

---

*DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA ADICCIÓN E  
IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS*

---

Pilar Blanco Zamora  
Carlos Sirvent Ruiz  
Leandro Palacios Ajuria  
Fundación Instituto Spiral  
Madrid (España)

**Resumen** La incorporación de la mujer en todos los órdenes que la sociedad ha experimentado en los últimos años ha supuesto que las adicciones femeninas - y en concreto de las demandas terapéuticas asociadas a las mismas - hayan dejado de ser circunstancias excepcionales y se hayan convertido primero en curiosidad y luego en foco de atención y preocupación para los profesionales que intervienen en este campo. En este trabajo se realiza una síntesis de 10 de los aspectos que nos parecen más relevantes relacionados con el tema para poder ofrecer un acercamiento operativo al problema de las adicciones según el género

**Palabras clave:** Adicción, drogas, género, mujer, psicopatología, tratamiento e intervención.

**Abstract** Women incorporation in all orders that society has experienced in the last years has meant that feminine addictions - and specifically of the therapeutic demands associated to them - have stopped being exceptional circumstances and have turned firstly into curiosity and then into a focal point and concern for professionals working in this field. The following article will try to accomplish a synthesis of 10 of the most outstanding aspects related to the subject to offer an operative approach to the question of gender addictions.

**Keywords:** Addiction, drugs, gender, woman, psychopathology, treatment and intervention.

---

**Correspondencia:**

Pilar Blanco Zamora  
Fundación Instituto Spiral  
C/ Marqués de Valdeiglesias, 2 Bajo  
28004 Madrid  
E-mail: pbz@institutospiral.com

## Introducción

Hasta hace pocos años no ha cobrado la debida importancia el tema de la adicción femenina pese a que diferencias de envergadura respecto a la adicción masculina justificarían sobradamente su abordaje desde muy distintos ángulos: clínico, asistencial, familiar, de inserción sociolaboral, etc. Hasta ese momento resultaba tan obvio que la asistencia en el campo de las adicciones era algo común a ambos sexos (por no decir algo masculino) que se hablaba de los adictos para hacer referencia a la globalidad de la población atendida sin apercibirse de que el modelo tanto epistemológico como terapéutico que subyacía tras dichas afirmaciones sufría una deformación connotada por la propia realidad asistencial, es decir, por el abrumador predominio de pacientes varones en los distintos dispositivos de atención tanto en alcoholismo como en otras adicciones. No es de extrañar entonces que las mujeres adictas fueran tratadas como casos atípicos no sólo por su menor presencia sino porque en no pocas ocasiones ellas mismas evitaban acudir a servicios de atención profesional.

La incorporación de la mujer ha supuesto que las adicciones femeninas -y en concreto de las demandas terapéuticas asociadas a las mismas- hayan dejado de ser circunstancias excepcionales y se hayan convertido primero en curiosidad y luego en foco de atención y preocupación para los profesionales que intervienen en este campo.

Nuestra iniciativa en el año 90 de crear un programa específico para mujeres adictas sin abandonar el tradicional programa mixto ha contribuido modestamente en el plano cuantitativo y valiosamente en el cualitativo a poner de manifiesto necesidades asistenciales que se presumían pero no se llevaban a efecto por no crear gettos asistenciales que, como luego se ha comprobado, son alternativas no ya útiles sino indispensables para muchas mujeres adictas. Por otra parte, tenemos un imperativo epidemiológico: el número de alcohólicas ha crecido espectacularmente pasando de una proporción de unos 6 varones por cada mujer en los años 70 a casi 3 varones por cada mujer en la actualidad. Y la cosa no queda ahí. La demanda de tratamiento de la mujer alcohólica es muy superior a la del hombre, de manera que por cada dos varones hay una mujer en tratamiento. En nuestro caso, incluso llegamos a igualar la cifra de varones y mujeres en tratamiento, lo que implica, por un lado, que la mujer alcohólica tiene menos reparos que el hombre a la hora de demandar ayuda terapéutica y, por otro, que la cualidad de la misma está cambiando.

