

TERAPIA FAMILIAR Y ADICCIÓN

DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Marta González Gutiérrez
3º Terapia Familiar. EVNTF
Curso 2010-2011.

Terapia familiar y adicción desde una perspectiva de género.

1. Justificación del tema

La idea de realizar un trabajo final sobre éste tema surge de la curiosidad y en cierta medida inquietud, que me produce el papel de la mujer en el campo de las adicciones. Llevo trabajando cinco años en una fundación dedicada al tratamiento de las adicciones, concretamente en una Comunidad Terapéutica. Todos estos años, he ido observando las diferencias notables que existen en cuánto a integración, relación, evolución y reinserción entre hombres y mujeres, cómo el papel de la familia y la intervención terapéutica es notablemente diferente, y como, en ocasiones, el equipo terapéutico se ha visto con dificultades en atajar situaciones concretas así como dar una respuesta a la demanda. Por ello, he decidido ahondar algo más en el tema y profundizar no sólo en la implicación del género en el campo de las adicciones si no también ampliarlo desde una visión sistémica.

Considero que el cuánto al tratamiento de las personas con problemas de drogodependencias, es importante la diferencia de género, especialmente en las Comunidades Terapéuticas ya que el funcionamiento de éstas está históricamente relacionado con el rol masculino. Éste hecho puede favorecer el abandono de las mujeres en su proceso terapéutico.

En cuánto a la aplicación desde la terapia familiar sistémica, el objetivo del trabajo ha sido, documentarme en relación a la terapia familiar del abuso de drogas, ya que en ocasiones, se percibe que ante adicciones la responsabilidad es individual y se deja a un lado la responsabilidad de los miembros de la familia así como el funcionamiento familiar.

Me he encontrado poca bibliografía en relación al papel de la mujer en las adicciones lo que me ha hecho reflexionar aún más qué implicaciones puede tener el género en el proceso terapéutico. Considero que tanto el concepto de "género" como el de "psicoterapia" se tratan de conceptos que varían a través de las diferentes culturas y por tanto, es un proceso basado en construcciones.

El discurso de género ha estado presente en todas las disciplinas. Muchos moralistas, filósofos o religiosos, consideraron a la mujer como un ser inferior, destinado a obedecer y servir al hombre. También en el ámbito de la salud, la concepción era sexista desde las diferencias psicológicas, fisiológicas y patológicas lo que reforzaba dicha diferencia. Es por ello que me parece interesante tener en cuenta qué implicaciones clínicas se pueden tener desde la práctica psicoterapéutica incluyendo el

tema que versa el trabajo como es el ámbito de las adicciones, un campo, como he dicho anteriormente, asociado fundamentalmente al rol masculino.

Para dar respuesta a dichas pretensiones he estructurado el tema en tres grandes bloques:

- En el primero, el objetivo es hacer un recorrido general sobre el papel que tiene el género en las adicciones, haciendo un repaso sobre conceptos como género, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, el abordaje diferencial de la drogodependencia, los factores de riesgo, las consecuencias e implicaciones del consumo en la mujer y los diferentes perfiles de mujer consumidora.
- En el segundo bloque se realiza un análisis de la terapia familiar en el tratamiento de las adicciones, haciendo un repaso bibliográfico de los distintos modelos de tratamiento familiar así como su implicación en el campo de las adicciones y, finalmente, se introduce una visión de intervención familiar desde una perspectiva de género.
- Finalmente, el tercer bloque se trata de un caso clínico, donde se hace un análisis de éste teniendo en cuenta los factores anteriormente explicados así como las estrategias de intervención tanto a nivel individual como familiar.

2. Fundamentación teórica

a. ¿Qué es el género?

El género agrupa todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y de la masculinidad, aquellos que en cada cultura le son asignados de manera diferencial a hombres y mujeres y que son interiorizados por cada persona. Unas características que trascienden las diferencias entre los sexos, centradas exclusivamente en aspectos biológicos. Por tanto, se utiliza la expresión género para describir las diferencias entre hombres y mujeres basadas en factores sociales o culturales y sexo para referirnos a las características que vienen determinadas biológicamente.

La identidad de género, lo que consideramos como propio o característico de lo femenino o lo masculino, es una construcción cultural que condiciona de manera importante los comportamientos de las personas y que establece diferencias en el poder y la autoridad de hombres y mujeres. Nacer hombre o mujer implica vivir con posiciones y recursos desiguales y con distintos valores, creencias y actitudes. 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 la mujer.

Ambos van recibiendo mensajes sobre expectativas y modelos diferenciales. Por ello, la percepción de las personas sobre la adecuación al modelo social relativo al género, está relacionada con la autoestima y autoconcepto. 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).

La división de género dominante en cada sociedad asigna a hombres y mujeres roles o papeles sociales diferentes y determina un conjunto de pautas de comportamiento obligadas, permitidas o prohibidas a las que deben ajustarse cada uno de estos grupos. 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.

Aunque la división de los roles femenino y masculino varía entre sociedades y en distintos momentos históricos, existe un modelo hegemónico (tradicional) que asigna a los hombres la responsabilidad del trabajo productivo (el propio del ámbito laboral y los negocios, exterior a la familia) y a las mujeres la crianza de los hijos y el cuidado del hogar (el ámbito privado).

Esta división tradicional de roles implica que los hombres disfrutaran de más poder y reconocimiento social, mientras que las mujeres quedan relegadas al ámbito de lo privado, a la invisibilidad y la falta de proyección social. Pero supone también la existencia de desigualdades en relación a la salud.

Sin embargo, este modelo tradicional de los roles femeninos y masculinos, claramente sexista, está siendo superado por una realidad en la cual las experiencias vitales de las mujeres han dejado de estar asociadas exclusivamente al ámbito de la familia y la maternidad, para incorporar una dimensión pública relacionada con el empleo retribuido y la participación, en situación de relativa igualdad con los hombres, en prácticamente todas las esferas de la vida social y económica.

Por ello la igualdad de género hace referencia a la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios.

La reflexión y discusión generada en torno a la necesidad de incorporar una nueva variable que pusiera de manifiesto el carácter cultura de las construcciones identitarias de las personas surge de la necesidad de romper con el determinismo biológico asociado al concepto de sexo, a partir del cual se han definido tradicionalmente las funciones y roles sociales de las mujeres y los hombres. A partir de este momento, se

pone de manifiesto que la desigualdad entre hombres y mujeres no es una cuestión inmutable y natural sino que se trata de una construcción social e histórica.

b. Género y salud

El género tiene una influencia directa en la salud de las personas. Es sabido que las mujeres viven más, pero su estado de salud es peor que el de los hombres.

Esta aparente contradicción tiene una explicación lógica desde la perspectiva de género:

- El peor estado de salud de las mujeres se relaciona en gran medida con su posición social más desfavorecida y sus peores condiciones de vida, que causan un mayor deterioro de su salud física y mental.
- La menor esperanza de vida de los hombres se asocia con hábitos más insanos y conductas de riesgo, que conducen a más muertes por accidentes y otras causas evitables en la edad media de la vida.

Diversos estudios confirman que las mujeres que trabajan fuera del hogar tienen un mejor estado de salud que aquellas que trabajan a tiempo completo como amas de casa. Esto es debido a los beneficios que proporciona el empleo fuera de casa, entre ellos la oportunidad para desarrollar la autoestima y la confianza personal, tener experiencias que aumentan la satisfacción personal o mantener contactos y recibir apoyo social para personas que de otra forma estarían aisladas. Además, el salario aporta a las mujeres independencia económica e incrementa su poder en la familia.

La progresiva superación del modelo tradicional de roles, que limitaba la presencia de la mujer al ámbito estrictamente familiar, tiene una influencia diversa en la salud, provocando tanto cambios negativos como positivos sobre ella:

- Por un lado, produce la modificación del comportamiento de muchas mujeres que, para procurar ajustarse a la moderna definición del rol femenino, asumen comportamientos que conllevan riesgos para la salud, como consumir tabaco, alcohol u otras drogas, que hasta no hace mucho eran conductas características del rol masculino.
- Por otro, facilita la aparición de cambios que favorecen la protección de la salud. En el caso de las mujeres consiguiendo autonomía, independencia, creando redes de apoyo social, participando en diferentes espacios de la vida pública, compartiendo con los hombres las tareas del hogar y no apoyando todo su proyecto vital en el cuidado/servicio a las demás.

c. Género y drogas

La visión de las drogas está en gran medida distorsionada por el modelo tradicional de los roles masculino y femenino, todavía vigente en nuestra sociedad, que percibe el consumo de drogas por parte de las mujeres como un comportamiento inapropiado. Consumir drogas se considera una conducta masculina, coherente con un estereotipo que durante años presentó el uso de drogas como “cosa de hombres”.

Un error muy habitual a la hora de hacer frente a los riesgos y problemas que suponen los consumos de drogas es el de considerar a la población como un conjunto homogéneo, en el que domina la perspectiva masculina, ofreciendo las mismas respuestas a hombres y mujeres. El resultado de todo ello es que la respuesta social al consumo de drogas por parte de las mujeres es totalmente inadecuada, debido a que:

- No se le presta la debida atención a los consumos femeninos, ignorando la evidencia de que tanto hombres como y mujeres consumen drogas.

- Somete a las mujeres con problemas con las drogas a un mayor nivel de rechazo o sanción social que a los hombres.

