mujeres víctimas de la violencia de género.
Consejería de Trabajo. Dirección General de la Mujer. Madrid. 2002.
- García-Sempere, A.; Portella, E.
Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España.
Rev. Adicciones 2002. Vol. 14. Supl. 1 [en línea] [Consulta 17 Abril 2004]
<http://socidroalcohol.psiquiatria.com/psimgdb//archivo.doc100795076.pdf>
- Gold, D. R. et al.
Effects of Cigarette Smoking on Lung Function in Adolescent Boys and Girls.
N Engl J Med 1996; 335:931-937, Sep 26, 1996.(Abstract) [en línea] [Consulta 30Abril 2004]
<http://content.nejm.org/>
- Gómez Alcalde, M.S.
Embriopatía por cocaína.
Conductas Adictivas. Vol. 4 Núm. 01. 2004. [en línea] [Consulta 26 Junio 2004]
www.conductasadictivas.org
- Gómez Moya, J.
El alcoholismo femenino: Una aproximación cualitativa.
Revista española de Drogodependencias, núm. 4. 2000.
- Gordis, E.
Alcohol and hormones, a commentary.
National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 26 PH 352 Octubre 1994
[en línea] [consulta 14 Abril 2004]
www.niaaa.nih.gov/publications/aa26.htm
- Graña, J. L.
Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento.
Edit. Debate. 1994.
- Gual, A.; Lligoña, A.; Mondón, S.
Tratamiento de la dependencia alcohólica.
Curso de Formación sobre Prevención y Tratamiento del Alcoholismo.
Ed. Doyma. 1999.

- Honore, G. M. et al.
Effects of cocaine on basal and pulsatile prolactin levels in rhesus monkeys.
J Soc Gynecol Investig. 2001 Nov-Dec;8(6):351-7 (Abstract) [en línea] [Consulta 17 Abril 2004]
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11750871
- Instituto de la Mujer.
II Plan integral contra la violencia doméstica 2001 – 2004.
Secretaría General de Asuntos Sociales. Madrid. 2001.
- Instituto de la Mujer.
Violencia contra las mujeres.
Secretaría General de Asuntos Sociales. Madrid. 2002.
- Instituto de la Mujer.
Mujer y drogas.
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio del Interior.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. 2003.
- Instituto de la Mujer.
Los grupos de mujeres. Metodología y contenido para el trabajo grupal de la autoestima.
- Instituto de la Mujer.
La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres.
- Instituto de la Mujer.
El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino.
Estudio de investigación realizado por Edis.
- Instituto de la Mujer.
La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres.
Madrid. 2001.
- Insúa, P. et al.
Curso de Educación para la Salud.
Ayuntamiento de Madrid. Plan Municipal Contra Las Drogas. 2003.
- Insúa, P.; Ubillos, S.
Manual de Educación Sanitaria. Recursos para diseñar Talleres de Prevención con usuarios de Drogas.
3ª Edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el Sida.
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Universidad del País Vasco.
ISBN: 84-8150-203-0
- Iraurgi, I.; González, F.
Instrumentos de evaluación en drogodependencias.
Barcelona. Aula Médica. 2002.
- Irefrea.
Women drugs abuse in Europe: gender identity. 2000.
www.irefrea.org

- Irefrea.
España. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer.
Madrid. 2000. [en línea] [Consulta 30 Mayo 2004]
http://www.institutospiral.com/_vti_bin/shtml.exe/formulario.htm
- Izquierdo, M^a J.
El malestar de la desigualdad.
Madrid. Cátedra. 1998.
- Jané, M.; Pardell, H.; Salleras, L.
Epidemiología del tabaquismo femenino. Factores determinantes de la iniciación y del mantenimiento.
Rev. Prev Tab. V. 3; N. 3; Sep. 2001. [en línea] [Consulta 21 Abril 2004]
www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/rev_prev_tab/html/n_anteriores.htm
- Jiménez, E.; Barreiro, F.; Sánchez, J. E.