En definitiva, la mujer y su entorno suponen un universo asistencial próximo y a la vez desconocido que demanda una atención similar pero sutil-

mente diferente. Y en estas diferencias es donde pueden producirse las confusiones y la desorientación pues la mujer se siente aún extraña en muchos dispositivos donde sus condición femenina y la singular manera de vivir, experimentar y manejar sus problemas se topa de bruces con la mirada sorprendida del profesional y, en los peores casos, con una discriminación -obviamente inconsciente-fruto de la incertidumbre del terapeuta. Algunas mujeres incluso se han llegado a sentir proscritas porque el espacio terapéutico al que llegaban estaba diseñado para hombres.

Las circunstancias cambian, no obstante, si nos referimos a otros ámbitos como, por ejemplo, el submundo marginal donde se consumen drogas ilegales en condiciones higiénicas y de calidad de vida precarias. Aquí la situación de la mujer es atroz, ya que tiene que adaptarse a un entorno duro y hostil donde impera la ley del más fuerte. Para sobrevivir, la mujer no pocas veces se asocia a un varón que le proporciona droga. O acaba vendiendo drogas ella misma de forma arriesgada, pudiendo llegar a prostituirse incluso ambas cosas a la vez. Si antes decíamos que la mujer alcohólica demanda tratamiento con mayor frecuencia relativa que el hombre, en el caso de la mujer adicta marginal ocurre al revés. Por increíble que parezca, la mujer heroínómana que soporta una vida "tirada" sufre maltrato, extorsión, y carencias sin fin, tarda más tiempo que el hombre en iniciar tratamiento. Efectivamente, si por cada heroínómana hay aproximadamente 4 ó 5 varones consumidores, la proporción de mujeres que solicitan tratamiento desciende a 1 por cada 7 heroínómanos. Una de las razones que invocan para esta tardanza es la desconfianza en los centros de asistencia. En nuestra opinión, no obstante, concurren otros factores como los siguientes: mayor disponibilidad de droga que los hombres y quizá, más prejuicios hacia el tratamiento. Las heroínómanas se endurecen tanto debido a la ajada vida que llevan que cuesta - siempre en términos generales - más trabajo tratarlas porque antes tiene que desmontarse todo ese bagaje actitudinal negativo que arrastran.

Las mujeres representan en conjunto aproximadamente el 20-25%, de toda la actividad asistencial en adicciones; es decir, hay entre cuatro y cinco hombres adictos por cada mujer. Aunque ambos padezcan la misma enfermedad, la mujer tiene unos problemas específicos, distintos, que no suele presentar el hombre. Como reiteramos a lo largo de toda esta exposición, la cuestión cambia según se trate o no de drogas ilegales. Por lo general, la proporción de mujeres usuarias de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos) y de adicciones no químicas (compras, juego, televisión) es mucho más elevada que la de mujeres adictas a drogas ilegales. Una tendencia inversa - que luego ratifi-

caremos - se da en los varones. En sustancias como el alcohol o el tabaco parece que el inicio del consumo es más precoz e incluso cuantitativamente mayor en la mujer. Con drogas como la cocaína o el cannabis las tornas cambian, siendo el varón quien claramente empieza antes y en un porcentaje mucho mayor.

Hace apenas diez años el hombre predominaba en todos los ámbitos de consumo, advirtiéndose -no obstante- una aproximación estadística de la mujer, salvo en lo referido a drogas ilegales, revelando que algo está cambiando en los usos y costumbres sociales.