- No percibe que las consecuencias o problemas que se derivan de los consumos son diferentes en hombres y mujeres.

La Organización Mundial de la Salud señala que la forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones que afectan a la misma. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. Pero también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones como resultado de la interpretación social de su papel.

La aparición de un nuevo modelo de roles femenino y masculino, más igualitario, está teniendo un impacto directo en la salud y en los hábitos de consumo de drogas de hombres y mujeres que será descrito más adelante.

Por este motivo es importante al hablar de las drogas o la salud incorporar la perspectiva o el análisis de género que define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar.

Incorporar la perspectiva de género a la hora de hacer frente a los retos y problemas que plantean las drogas permite comprender las relaciones específicas que hombres y mujeres mantienen con las drogas, sus semejanzas y diferencias.

d. Abordaje de la drogodependencia desde la perspectiva de género

La inclusión de la perspectiva de género no implica única y exclusivamente el diseño de actuaciones o programas dirigidos a mujeres, sino la transversalidad, que nos permite que esta dimensión sea tenida en cuenta en el diseño, implementación y evaluación de todas las intervenciones. Bajo esta perspectiva, incorporar el enfoque de género supone un cambio profundo que afectará tanto a la manera en la que se concibe la drogodependencia, como a la práctica profesional diaria.

Abordar las drogas y las drogodependencias desde una perspectiva de género supone:

- Tener presentes las diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores de tipo físico, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso y los diferentes efectos y consecuencias.
- Eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora acceder a los servicios de prevención o asistencia a las adicciones.

Los distintos significados de consumir drogas para hombres y mujeres: Consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por los demás. Mientras que entre los hombres el consumo de drogas es percibido como una conducta natural, social y culturalmente aceptada (salvo en casos extremos donde la adicción a las drogas aparece asociada a conductas violentas o antisociales), entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por ello las mujeres con adicción a las drogas soportan un mayor grado de reproche social, que se traduce en un menor apoyo familiar o social.

Esta diferente respuesta del entorno social frente a los problemas de adicción a las drogas explica porqué muchas mujeres optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, temerosas de ser estigmatizadas como adictas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo.

Las mujeres con consumos problemáticos de drogas perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que les ha sido asignado (ser una buena madre o una buena ama de casa). Las consecuencias de esta vivencia

suelen ser la desvaloración personal, las tensiones y conflictos familiares, cuando no la violencia familiar.

La estigmatización de las mujeres con problemas de adicción a las drogas refuerza su aislamiento social, a la vez que favorece la ocultación del problema, la ausencia de petición de ayuda para superar el mismo o su demora hasta que las consecuencias sobre su salud física y mental o en su vida familiar, social o laboral resultan insostenibles.

Esta percepción, el significado de los consumos en clave de género, está muy condicionada por el factor generacional. Por ello, a diferencia de lo que ocurre con los adultos, los adolescentes y jóvenes, educados en valores que defienden la igualdad entre hombres y mujeres, ven con normalidad que hombres y mujeres compartan las mismas conductas y hábitos.

e. Impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres

Hombres y mujeres tienen diferentes características físicas (peso, altura, funcionamiento hormonal, tipo de respuesta biológica ante las drogas, etc.), psicológicas (autoestima, habilidades cognitivas, respuestas emocionales, etc.) y circunstancias sociales (reconocimiento, valoración y participación social) que justifican el distinto impacto de los consumos de drogas.

- El inicio al consumo de drogas es generalmente más tardío.
- Los trastornos adictivos progresan de forma más rápida (las adicciones aparecen después de un menor período de tiempo consumiendo).
- Consumen menos cantidades que los hombres, pero los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves: tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades asociadas al consumo.
- Sufren de manera singular el impacto de las drogas en la actividad reproductora.
- Mayor severidad de la adicción.
- Presentan en mayores porcentajes que los hombres otros trastornos psiquiátricos asociados a la dependencia a las drogas.
- Señalan con más frecuencia la presencia de trastornos psiquiátricos previos al consumo problemático de drogas.
- La reacción ante la depresión, la ansiedad y el estrés aparecen con frecuencia como desencadenantes del consumo de drogas.
- Mayor probabilidad de tener historia de abuso físico o sexual.
- Mayor probabilidad de tener intentos de suicidios.

- Una elevadísima probabilidad de sufrir malos tratos físicos o psicológicos por parte de su pareja.
- Tienen más problemas familiares, laborales y económicos que los hombres.
- Cuentan con un menor apoyo familiar y social para enfrentar los problemas.
- Disponen de menos recursos o de mayores dificultades para acceder a los mismos, en especial cuando tienen hijos menores.
- Existen múltiples factores que incrementan el riesgo o la probabilidad de que una persona se inicie al consumo de las diferentes drogas, de que reitere los mismos o de que acabe abusando o dependiendo de estas sustancias.

Muchos de estos factores son comunes a hombres y mujeres, pero otros inciden de forma particular sobre las mujeres:

- Factores individuales:

- Presencia de trastornos afectivos de tipo depresivo.
- Baja autoestima.
- Estrés y ansiedad.
- Tristeza, frustración o soledad.
- Necesidad de superar la timidez y de mejorar la sociabilidad.
- Abusos sexuales en la infancia o la adolescencia.
- Necesidad de conexión y miedo a la desconexión respecto a la pareja (cuando la misma es consumidora de drogas).
- Acompañamiento en el consumo a la pareja en busca de su aceptación.
- Presencia de trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- Insatisfacción con las relaciones afectivas y sexuales.
- Insatisfacción personal, imposibilidad de cubrir los ideales femeninos de género y las exigencias derivadas del mismo (belleza, maternidad, etc.).

- Factores familiares:

- Presencia de patologías mentales en la familia.
- Padre/madre consumidores de droga.
- Problemas de alcoholismo u otras drogodependencias en la familia.
- Pareja consumidora de drogas.
- Desintegración familiar y/o ruptura de lazos con la familia.
- Distanciamiento emocional de los padres.
- Pérdida traumática de familiares.
- Conflictos familiares y de pareja.
- Separaciones o divorcios.
- Relaciones sexuales insatisfactorias.

- Violencia familiar y/o de género.
- Débiles vínculos afectivos (con la pareja, padre madre o los hijos).
- Estilo educativo paterno/materno autoritarismo.

- Factores sociales

- Relación con personas consumidoras de drogas.
- Sensación de sobreexigencia o sobrecarga física y emocional derivada del trabajo dentro y fuera del hogar.
- Ausencia de espacios de realización personal y falta de oportunidades para el desarrollo personal.
- Aislamiento social.
- Ausencia de participación social.
- Imitación de conductas masculinas de consumo como forma de escenificación de la conquista del espacio público.
- Presión de la publicidad sobre las mujeres para imitar los hábitos de consumo masculinos.
- Temor al rechazo social si no participa de los consumos.
- Necesidad de emular conductas características de los varones para sentir que se adaptan al nuevo rol asignado a las mujeres.

f. Factores y consecuencias implicados en el consumo de drogas en la mujer.

- Área social.

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 hombre. (Inciardi et al 1993).

El consumo abusivo de sustancias no es un fenómeno homogéneo; los recursos y las capacidades personales, familiares y sociales mantienen una perspectiva individualizada de los problemas, tanto en varones como en mujeres. Las creencias sociales sobre los sexos y el proceso de socialización generan una presión social hacia la mujer significativamente homogénea, que se puede concretar en los siguientes aspectos:

- Mayor sentimiento de culpa, induciendo de forma significativo en su autoconcepto y autoestima.

- Baja valoración personal que incide directamente en la percepción de su imagen corporal. Bajo concepto de autoeficacia y una actitud pesimista de la posibilidad de cambio.
- El reconocimiento del consumo provoca un mayor coste social en comparación con el varón, poniendo en duda la competencia de su rol como mujer, madre o pareja.
- La valoración específicamente negativa de la conducta de consumo en la mujer, facilita el desarrollo de estereotipos (percepción social distorsionada en relación con la conducta sexual, conducta valorada como éticamente inaceptable, pérdida de valoración positiva y estima social inherente al cumplimiento de su rol como madre o pareja, etc.).

- Área de salud.

Recientes investigaciones revelan que existen diferencias orgánicas y de conducta en la respuesta de varones y mujeres respecto al consumo de drogas. El principal origen de ésta 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.

La investigación sugiere que existe una mayor vulnerabilidad femenina, aunque no se puede perder de vista que la alteración de la salud como efecto del abuso de sustancias, depende no sólo del efecto directo de la sustancia sino del estado previo del organismo sobre el que actúa en las tres dimensiones de la salud: biológica, psicológica y social. Además, la tendencia al policonsumo acumulará las repercusiones negativas sobre la salud.

- Área psicológica.

La mujer drogodependiente suele presentar una mayor tendencia a la depresión, baja autoestima, sentimientos de ineficacia, 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

Es el conjunto de percepciones, sentimientos, juicios y afectos sobre uno mismo. Es un sumatorio de la autoeficacia percibida en situaciones concretas. 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 las comparta.

A las mujeres adictas les cuesta valorarse porque han asumido una cultura que castiga más la transgresión que supone el consumo en la mujer. En su proceso de socialización se les dificulta 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.