Los Nuevos yacimientos de empleo: Los retos de la creación de empleo desde el territorio.
Barcelona. Fundación Cirem. 1998.
- Kaplan; Sadock.
Terapia de grupo.
Edt. Médico Panamericana.
- Kelly, J. A.
Entrenamiento de las habilidades sociales.
Bilbao. Biblioteca de Psicología. 2000.
- Knobel, M.
Psicoterapia breve.
Paidós. 1987.
- Lacey, J. V. et al.
Associations between smoking and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix (United States).
Cancer Causes Control. 2001 Feb;12(2):153-61(Abstract) [en línea] [Consulta 4 Sept 2004]
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11246844
- Llópis Llácer, J. J.
Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes: un estudio con mujeres heroinómanas, su personalidad y evolución.
Valencia. 1997. Tesis Doctoral. Agencia Antidroga.
Centro de Documentación sobre Drogas y otros Trastornos Adictivos.
- Llópis, J. J.; Rebollida, M.
Clínica de la mujer toxicómana. Un análisis de actitudes.
- López, M.
Clínica de la mujer adicta.
- López, M.
Clínica de la mujer alcohólica.
I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. 2000.

- Lynch, W. J. et al.
Role of estrogen in the acquisition of intravenously self-administered cocaine in female rats.
Pharmacol Biochem Behav 2001 Abril 68(4):641-6 (Abstract) [en línea] [Consulta 13 Mayo 2004]
<http://www.medscape.com/px/urlinfo>
- Marchoni, M.
Planificación social y organización de la comunidad.
2ª Ed. Edt. Promoción cultural popular. 1987.
- Martínez, D. et al.
Estudio descriptivo de los pacientes heroínómanos asistidos en centros de tratamiento en el periodo 1981-1985.
Rev. Comunidad y Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. 1987.
- Martínez González, J. M.; Tujillo Mendoza, H. M.
Tratamiento del drogodependiente con trastornos de personalidad.
Madrid. 2003.
- Martínez Ruiz, M.
Dependencia nicotínica (I): tabaco y enfermedad.
En Martínez Ruiz, M.; Rubio Valladolid, G. (eds) *Manual de Drogodependencias para Enfermería.*
Madrid. Ed. Díaz de Santos. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. 2002.
ISBN: 84-7978-514-4
- Matellanes et al.
Intervención en drogodependencias: Áreas y Técnicas.
Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos. 1996.
- Meléndez A. et al.
Orientación Socio-Laboral. Guía Ariane. Ases Sin Palabras.
Madrid. Dpto. Formación y Orientación Socio-Laboral de Proyecto Hombre. 2001.
- Meneses Falcón, C.
¿Una atención específica para mujeres? Reflexiones para el debate.
Revista Proyecto Hombre, nº 43. Septiembre 2002.
- Meneses Falcón, C.
Mujer y heroína: un estudio antropológico de la heroínomanía femenina.
Granada 2001. Tesis Doctoral. Agencia Antidroga.
Centro de Documentación sobre Drogas y otros Trastornos Adictivos.
- Merino, P. P.
Mujeres Toxicodependientes en la Unión Europea.
I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid. 2000. [en línea] [Consulta 30 Mayo 2004]
http://www.institutospiral.com/_vti_bin/shtml.exe/formulario.htm
- Midori Hanna, S.; Brown, J.
La práctica de la terapia familiar.
Ed. Desclée de Brower.
- Miller, W.; Rollnick, S.
La Entrevista motivacional. Preparar para el cambio las conductas adictivas.
Ed. Paidós. 1991.

- Millon, T.; Davis, R.
Trastornos de la Personalidad en la vida moderna.
Barcelona. 2001.
- Monedero, C.
Sentido de la Psicopatología.
I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. 2000.