El fenómeno de las adicciones, al igual que el resto de fenómenos sociales requiere un abordaje desde la perspectiva de género si no queremos dejar fuera de él a un importante sector compuesto por mujeres adictas. Hasta la fecha, dado que el colectivo de varones adictos casi quintuplica al de mujeres, la situación de éstas dentro del espacio asistencial ha sido precaria ya que los dispositivos que lo conformaban estaban funcionalmente connotados por el predominio masculino. No es que - como se ha dicho - sean dispositivos para varones, sino que el enorme predominio de éstos hace que intrínsecamente y sobre todo en sus planos horizontales (interrelación de usuarios) vengan determinados por el estilo que aquellos marcan.

Teniendo en cuenta lo dicho en este prólogo, pasaré ahora a plantear e intentar responder una serie de cuestiones concretas que se derivan del título de este artículo.

### **¿La adicción tiene género?**

En principio, la adicción no es una cuestión de género puesto que tanto los hombres como las mujeres son susceptibles de ser adictos, si bien lo cierto es que en la adicción ambos sexos cuentan con algunas semejanzas y también con diferencias. Con frecuencia, la adicta tiene menoscabo de la autoestima, y de la autoconfianza, pudiendo llegar a sentirse impotente. Muchas mujeres no buscan tratamiento porque tienen miedo, por ejemplo, de no poder cuidar a sus hijos, de las represalias de sus parejas, del castigo de las autoridades, etc. En no pocos casos afirman que sus compañeros drogodependientes las iniciaron en esa práctica. Además, la investigación indica que la mujer adicta tiene enorme dificultad para mantener tratamiento cuando el estilo de vida de su compañero facilita el uso de drogas. Así pues, aun cuando en principio la adicción no tiene género, el género influye en la adicción y la adicción influye en el género

### Rasgos socioculturales diferenciadores

El primero sería, por factores histórico-culturales, la menor tradición gregaria de las mujeres drogodependientes, con una forma de relacionarse más individual y con menor sensación de pertenencia a un grupo. La mujer se relaciona mayormente de forma diádica o en pequeños grupos. Esto le dificultará su ulterior adscripción a grupos terapéuticos, aunque finalmente se puede conseguir una perfecta integración grupal.

El adicto varón suele estar más socializado cualquiera que sea el tipo de drogodependencia. Por el contrario, la mujer drogodependiente suele hacer una vida más solitaria, siendo sus consumos en mayor medida privados y tormentosos en general (aunque esta forma también se presente en varones y en una progresión creciente). En definitiva, la mujer adicta padece más la soledad.

La diferente manera de manifestar emociones y sentimientos que parecen exteriorizar con mayor facilidad las mujeres.

El hombre adicto se muestra más disciplinado y asume mejor las consignas, pautas y medidas funcionales, en tanto que la mujer drogodependiente necesita que se le expliquen y argumenten más las cosas (cuestión a tener en cuenta para el tratamiento).

También en el plano legal el varón suele presentar mucho mayor índice de problemas legales. La mujer consumidora de sustancias ilegales suele tener problemas con la justicia aunque en menor medida que su homónimo varón.

### Diferencias psicológicas y psicopatológicas

Entre las diversas características encontradas destacaremos aquellas que son más peculiares o diferencian a las mujeres adictas de los varones. Seleccionamos las siguientes:

Presencia de *dependencias relacionales* (ver más adelante) más frecuentes: mayor incidencia de dependencia emocional y sobre todo de bidependencia\*.

- También es mucho más frecuente, incluso típica, en la mujer la tríada psicopatológica baja autoestima, soledad y vacío existencial.

- La mujer presenta mayores índices de maltrato, sojuzgamiento y abusos sexuales. La violación no es un hecho excepcional ni mucho menos, sobre todo en mujeres dependientes de drogas ilegales.

- Pese a su aparente mayor locuacidad, las mujeres tienen tantas dificultades como los varones para expresar sus planos íntimos personológicos.

- Minusvaloración sistemática de sus capacidades que redundan en un déficit crónico de la autoestima. El autoconcepto de muchas drogodependientes dibuja un sombrío autorretrato de infravaloración, sentimiento de inescapabilidad, autopercepción de vicio y tendencia a perpetuar una situación que ellas mismas consideran irresoluble.