Abusos sexuales

Orte. C, (2000) basándose en lo estudios de National Institute of Drug Abuse (NIDA) señala problemas relacionados con la sexualidad, una mayor tendencia a conductas de riesgo, autodestructivas y de problemas psicológicos. La drogodependencia podría ejercer de antecedente o consecuente de la historia de abuso o violencia sexual. Como antecedente estaría relacionado con la implicación del adolescente en conductas de alto riesgo, mayor vulnerabilidad por falta de apoyo, menor capacitación para discriminar situaciones de riesgo y mayores dificultades para afrontar con éxito otro 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 de relacionarse con grupos marginales desde el estigma que llevara la víctima de abusos.

Winfield, señala que el abuso sexual durante la infancia es un factor de riesgo de conductas autodestructivas entre las mujeres.

Copeland (1992) relaciona la existencia de abusos sexuales con la vinculación al proceso terapéutico, en el caso de centros de tratamiento especializados para mujeres.

Maltrato

Diversas investigaciones señalan que el maltrato afecta a la autoestima y crea dependencia emocional, y por tanto, inseguridad para tomar decisiones, sentimientos de indefensión, incapacidad e impotencia para salir de la situación.

Groenveld y Shain (1998) encontraron que un 74 % de las mujeres maltratadas tomaban tranquilizantes y que un 40% tomaba somníferos, otras mujeres consumían alcohol y otras sustancias adictivas.

Por 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.

Mayor prevalencia de trastornos mentales

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.

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 concluyó que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo eran los más frecuentes en las mujeres.

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

- Área familiar

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

En el Estudio de Eldred y Washington, referido en el libro de Stanton y Todd, *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, señala que el 73% de los varones viven con los padres frente a un 42% de las mujeres al inicio del consumo. El 57% de los varones viven con los padres y el 33% de las mujeres al iniciar el tratamiento.

Según Rodríguez, M (2001), las mujeres drogodependientes salen de su casa a una edad más temprana y aún viviendo en casa manifiestan un mayor nivel de autonomía. La familia no suele enterarse por la hija del consumo, sino a través de situaciones límite o hechos fortuitos. En algunas ocasiones, aún mostrando síntomas claros de deterioro (pérdida de peso, de hábitos de higiene y alimentación) no se producía la petición de ayuda ni la detección por parte de los padres del problema.

Frecuentemente, 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. El consumo de drogas es vivido por la madre, como un fracaso en la crianza y educación de su hija. 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. La relación con el padre suele estar marcada por la ambivalencia. Presentándose, en ocasiones, una relación de coalición frente a la madre. El rol asignado al padre dificulta su

participación en el tratamiento. La definición de “padre periférico” ha sido utilizada con mucha frecuencia como si se tratara de una decisión individual o un desajuste personal, cuando podría entenderse como consecuencia de su rol. Del mismo modo que a la madre se le 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 desconocimiento del problema que se presentan con frecuencia, podrían tener que ver con una necesidad de evitar ese reproche proveniente desde el ámbito social. Con relación al padre, se mantienen diferencias significativas: los varones drogodependientes habitualmente manifiestan poca o nula relación con el padre, actuando la madre como mediadora. En el caso de las mujeres, existe una mejor relación con el padre, pero no facilite que en el caso, desarrolle una relación de ayuda. Si se comparan las familias de varones y mujeres drogodependientes, nos encontramos con 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 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 o que ésta se autoexcluya. La tendencia es centrífuga, de salida de la mujer consumidora de la familia de origen.

Puede valorarse que, sin tener en cuenta la dinámica concreta de cada familia, existen menos recursos para ayudar a una mujer con problemas que a un varón. Si además el problema es una drogodependencia, se genera un sentimiento mayor de 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 comprensión del problema. 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.

Características y dinámica de la relación de pareja.

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. Una explicación plausible, además de las expuestas anteriormente relacionadas con las diferencias de educación y transmisión de valores, sería que teniendo en cuenta el eje de individuación-pertenencia (Bowen, M. 1991), en las mujeres las necesidades de pertenencia son mayores que las necesidades de individuación, con lo cual, tiende con más probabilidad que los hombres a mantener relaciones de pareja incluso poco gratificantes. Estas necesidades están relacionadas con las vivencias experimentadas y los valores transmitidos en la familia de origen de la mujer drogodependiente. Autores como Stanton, M.D. y Todd, T.C (1985) han afirmado que la drogodependencia sería una pseudoindividuación de la familia de origen y el establecimiento de la relación de pareja sería un intento "fallido" de separación de su familia.

Igualmente, la mujer tiende con más frecuencia a sacrificar aspectos personales de su propia vida relacionados con sus posibilidades de autonomía y de individuación, para mantener la relación de pareja. Tiende a atribuir las dificultades de la relación a factores internos por lo que aumenta el sentimiento de culpa y la dependencia a la relación. Se unen por tanto, dos dependencias, la emocional y la de la sustancia. Cuando en la relación hay una crisis o una amenaza de ruptura, se aumenta en consumo como una forma de anesthesiarse del sufrimiento, creándose de éste 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.

La dependencia a la sustancia y la dependencia a la relación ayudan a no afrontar los sentimientos de insatisfacción personal, de baja autoestima, de situaciones del pasado relacionadas con las experiencias vividas por la mujer en la familia de origen. De tal modo que el pasado es fruto de una historia que debe comprenderse en el momento actual así como los significados que se atribuyen a los comportamientos tanto individuales como relacionales.

Existen ciertas características específicas de la familia de la mujer drogodependiente que se convierten en factores que puedan influir a la hora de elegir pareja como puede ser patrones relacionales aprendidos, necesidades no cubiertas, abandono físico y emocional, sobreimplicación de la madre, educación diferenciada entre hijos e hijas con expectativas y mandatos diferentes, maltrato físico y/o psicológico, abuso sexual, etc.

Se pueden diferenciar las relaciones en función de si están basados en la diferencia (complementariedad) o en la igualdad (simetría). La mujer drogodependiente tiende a mantener relaciones basadas en la complementariedad. En cambio, en los conflictos tienden a mantener relaciones simétricas, convirtiéndose en escaladas que tienen como resultado enfrentamientos y conflictos que pueden llegar incluso a la violencia física.

Si es cierto, que se puede realizar una descripción de los perfiles de conducta que se encuentran en las parejas que la mujer establece, en función de si la pareja elegida presenta o no un problema de drogodependencia. El perfil de conducta se refiere a los factores que determinan las interacciones en la pareja. En la relación de pareja cada integrante adopta una manera característica de relacionarse con el otro.

Toda pareja constituye un sistema único con sus propias creencias, valores, mitos que son la combinación de las creencias y valores individuales que cada cónyuge ha aprendido en su familia de origen. Dichos perfiles de conducta son dinámicos y por tanto se pueden modificar en base a factores externos o internos, desde la tendencia del ser humano al cambio.

Los perfiles de conducta que se pueden observar en parejas 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 la necesidad de salvarla, así como ella tiene la 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 nos podemos encontrar, aunque no exclusivamente, parejas con una mujer consumidora que ha ejercido la prostitución y ha conocido un compañero no consumidor cuando se prostituía. De esta forma se desarrolla un vínculo en que él intenta ayudarla y darle la posibilidad de tener otra vida y ella ve en él la posibilidad de cambiar de estilo de vida. Se establece un contrato implícito en la pareja, de deudas y 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.

- Cuidador-cuidado: si ambos miembros de la pareja son drogodependientes. Se trata de una situación basada en la diferencia, la mujer ejerce el papel de cuidar al hombre y éste de ser cuidado por ella, tanto en el proveer la sustancia como en los cuidados más afectivos y domésticos. El poder es ejercido por el hombre y la mujer lo permite.

En ambas situaciones, el equilibrio emotivo de la pareja oscila entre el polo de la fusión y la diferenciación. Cuando la cercanía afectiva es percibida como excesiva o

amenazadora el consumo actúa como regulador, distanciando a la pareja hasta de nuevo hay un acercamiento. Independientemente del rol que se desempeñe, la sustancia cumple la función de ser el regulador de la cercanía-lejanía afectiva de la pareja.

Características y dinámica en relación a la crianza de los hijos

Los hijos de personas drogodependientes son considerados como un grupo de riesgo. Estudios demuestran que el deseo de maternidad se relaciona con la disminución del consumo de drogas en la mujer y/o el inicio de tratamiento. En muchas ocasiones, deben afrontar la crianza de los hijos ellas solas, con dificultades y en situaciones precarias. Pueden producirse periodos de abandono en función de si se encuentran en periodos de abstinencia o consumo activo y delegan con frecuencia el cuidado, en sus familias de origen. Es importante apoyar el establecimiento del vínculo entre el hijo y la madre drogodependiente, dado que es favorable para ambos.

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 el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la madre.
- 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 de los hijos.
- Sentimiento de vergüenza frente al entorno social.
- Posible desprotección de los menores en algunos casos.
- Apoyo o asunción total del rol de padres por parte de los abuelos.

g. Perfiles de mujeres en relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

La mujer consumidora no presenta un perfil único, la intensidad y número de diferentes variables de orden orgánico, psicológico y social evidencia situaciones diferentes, como son:

- El grado de abuso o dependencia, el grado de conciencia de problema y la motivación para modificar la conducta.
- Sus características personales, sociales y familiares.

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

Mujeres jóvenes experimentadores o con abuso de sustancias psicoactivas.

Si integran en éste grupo las mujeres jóvenes de 16 a 25 años cuyas pautas de consumo se aproximan cada vez más a las de los varones, no percibiendo diferencias por razón de género. Consumen para divertirse en los tiempos de ocio. No tienen

conciencia de 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 implica el consumo en las mujeres. 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 familiares quienes lleguen a los centros para solicitar información.