- Monturiol, F.; De Silva.
Los usos de drogas y su impacto en la cultura (el caso gitano).
ASGG. 1998.
- Mony et al.
Las prácticas de la terapia de red.
En: Speck, Ross: *La intervención en la red social: las terapias de red, teoría y desarrollo*.
Barcelona. Ed. Gedisa. 1989.
- Navarro Góngora, J.
Intervención en redes sociales de adictos.
Revista de Psicoterapia. Vol. v, nº18-19, año 94, pp 99-117.
- Nogués, V.; Altell, G.; Ferrer, X.
Abuso de alcohol y violencia doméstica.
Valencia. Generalitat Valenciana. Consellería de Bienestar Social. 2002.
- Nora Dabas, E.
Red de Redes; Las prácticas de la intervención en redes sociales.
Buenos Aires. Ed. Paidós. 1993.
- Observatorio Español sobre Drogas.
Informe nº 6. Noviembre 2003.
Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ISBN: 84-8150-248-0
- Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT).
The state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union. Informe 2003.
<http://candidates.emcdda.eu.int/en/home-en.html>
- Olivenstein, C.
La toxicomanía.
Ed. Fundamentos. 1985.
- ONU E/CN.4/1999/68.
Integration of the human rights of woman and the gender perspective. violence againsts women.
Informe del relator especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias.
Radhica Coomaraswamy. 1999.
www.Unhchr.Che/Huridorda.Huridoca.Nsf/Testfrome/9bib9a8ed53402c5802567530048c605?Opendocument
- Orte, C.
Sexualidad en la mujer adicta.
I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Madrid 2000 [en línea] [Consulta 30 Mayo 2004]
http://www.institutospiral.com/_vti_bin/shtml.exe/formulario.htm

- Parés, A.; Caballería, J.
Alcohol y patología orgánica.
Rev. Adicciones 2002. Vol. 14. Supl. 1 [en línea] [Consulta 13 Abril 2004]
http://sodirogalcohol.psiquiatria.com/psimgdb//archivo_doc100795076.pdf
- Pascual Arriazu, J.; Rubio Valladolid, G.; Martínez Ruiz, M.
Cánnabis. En Martínez Ruiz, M.; Rubio Valladolid, G. (eds) *Manual de Drogodependencias para Enfermería.* Madrid. Ed. Díaz de Santos. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. 2002. ISBN: 84-7978-514-4
- Paul, D.; Terry, P. D.; Rohan, T. E.
Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature.
Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2002 11: 953-971. [en línea] [Consulta 12 Sep. 2004]
<http://cebp.aacrjournals.org>
- Pedrero, E. J.; De Ena, S.
Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales. Madrid. En prensa. 2004.
- Perkins, K. A.; Donny, E.; Caggiula, A. R.
Sex differences in nicotine effects and self-administration: review of human and animal evidence. Nicotine Tob Res Diciembre 1999 (Abstrat). [En línea] [Consulta 26 Junio 2004]
www.medscape.com/px/urlinfo (Medline)
- Peuifoy, R. Z.
Venza sus temores - Ansiedad, fobia y pánico. Barcelona. Éxitos de Ayuda. 2004.
- Plan Municipal Contra las Drogas.
Documento Marco. Ayuntamiento de Madrid. Área de Servicios Sociales. 1989.
- Plan Municipal Contra las Drogas.
Estudio exploratorio sobre mujer y adicción. Madrid. Ayuntamiento de Madrid. 2003.
- Plan Municipal Contra las Drogas.
Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Realizado por Edis. Ayuntamiento de Madrid. Área de Servicios Sociales. 2000.
- Plan Municipal Contra las Drogas.
Memoria del Plan Municipal Contra las Drogas del Ayuntamiento de Madrid. 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003. Ayuntamiento de Madrid. Área de Servicios Sociales.
- Plan Nacional sobre Drogas.