Mujeres con abuso o adicción invisibilizados a sustancias psicoactivas.

Mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 60 con consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas a las que pueden ir asociadas conductas adictivas como el juego patológico. En éste perfil, se podrían incluir también 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 o mujeres que experimentaron o abusaron de sustancias solas o en pareja y que actualmente, al pasar a asumir un rol de adultas provoca el paso del uso de sustancias al abuso o adicción).

Se trataría, tal como Bogani lo denomina, consumidoras “clandestinas”, pueden ser amas de casa, madres de familia o mujeres con autonomía profesional. El conflicto se encuentra en la petición de ayuda profesional, raramente se habla del consumo con personas cercanas salvo en situaciones extremas, ya que significa perder status social e identidad en su rol.

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 casa y/o trabajo y así favorecer el silenciamiento.

Raramente llegan a los centros de atención, salvo que exista una situación crítica como puede ser el desatender a los hijos, problemas económicos serios, deterioro físico o psicológico o bajo rendimiento laboral. Es más factible que quién acuda a los centros de atención sea un familiar.

Mujeres con signos manifiestos de adicción.

Se trata de mujeres 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 suelen pensar que son capaces de resolver el problema solas, sin necesidad de ayuda familiar o profesional. 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, bloqueando por tanto, la posibilidad hacia el cambio.

Acuden de forma mayoritaria solas al tratamiento, indicando que no quieren que la familia sea conocedora del problema o con bajo apoyo familiar.

3. Terapia familiar en el tratamiento de las adicciones y género

a. Las intervenciones familiares y su implicación en el tratamiento de las adicciones.

En los años 50 del siglo XX, el psicoanálisis había logrado ganar la batalla del trabajo individual sobre el trabajo de contexto, considerándose incluso como elemento distorsionador de la terapia. A pesar de la importancia que el psicoanálisis daba a la familia en el desarrollo de la personalidad de las personas, durante años, los terapeutas se opusieron a trabajar con los familiares de sus pacientes. Los profesionales de la salud de aquella época, apuntaban a que todos los problemas de comportamiento eran manifestaciones de trastornos individuales y como tales, requerían terapia individual. En esa época, las toxicomanías era un problema recudido que afectaba a personal del ámbito sanitario, con un acceso fácil a la morfina y la heroína o a personas que heridas o enfermedades graves. Por tanto, las adicciones era abordadas como aspectos intrínsecos al sujeto y por tanto requerían una terapia individual.

El movimiento de la terapia familiar, surge como respuesta a las limitaciones propias del tratamiento individual: fracaso de las terapias individuales en el tratamiento de la terapia de pareja o problemas de padres e hijos; observación de recaídas cuando los pacientes regresaban al contacto con sus familias, el entorno problemático de gran parte de los pacientes y la observación de que dicho entorno se relacionaba con la evolución del paciente. Cuando las familias estaban pasando por una situación de crisis, sucedía que la mejora del paciente se solapaba con el empeoramiento de la familia y viceversa.

El giro teórico en el ámbito de la terapia se observa con el desarrollo de la Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jakson, 1967), la Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954) y conceptos Cibernéticos (Wiener, 1948).

Todas las investigaciones realizadas apoyaban la existencia de unos patrones transaccionales, continuos y repetidos. Se observó que las interacciones reales ocurrían en forma de ciclos que mantenían o reforzaban la conducta sintomática del paciente que conectaba las acciones con las reacciones de los miembros del sistema.

En los años 60, aparecen gran número de modelos de terapia familiar como reflejo de distintas formas de ver el problema y el proceso de cambio.

En la década de los 70 y 80 aparecen los primeros trabajos de investigación relacionado con las adicciones. El principio básico de estos modelos, se basaba en que el abuso de drogas era el eje central alrededor del cual se organizaba la familia y por tanto, cualquier solución requería que la familia se adhiera al tratamiento. Cancrini (1982) habla de la influencia de los factores familiares en las toxicomanías. Se centra en aspectos individuales, familiares y relacionales haciendo hincapié en los modelos de organización y comunicación familiar. En ese mismo año, Stanton y Tood, describieron la organización y el funcionamiento de la familia típica del toxicómano y desarrollaron estrategias de tratamiento.

Actualmente, se puede decir que la inclusión de las familias en el proceso terapéutico ha supuesto un éxito ya que se han reducido las tasas de abandono del tratamiento, se ha aumentado el compromiso de los pacientes, ha mejorado el funcionamiento familiar y se ha favorecido la reinserción social. La tendencia actual del tratamiento de adicciones mediante programas de tipo ambulatorio refuerza la importancia de las intervenciones basadas en la familia.

b. Modelos de tratamiento familiar y sus implicaciones en el tratamiento las adicciones.

Son numerosos los distintos modelos de tratamiento y analizar su implicación en el campo de las adicciones, por lo que es necesario utilizar la clasificación establecida por Rollan y Walsh (1996) que distingue:

- Modelos orientados a la resolución de problemas.
- Modelos intergeneracionales.

I. Modelos orientados a la resolución de problemas.

Estos modelos se basan en intervenciones breves y focalizadas que se han ido desarrollando en las últimas cuatro décadas.

- Modelo estructural

Minuchin y sus colaboradores (1974) desarrollaron un modelo basado en la organización familiar para su adecuado funcionamiento y bienestar de todos sus componentes. Los síntomas, se tratan de reacciones desadaptativas a los cambios ambientales o evolutivos, como pueden ser las transacciones de los ciclos vitales. La atención se centra en el equilibrio de la organización familiar, haciendo énfasis en las dificultades de la jerarquía familiar y los problemas de las fronteras entre subsistemas.

Los problemas de adicción son vistos como síntomas de problemas en el sistema familiar ayudando así a desviar la atención en los conflictos familiares.

Minuchin basa su modelo en tres conceptos: la estructura familiar es un sistema sociocultural abierto en transformación, es imprescindible la reorganización para que la familia se desarrolle y la familia se adapta a los cambios circunstanciales con el objeto de mantener su continuidad y el posterior desarrollo de sus miembros.

Desde éste modelo, la intervención terapéutica se basa en fortalecer la estructura que permite el funcionamiento familiar, favorecer una jerarquía generacional clara y el establecimiento de unas fronteras claras, ni difusas ni rígidas.

Este tratamiento, en el campo de la adicciones resulta útil, ya que se suele observar un funcionamiento familiar caracterizado por la sobre implicación de uno de los progenitores del adicto y el papel periférico del otro miembro. El terapeuta trabaja en la modificación de los patrones disfuncionales, de tal modo que permita a la familia a desarrollarse de forma eficaz, presuponiendo que con ésta reorganización, el problema desaparezca.

- Modelos estratégicos

En las fases iniciales de desarrollo de terapia familiar, el modelo del Mental Research Institut Group de Palo Alto, el modelo de resolución de problemas de Haley y Madanes y las aportaciones del grupo Milán fueron las más innovadoras.

Los modelos estratégicos tienen en común que prestan atención a la situación social inmediata del paciente. Los problemas pueden ser vistos como un síntoma y una respuesta a una interacción familiar disfuncional. Tienen especial interés en conocer y comprender cómo la familia intenta resolver sus problemas, puesto que consideran que las soluciones intentadas ineficaces pueden incrementar el problema o convertirse en sí mismo en un problema más grave. Por tanto, la intervención del terapeuta va dirigida a interrumpir esas soluciones ineficaces y proponer un giro de 180°. Desde éste modelo, se percibe a las familias disfuncionales como rígidas y pobres en alternativas. La propia familia junto con el terapeuta señala el objetivo de la terapia y la función del terapeuta consiste en definir en términos comportamentales el problema e iniciar el plan de intervención para cambiar los patrones familiares disfuncionales.

Terapia Familiar Breve Estratégica

Es una intervención breve que se utiliza con adolescentes que consumen drogas y presentan otros problemas de conducta. Consiste en una terapia sistémica breve (entre 8 y 24 sesiones) y estratégica, es decir, planificada, focalizada en el problema y pragmática. Desde éste modelo, el uso de drogas es concebido como una señal de malestar del funcionamiento familiar y la intervención se centra en la función que

cumple el síntoma en el sistema familiar. Este modelo se basa en dos principios generales:

- La familia es un sistema y por tanto, lo que afecta a un miembro de la familia afecta a todos los miembros del sistema familiar. Por tanto, según éste enfoque, el consumo de drogas nos señala que el sistema familiar está funcionando inadecuadamente.
- Los patrones de interacción familiar influyen en el comportamiento de cada miembro de la familia.

La intervención del terapeuta está orientada a eliminar los patrones interactivos que están directamente relacionados con la conducta problemática.

Según éste enfoque, los cambios en las familias están relacionados de forma directa con la calidad de la relación terapéutica y con el uso de la reestructuración para el cambio en los patrones de interacción disfuncionales.

Terapia centrada en soluciones

Este modelo integra aportaciones de Milton Erickson y de las escuelas de terapia breve y narrativa.

Una de las ideas centrales de éste modelo es que ningún problema sucede todo el tiempo, siempre hay “excepciones a la regla”. Este modelo, se basa en una serie de supuestos básicos:

- *El cambio es inevitable.* La estrategia para favorecer el cambio es fomentar conversaciones que traten de soluciones y no de problemas. Las preguntas sobre logros aislados incitan a los miembros de la familia a discernir acciones que contradicen la descripción de problemas de la vida de la familia.
- *Sólo se necesita un pequeño cambio.* Cualquier cambio en una parte del sistema repercute y produce modificaciones en el resto de componentes. Por tanto, es posible cambiar el sistema familiar entero a través del cambio de uno de sus miembros así como no es necesario incorporar a todos los miembros del sistema para producirse el cambio.
- *Los pacientes cuentan con la fuerza y los recursos necesarios para cambiar.* Cualquier logro que haya tenido el paciente en el pasado servirá de modelo para el presente y el futuro.
- *Los problemas son intentos fallidos de resolver conflictos.* La solución intentada por el paciente constituye el problema. Los

miembros del sistema se estancan en una determinada visión del conflicto y se enganchan en pautas repetitivas de interacción, moviéndose en circuitos sin salida.

- *No es necesario saber mucho sobre el problema para resolverlo.* Los terapeutas centrados en soluciones no requieren mucha información sobre la historia personal del paciente; a veces sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja.
- *Existen muchas maneras de enfocar una situación, ninguna es más correcta que la otra.* Se basan en que la percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida de una situación.
- *Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.* Los terapeutas están orientados al cambio y centran su atención a los aspectos cambiantes y cambiables de las experiencias.

- Modelo estructural-estratégico

Stanton y Todd (1982) definen su modelo como estructural-estratégico porque aunque introducen aspectos característicos propios, parten de los principios básicos de éstos dos modelos de terapia familiar. Este modelo aplica la teoría estructural como paradigma orientador, utilizando sus técnicas y al mismo tiempo aplica el modelo estratégico en cuanto a la importancia de un plan específico, los acontecimientos fuera de sesión, el cambio en el síntoma y la colaboración entre sistemas que intervienen en el tratamiento.

En adicciones, según este modelo lo primero que debe encararse es la triada compuesta por el adicto y ambos progenitores con el propósito de trabajar la individuación del adicto. Se establecen tres metas en el tratamiento: el abandono del uso de drogas, el uso productivo del tiempo y que el adicto consiga una situación estable y autónoma.

El terapeuta debe ayudar a los padres y resto de familia a centrarse en metas positivas y alcanzables. Por ello, se deben centrar en “reglas domésticas”, que deben ser negociadas durante la sesión, con el objetivo de analizar las interacciones familiares.

- Modelo sistémico-constructivista

En la década de los 80 distintos terapeutas sistémicos han ido progresivamente adoptando una perspectiva constructivista orientada a la co-creación del significado. Se basa en poner énfasis sobre los significados de la familia en vez de en las secuencias de las conductas. Los problemas son explicados como mitos familiares, premisas o sistemas de creencias familiares que son coherentes con las conductas sintomáticas.

Hoffman (1996) destaca las siguientes características de éste enfoque:

- No hay una creencia en la realidad objetiva. Los problemas existen en el reino de los significados.
- Cambio del foco de conductas a ideas.
- El problema crea el “sistema”, se debe tener en cuenta al grupo de personas que conversan acerca del problema.
- El terapeuta está por todos y para todos.
- Relativa ausencia de jerarquía.
- Menor énfasis sobre aspectos del poder y del control. Se opta por posturas terapéuticas que propician un reparto equitativo del control y del poder.
- Tendencia a inhibir la intencionalidad. La tarea del terapeuta es la de crear un contexto comunicacional donde se pueden producir sistemas conversacionales menos patologizantes más que aplicar determinadas técnicas que propician el cambio.

Estas contribuciones teóricas favorecieron el clima de renovación que pretendía ofrecer la técnica del Equipo Reflexivo. Consiste un sistema de entrevista en el que un grupo de terapeutas observa la sesión que otro u otros terapeutas mantiene con los paciente en otra sala. En un momento dado de la entrevista, el equipo que observa pasa a dialogar ante los pacientes acerca de lo acontecido durante la sesión.

- Modelos conductuales

La base teórico de los modelos conductuales de terapia familiar son los principios de la modificación de conducta y el aprendizaje social. Estos modelos enfatizan la importancia de las normas familiares y de los procesos de comunicación familiar además de considerar a las familias como contextos de aprendizaje crítico, creados y simultáneamente contestados por sus miembros. Desde este modelo, se especifican los objetivos en términos de conductas observables y concretas. El trabajo terapéutico se basa en guiar a los miembros de la familia a aprender modos más efectivos de

relacionarse, utilizando el cambio de las consecuencias de su conducta interpersonal o las contingencias de reforzamiento.

Terapia conductual familiar y de pareja.

Incluye técnicas como el análisis funcional, la identificación de relaciones conflictivas que provocan el consumo de drogas, el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias y el entrenamiento en habilidades de comunicación y solución de problemas.

Terapia Familiar Multidimensional.

Es un tratamiento para el abuso de drogas ambulatoria centrado en la familia. La idea central de este enfoque consiste en examinar cómo se produce el uso de drogas y el trabajo terapéutico, se basa, por tanto en reducir el comportamiento no deseado y aumentar los comportamientos deseados así como generalizarlo en otros contextos y situaciones. En la sesiones se trabajan tareas de aprendizaje de toma de decisiones, de negociación, de habilidades sociales y resolución de problemas.

Terapia Familiar Multisistémica.

El modelo se basa en un enfoque social y ecológico de la mente humana. Se utilizan estrategias orientadas hacia la acción, incluyendo técnicas de terapia de conducta y terapia cognitivo-conductual, dentro de un enfoque integrador.

- Modelos psicoeducativos

Los modelos psicoeducativos contienen elementos de los modelos familiares estructurales y conductuales. Se basan en que la familia es un instrumento valioso y esencial en el proceso terapéutico. La intervención familiar se orienta en el sentido de apoyar y educar a la familia, de darle información práctica, de ofrecer guías de actuación concreta en determinados problemas y de apoyar el manejo de crisis ocurridas relacionadas con el problema.

Los programas de intervención suelen ser muy estructurados y dirigidos a la familia intentando evitar los abandonos de tratamiento, disminuir la tasa de recaídas, devolver al paciente un funcionamiento efectivo y reducir el estrés familiar. El objetivo es doble: disminuir la vulnerabilidad del paciente mediante el mantenimiento farmacológico e incrementar la estabilidad familiar mediante el descenso de su ansiedad y preocupación por el paciente.

II. Modelos intergeneracionales orientados hacia el desarrollo.

Estos modelos tienen un carácter más explorador, menos focalizados hacia la resolución del problema que los modelos anteriores y más orientados hacia el desarrollo.

- Modelos de orientación psicodinámica.

En los modelos psicodinámicos en terapia familiar la interacción se conceptualiza en términos de relación entre objetos, internalizaciones relacionadas y procesos de introyección y proyección. Los padres son contemplados, tanto de forma individual, como por las relaciones maritales y paternas que crean, como piezas fundamentales del funcionamiento familiar “saludable” o “patológico”, y del necesario proceso de individualización de los hijos.

Para estos modelos las toxicomanías se deben a procesos proyectivos familiares compartidos que provienen de conflictos pasados no resueltos o de pérdidas en la familia de origen. El miembro sintomático puede ser utilizado como víctima expiatoria de los conflictos familiares no resueltos. La intervención tiene como objetivo la resolución de los conflictos y pérdidas de la familia de origen, la disminución de procesos de proyección familiares, la reunión y reconstrucción de las relaciones y el pleno desarrollo personal y familiar.

El Modelo de Tipología familiar de Cancrini.

Este modelo desarrolla los aspectos psicodinámicos de las adicciones y otras aportaciones de la teoría relacional-sistémica de las familias de los adictos: la organización familiar y los modelos de comunicación; la personalidad y las características de los comportamientos de los adictos; los modos en que las familias se relacionan con los servicios asistenciales; el análisis de la utilidad de los distintos modelos terapéuticos.

Cancrini parte de la idea de que no es la droga la que produce el sufrimiento, si no que éste ya existía previamente. El uso de drogas, desde el plano motivacional, es un intento evasivo y equivocado de “autoterapia”.

Basándose en estas premisas, propone una tipología en la que combina lo individual y lo sistémico. Aplica una clasificación basada en la existencia de cuatro tipos diferentes de toxicomanía con un importante componente psicopatológico en su génesis.

● Toxicomanías traumáticas.

Lo que describe este tipo de adicción es un acontecimiento traumático que desmorona el equilibrio psíquico de la persona. Ante la imposibilidad de expresar el duelo, se produce una evolución patológica. La toxicomanía se manifiesta con una aparición rápida del consumo y una ruptura brusca con el anterior estilo de vida, así como de una conducta autodestructiva y teatral.

- Toxicomanías a partir de neurosis actual.

El comportamiento del toxicómano se da en un escenario de crisis parental, atrayendo la tensión familiar y distraendo la de sus padres, cumpliendo una función homeostática. El comportamiento es más bien controlado y de tendencia no muy grave, connotación depresiva del estado de ánimo y actitud de exhibicionismo.

- Toxicomanías sociopáticas.

Engloban comportamientos antisociales y familias deterioradas en alto grado. El conflicto psíquico se expresa a través del actig-out: actitud desafiante, frialdad en un ambiente hostil, de marginación, conductas antisociales previas al consumo, descuido hacia sí mismo, uso no selectivo de fármacos y débil capacidad para sentir emociones.

- Toxicomanías de transición.