Actuar es posible. Servicios Sociales y Drogodependencias.
- Plan Nacional sobre Drogas.
Estrategia Nacional sobre drogas para el periodo 2000/2008. Real Decreto 1911/1999 de 17.12.1999.

- Plan Nacional sobre Drogas.
Memoria 1998.
Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 1999.
- Plan Nacional sobre Drogas.
Memoria 1999.
Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2000.
- Plan Nacional sobre Drogas.
Memoria 2000.
Madrid. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2002.
- Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo 2003-2007
Ministerio de Sanidad y Consumo. Octubre 2002 [en línea] [Consulta 5 Septiembre 2004]
<http://www.upc.edu/web/prevencio/tabac/PlanNacionaldeprevencionycontroldeletabaquismo.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas.
Informe año 2002. Indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad.
http://www.mir.es/pnd/observa/html/indicad_2002.htm
- Plan Regional sobre Drogas.
Programas de intervención.
Comunidad de Madrid. 1995.
- Plummer, M. et al.
Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case - control study.
Cancer Causes Control 2003 Nov;14(9):805-14 (Abstract) [en línea] [Consulta 28 Agosto 2004]
<http://intapp.medscape.com/px/medlineapp/meddirect?searchstring=smoking+cervical+cancer&cid=med>
- Programa Municipal de Violencia Contra las Mujeres en el Ámbito Doméstico.
Madrid. Ayuntamiento de Madrid. Área de Promoción de la Igualdad y Empleo. 2002.
- Ramos Brieveva, J. A.
Clínica de la mujer ludopata.
Universidad de Alcalá. 2000.
- Reed, B. G.
Drug misuse and dependency in women: The meaning and implications of being considered a special population or minority group.
The International Journal of The Addictions, 20,p. 13-62. 1985.
- Reinserción social y drogodependencias.
Asociación para el estudio y promoción del Bienestar Social. 1987.
- Reynolds, P. et al.
Active smoking, household passive smoking, and breast cancer: evidence from the California teachers Study.
J Natl Cancer Inst 96: 29-37 Enero 2004 [en línea] [Consulta 2 Sep 2004]
<http://jncicancerspectrum.oupjournals.org/cgi/content/full/jnci;96/1/29>
- Río (del) Muñoz, P. A.; Cabrera Bonet, R.; Torrecilla Jiménez, J. M.
Cannabinoides. En R. Cabrera Bonet, J. M. Torrecilla Jiménez (eds.) *Manual de drogodependencias.*
Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga. 2004.

- Roa, A.
Evaluación en psicología clínica y de la salud. Evaluación de las Adicciones: Drogas Ilegales.
Madrid. F. de Arce Guerra. 1995.
- Robinson, G. E.
Women and Psychopharmacology.
Medscape General Medicine 4 (1), 2002.
Antes publicada en Medscape Women's Health Journal 7(1), 2002. [en línea] [Consulta 17 Mayo 2004]
<http://www.medscape.com/viewarticle/423938?src=search>
- Rodríguez, M.
Mujeres y drogodependencia. Intervención Familiar.
I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. 2000.
- Rojas, E.
Los lenguajes del deseo.
Madrid. 2004.
- Romo, N.
Mujeres y drogas de síntesis. Género y riesgo en la cultura del baile.
Plan Nacional sobre Drogas.
- Ross, G. et al.
The Role of Gender in HIV Progression.
AIDS Read 11(1): 29-33, 2001.[en línea] [Consulta 14 Agosto 2004]
<http://www.medscape.com/viewarticle/410358?src=search>
- Roth, M. E.; Casimir, A. G.; Carroll, M. E.
Influence of estrogen in the acquisition of intravenously self-administered heroin in female rats.
Pharmacol. Biochem. Behav. Mayo 2002, 72(1-2) p313-8 (abstract) [en línea] [Consulta 13 Mayo 2004]
<http://www.medscape.com/px/urlinfo>
- Rubio, G. et al.
Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias.
Madrid. Editorial Médica Panamericana S.A. 2001.
- Rubio Valladolid, G.; Escobar Díez, Y.
Comorbilidad psiquiátrica y abuso de drogas.
En Martínez Ruiz, M.; Rubio Valladolid, G. (eds) *Manual de Drogodependencias para Enfermería.*
Madrid. Ed. Díaz de Santos. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. 2002.
ISBN: 84-7978-514-4
- Rubio Valladolid, G.
Opiáceos (II). Tratamiento y complicaciones orgánicas de la dependencia a opiáceos.
En Martínez Ruiz, M.; Rubio Valladolid, G. (eds) *Manual de Drogodependencias para Enfermería.*
Madrid. Ed. Díaz de Santos. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. 2002.
ISBN: 84-7978-514-4
- Salado Rodríguez, J.; Rubio Valladolid, G.
Opiáceos (III). Tratamiento y complicaciones orgánicas de la dependencia a opiáceos.
En Martínez Ruiz, M.; Rubio Valladolid, G. (eds) *Manual de Drogodependencias para Enfermería.*
Madrid. Ed. Díaz de Santos. Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga. 2002.

- Sánchez Hervas, E.
Adicción a drogas en la mujer.
Dirección Gral. de Atención a la Dependencia. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. 2003.
- Sánchez Pardo, L.
La protección social de los menores de hijos drogodependientes.
Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. 2003.
- Sank; Shaffer, C.
Manual del terapeuta para la terapia cognitiva conductual en grupos.
Bilbao. Biblioteca de Psicológica. 1993.
- Santamaría. A.
La prostitución de las mujeres.
Fundación Solidaridad Democrática. Instituto de la Mujer.
- Santo-Domingo, J.
Diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias.
Sociedad Española de Psiquiatría.
- Saso, L.
Effects of drug abuse on sexual response.
Ann Ist Super Sanita. 2002; 38(3):289-96. (Abstract) [en línea] [Consulta 17 Abril 2004]
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12645180
- Sell, S. L.; Thomas, M. L.; Cunningham, K. A.
Influence of estrous cycle and estradiol on behavioral sensitization to cocaine in female rats.
Drug Alcohol Depend 2002 Agosto 1;67(3):281-90 (Abstract) [en línea] [Consulta 13 Mayo 2004]
<http://www.medscape.com/px/urlinfo>
- Serrat Moré, D.
Problemas Médicos-Legales del consumo de drogas
Rev. Adicciones, 2003, Vol. 15 nº1, Pág. 77/89.
- Solowij, N. et al.
El funcionamiento cognitivo de consumidores asiduos de cánnabis que buscan tratamiento.
(traducción no oficial de "Cognitive Functioning of Long-term Heavy Cannabis Users Seeking Treatment")
JAMA, March 6, 2002-Vol. 287, Nº 6.
Observatorio Español sobre Drogas [en línea] [Consulta 10 Octubre 2004]
<http://www.mir.es/pnd/observa/html/jama.htm>
- Sopelana Rodríguez, P. A.
Cannabinoides y trastornos psiquiátricos.
En Cánnabis. ¡Hasta dónde!
Primeras Jornadas de Expertos en Cánnabis de la Comunidad de Madrid. Declaración de Madrid.
Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Agencia Antidroga. 2000.
ISBN: 84-8174-475-1
- Stanton, M.; Todd, T.
Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas.
Barcelona. Gedisa. 1985.

- Steinglass, P.; Bennet, L. A.
La familia alcohólica.
Edt. Gedisa.
- Stergachis, A. et al.
Maternal cigarette smoking and the risk of tubal pregnancy.
American Journal of Epidemiology 1991
Vol 133, Issue 4 332-337(Abstract) [en línea] [consulta 25 Sept. 2004]
<http://aje.oupjournals.org/cgi/content/abstract/133/4/332>
- Sterk, C. E.