La adicción compensa o cubre rasgos de personalidad inmadura (estructura borderline o alternancia de fases maníaco-depresivas). Se da un comportamiento ritualista, compulsivo y destructivo y frecuentemente se da politoxicomanía.

En relación a los tratamientos más idóneos, Cancrini apunta que en las toxicomanías traumáticas lo ideal sería la psicoterapia individual; en las toxicomanías a partir de neurosis actual y de transición, la terapia familiar; en las sociopáticas, la terapia familiar y comunidad terapéutica.

El Modelo etiopatogénico relacional de la adicción a la heroína

Cirillo ha conseguido representar las características de la familia del toxicodependiente, tanto en sus aspectos disfuncionales relativos a tareas de crianza y emancipación de los hijos, como en las vicisitudes relacionales, cargadas de sufrimiento, que implican a distintos miembros de la familia nuclear en referencia a las familias extensas.

Este modelo tiene un alcance trigeracional, donde la transmisión intergeneracional del trauma resulta el factor etiopatogénico de mayor relieve. Plantea que los padres del toxicodependiente transmiten intergeneracionalmente una cultura afectiva y relacional adquirida en relación con los respectivos padres cargados de vicisitudes carenciales y traumáticas, pero impensables como tales, no elaborados e inexpressadas, que es un grave obstáculo para una adecuada asunción del rol parental. Propone tres recorridos distintos en el desarrollo del proceso patológico de las dependencias: el abandono disimulado, el abandono desconocido y el abandono activo. Estos recorridos representan otras tantas modalidades según las cuales, de una generación a otra, se transmiten traumas y carencias escasamente reconocidas y elaboradas.

Propone la utilización de la reconstrucción histórica de las fases evolutivas del ciclo vital familiar. Consiste en reconstruir durante las sesiones pasajes significativos de los

acontecimientos con valor privativo, luctuoso o traumático y las relativas vivencias de los distintos miembros de la familia. Esta reconstrucción permite explorar el síntoma desde una óptica no culpabilizadora, ofrece a cada miembro de la familia la posibilidad de considerarse parte de un sistema sufriente, alivia el peso de las responsabilidades individuales y quita la etiqueta de la drogodependencia como “enfermedad de la voluntad”.

- Modelo de Bowen

Bowen (1978) desarrolló su teoría sobre el sistema emocional familiar y su método de terapia basado en el supuesto de que el funcionamiento familiar altera los patrones relacionales pobremente diferenciados que con frecuencia generan triangulaciones o bloqueos de relaciones altamente cargadas. Las presiones sobre el sistema familiar pueden disminuir la diferenciación y aumentar la reactividad. Las deficiencias en el funcionamiento o los síntomas, pueden estar vinculados y reforzados por el hiperfuncionamiento de otras partes del sistema en el seno de un ciclo compensatorio. La mejora depende de que la reactividad emocional deje de bloquear el proceso intelectual. Los problemas se resolverán a medida que los padres/esposos se vayan diferenciando de su familia global.

El objetivo de tratamiento es ayudar a los individuos adultos a modificar sus relaciones sus familias de origen, consiguiendo un mayor nivel de diferenciación y reduciendo la ansiedad del contacto directo.

- Modelos vivenciales

El modelo vivencial sostiene que los sentimientos y conductas de una persona son una consecuencia natural de sus propias experiencias vitales, y que las aflicciones antiguas se propagan y fortalecen por las interacciones que se producen a su alrededor en el presente. Para explicar y cambiar las conductas toma en consideración varios aspectos del proceso familiar así como las influencias mutuas entre éstos.

La meta de los modelos vivenciales es ampliar el autoconocimiento y la autoapreciación en relación con los demás mediante la provisión de una intensa experiencia afectiva en la comunicación abierta de sentimientos y diferencias. Este abordaje se caracteriza por la exploración y experimentación utilizando ejercicios prácticos como la representación de papeles o la escultura familiar.

c. La intervención familiar desde una perspectiva de género

La intervención familiar resulta una pieza clave en el abordaje y evolución en el proceso de tratamiento de adicciones. La participación de la familia en el tratamiento es un indicador de evolución más favorable frente a la intervención sin apoyo familiar (Coleman, 1990).

La condición de género tiene que ver mucho con el autoconcepto de eficacia y capacitación en el afrontamiento de determinadas conductas, concretamente en relación a los cuidados y las percepciones de riesgo. En la condición de género, subyacen estereotipos acerca de la capacidad y expectativa que se le atribuye a la mujer adicta respecto a tomar decisiones autónomas y cuidados de salud.

Son diversos los aspectos psico-sociales del desarrollo de la toxicodependencia femenina. El primer consumo de drogas ilegales entre las mujeres suele tener lugar prevalentemente con un compañero que ya hace uso de sustancias. Las mujeres que desarrollan una dependencia a sustancias, tienden además a establecer relaciones simbióticas con su pareja (co-dependencia).

Por tanto, las mujeres drogodependiente viven en complejas situaciones de malestar psicológico y físico debido a una multiplicidad de factores entre los que destacan el abuso sexual, la violencia, los conflictos con la familia de origen, la falta de una condición laboral estable, dependencia económica, dificultades para la crianza de los hijos y la dependencia emocional.

Es por tanto importante, de cara a la intervención tener en cuenta estos aspectos y orientar la intervención en: el abordaje de la relación disfuncional con la pareja y familia, dependencia relacional e incapacidad para la toma de decisiones autónomas, intervención psicoterapéutica en otras psicopatologías (trastornos de alimentación, trastornos de estrés postraumático y otros psicopatologías relacionadas con la adicción) así como apoyo y consolidación de la relación parental y la relación madre-hijo en caso de embarazo y maternidad.

Familia de origen

Como fase previa a la intervención debe realizarse la valoración familiar desde la perspectiva de género. Recabar información acerca de las percepciones, sentimientos y conductas familiares en función del género va a favorecer para que se verbalicen sentimientos y conductas silenciados, para que la propia mujer reflexiones sobre cómo afecta el género a la dinámica de consumo y para que la familia escuche y reflexione sobre esta cuestión.

A continuación, se presenta una aproximación a los elementos que debería recoger una entrevista familiar integrando diferencias según el género.

- Demanda y situación actual.

- Análisis de la demanda; valoración de los estereotipos que presente en relación a ser mujer. Razones que le lleven a solicitar tratamiento.

- Percepción de consumo e incidencia.

- Identificación de carencias y apoyos.

- Datos sobre la historia.

Con los padres se puede realizar una descripción de la forma en que se vivió las adolescencia, emparejamiento, etc.

Con la mujer adicta se puede hacer consciente el distinto rol entre las expectativas familiares y la realidad de la paciente.

- Contenidos relevantes de la valoración.

- Relación con la madre: nivel de confianza, apoyo recibido, etc.

- Percepción de la madre con relación al crecimiento de la hija y su relación con el rol de género.

- Canales de comunicación familiar y de interacción.

- Cómo es el modelo femenino en la familia.

- Cuáles son las normas diferenciales que ha adoptado la familia con relación al género.

- Distribución de las colaboraciones en las tareas domésticas entre los hermanos.

- Relación padre-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.

- identificación de pautas de interacción que provocan la salida o expulsión de la mujer de la casa y le llevan a la exclusión, alineamiento 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.

- Existencia de maltrato físico, psicológico o abusos sexuales entre los miembros de la familia durante el proceso de crecimiento.

- Aparición durante la adolescencia de trastornos de alimentación.

- Aspecto físico o imagen percibida de 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 y si fue igual que en los hermanos varones.

- Cuando conocieron sus padres el consumo qué actitudes y medidas adoptaron.

- o 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.

De cara a la intervención es necesario focalizar en la búsqueda de apoyos en el entorno familiar y social de la mujer. Favorecer que la mujer permita la implicación de su familia en el tratamiento mejora la evolución del proceso. Por ello, es necesario vincular y consolidar el apoyo de la familia de origen. Es necesario facilitar una comunicación comprensiva que permita entender la percepción y vivencia del otro así como que la familia hable abiertamente de los miedos en torno a la recaída, favoreciendo la comprensión y la complejidad de la dinámica de consumo. Otro aspecto fundamental a trabajar con la familia de origen es reforzar la comunicación sobre los aspectos fuertes de la familia, promoviendo la desactivación de estereotipos entorno a la paciente y focalizando aspectos positivos. En relación a la familia, el terapeuta debe acompañar en la facilitación de acuerdos ante el establecimiento de normas, mostrar coherencia entre lo que verbalizan y la conducta que mantienen, el proceso evolutivo de la hija en el tratamiento apoyando en momento de conflicto y recaída así como favorecer el proceso de autonomía y desvinculación.

Intervención con la pareja

En los tratamientos de drogodependientes la intervención prioritaria durante muchos años, ha sido la terapia individual y grupal. Es importante la incorporación de la pareja al tratamiento ya que puede incidir de forma positiva en el proceso terapéutico, ayudando a analizar aquellos aspectos característicos y diferenciales relacionados con los roles de género y su influencia en la drogodependencia al igual que las variables relevantes que influyen en el mantenimiento del consumo y su relación con la dinámica establecida por la pareja.

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

○ Área social.

- Fases de la relación de pareja: enamoramiento, compromiso y desarrollo de la vida en común. Incidiendo en cómo se ha ido constituyendo y manteniendo los roles de género y su relación con el consumo de la mujer o ambos cónyuges.