Fast Lives. Women who use crack cocaine.
Philadelphia. Temple University Press. 1999.
- Sterling, T. R. et al.
Initial plasma HIV-1 RNA levels and progresión to AIDS in women and men.
The new England Journal of medicine. Astract. Volume 344:720-725 Marzo 2001 N. 10
[en línea] [Consulta 14 Agosto 2004]
<http://content.nejm.org/cgi/content/short/344/10/720>
- Swan, N.
Women's dependence on smoking affected by something in addition to nicotine.
Nida Notes Volume 12, Number 3 Mayo/Junio 1997 [en línea] [Consulta 13 Julio 2004]
http://www.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol12N3/Womens.html
- Técnicas de Autocontrol Emocional.
Biblioteca de Psicología Psiquiátrica y Salud.
Barcelona. Ed. Martínez Roca. 1988.
- Terry, P. D.; Rohan, T. E.
Cigarette smoking and the risk of breast cancer in women: a review of the literature.
Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev. 2002 11: 953-971. [en línea] [Consulta 12 Sep. 2004]
<http://cebp.aacrjournals.org/>
- Thun, M. J. et al.
Alcohol Consumption and Mortality among Middle-Aged and Elderly U.S. Adults. New Enj of Med.
Vol. 337:1705-1714; Diciembre 1997 Núm. 24. Abstract [en línea] [Consulta 13 Abril 2004]
<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/337/24/1705?view=abstractpmid=9392695>
- Thyer, A. C., King, T. S., Moreno, A. C. et al.
Cocaine impairs ovarian response to exogenous gonadotropins in nonhuman primates.
AbstractJ Soc Gynecol Investig Nov-Dec 2001, 8(6) p358-62.(Abstract) [en línea] [Consulta 17 Abril 2004]
www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=11750872
- Torre, M. et al.
Situación de la mujer dependiente de la heroína en Cantabria: Análisis de los resultados del estudio de las pacientes en la última década.
Facultad de Medicina. Universidad de Carrobles.
- U. S. Surgeon General. Report. 2001.
Women and smoking.
U.S. Department of Health and Human Services. [en línea] [Consulta 4 Agosto 2004]
http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_forwomen/

- Vecino Santos, C.; Guitart, A.
Políticas de salud pública frente al consumo de cocaína. Intervención en reducción de daños en cocaína.
Libro de ponencias. Encuentro Nacional para Profesionales. Cocaína.
Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. Aranjuez. 2002.
- Vizziello, F. et al.
Representaciones maternas y transmisión de los factores de riesgo y protección en hijos de madres drogodependientes.
- Vizziello, F. G.; Simonelli.
Experiencia clínica y de investigación con madres toxicómanas y sus hijos.
Adicciones, 1999. Volumen 11 n. 2 pag. 159-169.
- Walters, M. et al.
La red invisible.
Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares, Ed. Paidós Terapia Familiar. 1991.
- Walker, Q. D. et al.
Effect of ovarian hormones and estrous cycle on stimulation of the hypothalamo-pituitary-adrenal axis by cocaine.
J Pharmacol Exp Ther. 2001 Abril; 297(1):291-8 (Abstract) [en línea] [Consulta 17 Abril 2004]
<http://jpet.aspetjournals.org/cgi/content/full/297/1/291>
- Washton, M.
La adicción a la cocaína.
Edt. Paidós. 1989.
- Watzlawick, P. et al.
Teoría de la comunicación Humana.
Ed. Herder, 1981.
- Williams, J.
Cocaine's effects on cerebral blood flow differ between men and women.
Nida Notes. Vol 17 N.2 Mayo 2002 [en línea] [Consulta 10 Junio 2004]
<http://www.nida.nih.gov/>
- Zenker Christel.
First results of a Methadone programme for drug-addicted women prostituting themselves. 1995.