- Expectativas respecto a la relación de pareja, cómo han ido evolucionado y qué relación tienen con el consumo.

- Relación con las familias de origen y con la transmisión de lo “femenino” y lo “masculino”.

- En caso de existencia de hijos, implicación de los mismos en los conflictos de pareja y reparto de funciones en tareas de cuidado, educación y crianza.

- Influencia de condicionantes o agentes externos que estén afectando directa o indirectamente en los conflictos de 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, creencias y emociones.

- Distribución y reparto de las responsabilidades domésticas y el manejo del poder, haciendo hincapié en cómo 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 actividad y poder o control de la relación. Analizar también cómo ha afectado el consumo a las relaciones sexuales.

A la hora de realizar una intervención con la pareja, los objetivos deben ir relacionados con ir analizando la dinámica relacional de la pareja, explicitar los 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, reforzar las áreas fuertes de la pareja, modificar las interacciones que mantienen el consumo, buscar alternativas ante su repertorio de conductas, creencias y emociones así como acompañar en una búsqueda de nueva identidad, tanto individual como de pareja, es decir, cambio de imagen y de rol tanto para la mujer como para el hombre. Por tanto, de forma más específica habría que hacer hincapié en los siguientes objetivos específicos:

- Convertir las áreas conflictivas en áreas congruentes y llegar a acuerdos satisfactorios en los que ambos se comprometan a cambiar ciertos aspectos de su conducta. Ciertas discrepancias deberán ser aceptadas, siempre que no 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.

- 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 da afecto y el hombre lo recibe.

- Reequilibrar el poder, claramente ejercido por el hombre promoviendo una justa distribución en todas las áreas de la relación.

- Establecer adecuados 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 cómo 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.

La intervención terapéutica, por tanto, no se centra sólo en la desaparición del síntoma si no también en la relación de la pareja ya que es importante trabajar y observar la interacción de los cónyuges y su relación con el mantenimiento de los consumos.

Existen diferentes ideas sobre si en terapia hay que intervenir primero sobre la dependencia a la sustancia o sobre la relación, dejando el consumo para un segundo momento.

Lo importante de cara a trabajar para el terapeuta, independientemente de la orientación del profesional, es tener 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 de la pareja. Si la intervención 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 avergonzada. Ambos podrán afrontar sus conflictos y necesidades abiertamente, sin miedo a la ruptura o al abandono y sin necesidad de recurrir al consumo como modo de comunicar sus dificultades o sus carencias, tanto individuales como relacionales.

Intervención en relación con la crianza de los hijos

La relación padre/madre drogodependiente con su hijo ha sido un aspecto que apenas se ha tenido en cuenta en las redes específicas de atención a drogodependientes. Por ello es importante tener en cuenta una serie de objetivos para trabajar en relación a la crianza de los hijos:

- Orientar y asesorar sobre la consecución de una abstinencia fácil y permanente durante el embarazo y maternidad.
- Orientar y acompañar a la mujer durante la gestación.
- Acompañar 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 el padre.
- En los casos de los abuelos que acogen y se ocupan de la educación de sus nietos, 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 recursos implicados, si los hubiere.

El trabajo a nivel grupal en relación a la crianza de los hijos, puede ir relacionado con la implementación de talleres de abordaje de la maternidad/paternidad donde se trabajan contenidos relacionados con áreas específicas como la salud, educación, etc.

Otro camino es la derivación a centros y/o programas de atención a menores, donde se realiza 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.

Intervención social e integración sociolaboral.

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 a su medio social. Se entiende por 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 (Nieva, 1987):

- Relacional: establecimiento de las relaciones con la familia, con la pareja e hijos. Tiene como objetivo la normalización de la mujer con sus responsabilidades y compromisos.
- Salud: con el desarrollo de una vida saludable.
- Formativa
- Laboral
- Lúdico-recreativa.

4. Caso clínico: Género, adicciones y terapia familiar.

a. Descripción del caso

El caso que voy a exponer a continuación es un caso que hemos tenido recientemente en la Comunidad Terapéutica donde trabajo. La razón por la que lo he elegido es porque define con claridad lo expuesto hasta momento en el trabajo realizado sobre la adicción en las mujeres, su implicación en el tratamiento y el papel que juega el sistema familiar sobre la problemática de la paciente identificada.

La presentación de éste caso, además, supone una de las mayores dificultades de las que hablaba en la justificación del trabajo: el papel de la mujer en una Comunidad Terapéutica, el trabajo desde una perspectiva de género y la postura de la familia ante una hija consumidora.

En primer lugar, voy a definir brevemente el contexto de trabajo. Como se ha descrito anteriormente, se trata de una paciente ingresada en una Comunidad Terapéutica, centro residencial de tratamiento y prevención indicada de las adicciones.

El objetivo fundamental es favorecer cambios personales que supongan una mejora en la calidad de vida de los usuarios, para ello la estructura está dividida en cuatro fases (con sus objetivos, medios, criterios de actuación e instrumentos terapéuticos) adecuados al momento del proceso. Conjuntamente, se realiza un trabajo con la familia (si quieren o pueden colaborar) con un objetivo propio.

El tratamiento es individualizado, dando protagonismo del cambio al usuario, utilizándose la terapia individual, grupal y familiar. El abordaje del tratamiento de las adicciones es biopsicosocial, donde el usuario aprende a desarrollar sus capacidades personales. Se fomentan las potencialidades cognitivas, conductuales y emocionales.

El trabajo terapéutico se realiza mediante diversos instrumentos: entrevistas individuales, grupos de trabajo, grupos de identificación y expresión de sentimientos y grupos referidos a aspectos del pasado no resueltos. En relación al género, se realizan grupos específicos de mujeres que viven en la Comunidad Terapéutica y talleres para todas las mujeres que tenemos en los diversos centros (ya sean programas ambulatorios o residenciales) con una periodicidad quincenal.

En segundo lugar, me dispongo a describir brevemente el caso objeto de estudio.

Se trata de una mujer de 25 años, procedente de Valladolid y con estudios universitarios (Diplomatura en Fisioterapia). Es consumidora de cocaína, alcohol y benzodiazepinas.

Como problema identificado describe que se siente incapaz de gestionar sus sentimientos desde la separación de sus padres. Expresa que en su familia no ha habido permiso para expresarse y desde la separación de su familia se encerró en sí misma, evitando responsabilidades y afrontamiento de problemas.

b. Demanda

Desde que comienza a consumir cocaína, lo hace de forma compulsiva, por lo que las consecuencias son inmediatas y debe pedir ayuda pronto. Realizó un tratamiento ambulatorio en Salamanca donde no es capaz de dejar de consumir, ingresa en dos ocasiones en una Comunidad Terapéutica en Oviedo que abandona. Posteriormente, decide ponerse en contacto con Proyecto Hombre e ingresar en la Comunidad Terapéutica.

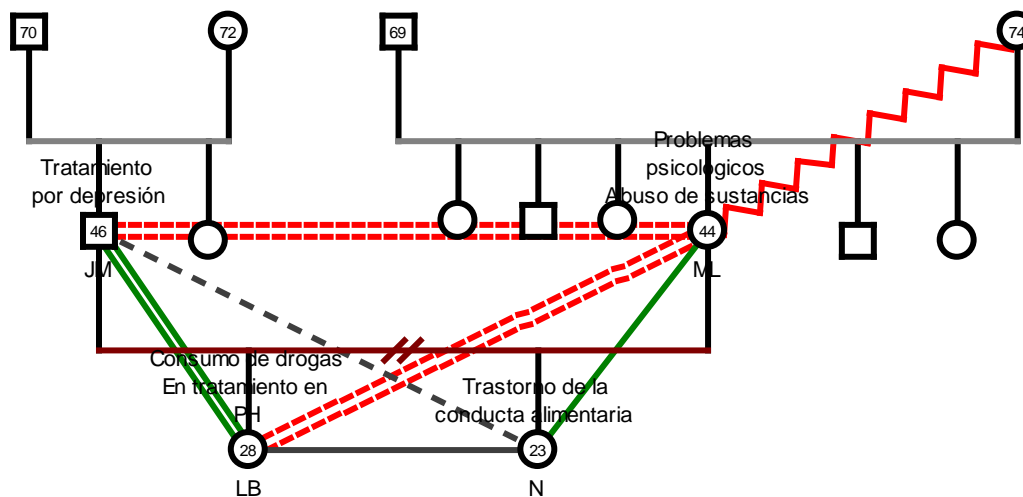
Su motivación es interna, quiere cambiar de estilo de vida y tener una vida organizada y normalizada. Inicialmente, cuenta con el apoyo de su familia (padre, madre, hermana y tío).

c. Definición de expectativas

Las expectativas en relación a éste caso están relacionadas con que vaya cumpliendo los objetivos mínimos de cada fase estipulada en el centro de tratamiento donde está ingresada así como vaya resolviendo el problema que ella identifica que le motiva a consumir drogas.

d. Familia

• Genograma



• Historia de la familia y sucesos importantes

Familia de nivel sociocultural y económico medio y con síntomas significativos dentro de ella: el padre (JM) ha estado en tratamiento por depresión tras la separación de la pareja, su madre (ML) ha vivido toda su infancia en un centro de menores debido al maltrato ejercido por su padre hacia ella, sus hermanos y su madre. Se queda embarazada de LB (paciente identificada), con 16 años para poder salir del centro. Igualmente, ha reconocido consumo de sustancias (hachís y cocaína) durante su adolescencia y tras la ruptura de su matrimonio. N, la hija menor, ha presentado desórdenes alimentarios durante la adolescencia.

El clima familiar es adecuado, su madre, ama de casa cuida de las hijas y se preocupa por la educación, su padre, mantiene una postura más periférica, dedicando menos tiempo al cuidado de los hijos. Cuando LB tiene 15 años, presencia una discusión en casa y le comentan que se van a separar. Estuvieron un año conviviendo juntos en el hogar familiar pero con la decisión firme de separarse. Tanto LB como su hermana se quedan viviendo con su madre. JM comienza a tener problemas psíquicos, ideación suicida y comienza un tratamiento para la depresión. ML comienza otra relación y LB

se va distanciando más de su madre así como su entorno social: deja de salir con las amigas, acudir a la parroquia donde era catequista, etc.

A los 21 años comienza a salir con C y poco después, decide marcharse de casa de su madre y se va con su padre. ML lo vive como una traición y está dos años sin hablar a su hija.

En 2008, LB comienza a consumir ella sola, llevando una doble vida.

Retoma la relación con su madre cuándo ésta tiene problemas serios de salud (pérdida de peso, depresión, consumo de drogas, etc.) y vuelve a vivir con ella. Poco después, LB comienza el tratamiento ambulatorio en Salamanca, al no verse capaz de dejar de consumir ingresa en una Comunidad Terapéutica en Oviedo en dos ocasiones y posteriormente, en Proyecto Hombre.

e. Hipótesis diagnóstica

- Hipótesis relacional

Autosuficiencia y fragilidad emocional ante situaciones de estrés. Cuando se separan sus padres LB tiene 16 años. Culpa a su madre de lo ocurrido pasando a rivalizar con ella sobre cualquier asunto. Se siente incomprendida, abandonada y se rebela consumiendo. Desde ese momento se retrae en sus relaciones sociales y siente un vacío interior. Por una parte parece llevar una vida responsable, sacando los estudios y poniéndose a trabajar pero sigue sintiéndose vacía, se cansa de vivir “responsablemente” y empieza a consumir.

- Función del síntoma

Considero que el síntoma forma parte del funcionamiento familiar. Es decir, en esta familia, todos los miembros portan algún tipo de síntoma. Creo que Libertad desarrolla este síntoma para verse dentro del sistema familiar, como uno más y no verse diferente a sus familiares con el objetivo fundamental de conseguir la homeostasis familiar.

La drogodependencia de LB le ofrece la excusa perfecta para evitar situaciones desagradables y enfrentarse a su realidad personal y familiar. Si LB no tuviera esta problemática, estaría más preocupada por la situación de sus padres y hermana dado su elevado nivel de exigencia, sin embargo, dado su nivel de desestructuración su grado de preocupación hacia los demás disminuye, asumiendo que ella sola no puede cambiar su situación familiar (función protectora del síntoma).

f. Intervención

- Objetivos planteados

El trabajo en Comunidad Terapéutica se plantea por objetivos. Cuando inician el tratamiento, comienzan a plantearse un objetivo que quieran trabajar, unos medios específicos así como un tiempo de revisión. Este trabajo se hace a nivel individual asesorado por el terapeuta y posteriormente se plantea en el grupo de referencia.

El primer objetivo planteado por LB estaba orientado fundamentalmente a darse a conocer y tomar iniciativa en las relaciones con sus compañeros del centro así como en actividades. Posteriormente, se plantea dirigir su trabajo en relación a la toma de decisiones y asunción de responsabilidades.

Cuando LB lleva aproximadamente en el centro cuatro meses, el equipo terapéutico comienza a ver que está desarrollando una relación de dependencia con un compañero (20 años mayor que ella). En ese momento del proceso, se está realizando un mayor trabajo de introspección personal, está trabajando aspectos familiares que le están creando diversas crisis, llegando incluso, a romper su relación de pareja. Dos meses después, reconoce que siente dependencia emocional hacia esa persona y que no puede seguir en el centro. Desde el equipo, se le plantea una derivación a la Comunidad Terapéutica de otra ciudad, que acepta.

- Intervención según género

El trabajo que se hizo con ella en relación a la condición de ser mujer en una Comunidad Terapéutica fue a nivel grupal específico de género (Grupo de Mujeres), Grupo de Trabajo e individual.

Se le acompañó en la capacitación en el afrontamiento de determinadas conductas orientado fundamentalmente a la resolución de conflictos y el posicionamiento. En el plano familiar se hizo especial hincapié dados los conflictos que aparecían con la familia de origen (alianzas con el padre, rivalidad con la madre,...). La postura de la familia distaba mucho de la colaboración por lo que el trabajo no pudo ser tan productivo de lo que se esperaba.

Se tuvieron en cuenta aspectos en relación al abordaje de la relación disfuncional con familia, la dependencia relacional e incapacidad para la toma de decisiones autónomas.

Echando la vista atrás y después de reflexionar tras la realización del trabajo, pienso que se podría haber hecho más de cara a la intervención como pudo ser vincular y consolidar el apoyo de la familia de origen así como reforzar la comunicación sobre los aspectos fuertes de la familia, promoviendo la desactivación de estereotipos entorno a la paciente, focalizando aspectos positivos. Igualmente, me parece fundamental que

se hubiera favorecido el proceso de autonomía y desvinculación, ya que LB, presentaba una relación excesivamente fusionada con su padre.

g. Evolución

Como he expresado anteriormente, a LB d se le derivó a otra Comunidad Terapéutica ya que manifestó grandes dificultades para continuar el proceso con la relación de dependencia que estaba manteniendo con éste compañero. Sé que sigue ingresada en el centro con una evolución favorable.

Me parece importante como factores de protección para LB que se haya trabajado en la desvinculación de su figura parental, se le haya acompañado en favorecer una relación sana con su familia de origen basado en el permiso para expresar emociones y sentimientos así como la toma de decisiones y la resolución de conflictos.

Me resulta igualmente significativo que todas las relaciones de pareja que ha establecido ha sido con varones años mayor que ella, que unido a la relación fusionada que mantiene (o mantenía) con su padre puede hacerme pensar que se trate de una excesiva admiración o incluso enamoramiento hacia su padre. Por otra parte, de lo que se ha trabajado con su padre el tiempo que ha estado ingresada en el centro, si se han visto dificultades para establecer una barrera generacional así como poner límites claros en la relación con su hija, lo que, podría dificultar más aún la desvinculación.

5. Conclusiones

El consumo de drogas ilegales entre mujeres lleva consigo una elevada carga emocional, quizá por su rol aún predominante en la sociedad como esposa dependiente, cuidadora y sumisa. Usar una sustancia ilegal supone para las mujeres no sólo ser clasificadas de desviadas por sus usos, si no también contraponerse a la definición de lo que debe ser un comportamiento “femenino”. Es por tanto, importante tener en cuenta el contexto social y cultural para comprender el uso de las distintas sustancias psicoactivas. La estructura de género puede ayudar a explicar las motivaciones específicas entre las mujeres para iniciarse, continuar en el uso o en las consecuencias tras el uso.

Este trabajo tenía como principal objetivo entender mejor los factores contextuales, y entre ellos los de género, para realizar un abordaje del tratamiento en las drogodependencias. Tras la búsqueda bibliográfica y su análisis me reafirmo en la idea de tener en cuenta como eje fundamental de la intervención en drogodependencias el papel de la mujer.

Igualmente, considero que esta reflexión me ayuda para el día a día en el ámbito laboral desde el trabajo como terapeuta que desempeño en una Comunidad Terapéutica y como responsable del programa de intervención familiar del centro. He de apuntar que me ayuda a mirar desde otro foco el papel de las familias y la importancia de trabajar de forma transversal a la adicción el rol de género, tanto a nivel individual como familiar.

6. Bibliografía

- Barreda, M.A et al. (2005). *Mujer y adicción*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

- Becoña, E. y Cortes M. (2008). *Guía clínica de Intervención psicológica en adicciones*. Sociodrogalcohol, 2008.

- Castaños, M. et al. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Charro B. y Martínez, M.P. (1995): *Dinámica personal y familiar de los toxicómanos*. UPCo: Madrid.

- Cirillo, S. (1994): *El cambio en los contextos no terapéuticos*. Paidós: Barcelona.

- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.

- Coletti, M. (1987). *Teoría y epistemología del tratamiento relacional. Comunidad y Drogas, Monografía nº 1, 11-19.*

- Cancrini, L. y La Rosa, C. (1996). *La caja de Pandora. Manual de psiquiatría y psicopatología*. Paidós: Barcelona.

- De Shazer, S. (1982). *Pautas de terapia familiar breve*. Buenos Aires: Paidós, 1987.

- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980.

- Madanes, C. (1981). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.

- Marcos, J.A., Tenorio, J., Millán, A. Pérez, J. y Rosa, C. (2001). *Evaluación de tipologías en toxicomanías. Apuntes de Psicología, 19 (2), 263-281.*

- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa, 1991.

- Stanton, M.D. y Tood, T. (1982). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1989.

- Ochoa de Alda, I. (2004). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Herder, 2004.

- Orte, C. (1996). *Sexualidad, mujer y drogodependencia*. Revista Proyecto Hombre. 26 pp. 7-12.

- Ravazzola M.C. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós, 1997.

- Romo, N. (2005). *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*. Monografías Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas: 65-83.