Frecuente desvitalización y aparición concomitante de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos.

Menor capacidad de autonomía (por tender a depender frecuentemente de alguien) a la hora de tomar decisiones. En muchas ocasiones la mujer vive sintiéndose inferior. Esta situación las lleva a estar bajo la "tutela" o cuidado de otros, cualquiera que sea la edad que tengan. Piensan que van a equivocarse si deciden por ellas mismas.

### **Diferencias de género en la comorbilidad psiquiátrica**

Mención especial merecen los trastornos psicopatológicos asociados al consumo de drogas. De acuerdo con los diferentes estudios realizados por diversas instituciones, el 76% de los hombres y el 65% de las mujeres con diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias cumplen los criterios para otro diagnóstico psiquiátrico adicional. Los diagnósticos psiquiátricos comúnmente asociados son: trastornos de la personalidad, trastornos de ansiedad, episodios depresivos mayores y la distimia (neurosis depresiva). En un reciente estudio de seguimiento realizado en Instituto Spiral con 161 mujeres, un 48% de ellas presentaban trastornos psicopatológicos, de las cuales un 26,5% padecían trastornos del estado de ánimo, otro 26% trastornos adaptativos y casi un 6% trastornos psicóticos. En el eje II, un 22% estaban diagnosticadas de trastornos de la personalidad (límite y por bidependencia<sup>1</sup>).

Al comparar los 3 periodos en que se dividió la muestra, se puede observar un claro incremento de esta patología a lo largo de los años. Así pues, mientras en el periodo 90-93 eran un 26,9 % las personas que padecían estos trastornos, en el último periodo el porcentaje ascendió al 57,9%, lo que no es

---

1. Bidependencia o doble dependencia, de la droga y de la(s) figura(s) protectora(s). Es un proceso más frecuente en la mujer adicta que se podría definir como el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de personas o situaciones de carácter sociopático que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción (buscar recursos, comprar droga, etc.). En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo de su autonomía que puede llegar a ser invalidante

de extrañar pues, según un informe sobre la salud mental en 2001 presentado por la Organización Mundial de la Salud, una de cada cuatro personas se verá afectada por alguna enfermedad mental o neurológica a lo largo de su vida . Como es lógico este incremento de las enfermedades mentales también afecta a la población toxicómana.

Considerando la presencia de psicopatología asociada en mujeres, veremos que un 36% (con tendencia al alza) del total tienen diagnóstico positivo de trastorno comórbido. Comparando el anterior estudio con los datos de 67 mujeres atendidas en programa específico durante el año 2001 (excluidas las tratadas por alcoholismo en régimen ambulatorio), un 25% están diagnosticadas de trastorno de ansiedad, casi un 21% de trastorno del estado de ánimo (generalmente depresión) y un 15% de trastornos severos del sueño.

Entre los varones, en cambio, son más frecuentes los trastornos de personalidad y las psicosis (esquizofrénica y paranoide) así como mucho menos frecuente el trastorno del estado de ánimo.

Los ejemplos más comunes de comorbilidad psiquiátrica incluyen las correlaciones entre psicosis y adicción a la cocaína; adicción de alcohol y depresión; adicción a diversas sustancias y esquizofrenia, así como trastorno límite de la personalidad y abuso episódico de varias sustancias.

Mientras que los trastornos de la personalidad y esquizomorfos son más frecuentes en el varón, las adicciones femeninas presentan un mayor índice de trastornos asociados del estado de ánimo (especialmente depresivos), de ansiedad y adaptativos. De hecho, estudios epidemiológicos multicéntricos demuestran que la depresión es, por lo menos, dos veces más común en la

---

En un estudio epidemiológico realizado sobre patología dual por el Epidemiological Catchment Area del National Institute of Mental Health (ECA) en Estados Unidos sobre 20.291 individuos revela que:

- La tasa de comorbilidad del trastorno mental asociado al trastorno por abuso de sustancias fue del 29% con una odds ratio de 2,7 (es decir, que su probabilidad de padecer un trastorno por abuso de sustancias era 2,7 veces superior a la población sin trastorno mental)
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de alcohol asociado a cualquier tipo de trastorno mental fue del 36,6%
- La tasa de comorbilidad de trastorno por abuso de otras sustancias asociado a trastorno mental fue del 53,1%.
- En lo que respecta a trastornos psicopatológicos específicos, sus tasas de comorbilidad con algún trastorno por uso de sustancias, al menos alguna vez en su vida, fueron en la esquizofrenia del 47%, en los trastornos de ansiedad del 23,7%, en los trastornos del pánico del 35,8%, en los trastornos obsesivos compulsivos del 32,8%, en los trastornos afectivos del 32% y en el trastorno antisocial de personalidad de hasta un 83,6%.

mujer que en el hombre; aparece de forma más precoz, teniendo su máxima prevalencia durante los años fértiles, que constituyen precisamente el período caracterizado por una mayor vulnerabilidad social, psicológica y hasta biológica de la mujer. Además, el cuadro en la mujer suele ser más prolongado que en el hombre y tener una menor tasa de remisión espontánea, lo cual, junto a los factores antes mencionados, puede contribuir a su cronicidad. Las mujeres con trastorno bipolar sufren más períodos depresivos mientras el hombre muestra una mayor tendencia a los episodios maníacos.

En conclusión, en el caso de una mujer, los trastornos más frecuentes tienen que ver con la depresión, pero no sólo con la depresión reactiva, la depresión debida al consumo de sustancias, sino con la depresión endógena. Es una especie de precio que se paga por consumir drogas, ya que éstas crean un vacío emocional intenso y ese vacío produce la sensación de no poder salir de una angustia permanente.

Tabla 1. Relación con su familia de origen, a nivel general y por grupos de edad (% verticales)

Relación	Centros Acogida			Asociaciones exalcohólicos				
	C.Acogd (354)	Asociac (185)	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad	Edad
			20-35 (172)	36-45 (111)	+45 (69)	20-35 (44)	36-45 (92)	+45 (48)
Muy buena	18	28	17	9	36	25	28	29
Buena	38	46	38	44	30	32	53	44
Mala	28	13	30	31	17	16	9	19
Indiferente	13	13	12	14	12	27	10	6

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.



## Las dependencias relacionales

Etimológicamente, el concepto dependencia relacional (D.R.) define el conjunto de comportamientos adictivos cuya matriz nuclear es la relación interpersonal. Una característica frecuente de dicha dependencia es la asimetría de rol, bien por sometimiento voluntario del miembro dependiente, bien como resultado de la dominación impositiva del miembro dominante. El resultado final es la disolución de la personalidad del sujeto dependiente en la del sujeto dominante que puede o no ser consciente de lo que hace. No obstante, hay una clase D.R. denominada bidependencia en la cual el sujeto dependiente es a la vez dominante y en lugar de disolver su personalidad en la del otro, la fagocita creando una atmósfera asfixiante.

Tabla 2. Relación con su familia de origen por comunidades autónomas (% verticales)

Relación	Centros de Acogida				Asociaciones exalcohólicos			
	C.Valen (93)	Madrid (134)	Andalc (90)	Barcel (37)	C.Valen (55)	Madrid (50)	Andlc (28)	Barcel (52)
Muy bn	26	14	17	19	40	24	21	21
Buena	42	40	37	30	42	40	54	52
Mala	24	30	26	38	6	16	4	23
Indifent	7	15	16	11	11	20	21	4

Nota: los porcentajes suman más del 100%, al mencionar varios miembros familiares.

Un aspecto sustancial es la actitud dependiente, de manera que aunque el sujeto con dependencia relacional se libere (o mejor dicho rompa) una relación, fácilmente reproducirá los mismos esquemas de interrelación con la siguiente pareja dado que muestra una tendencia natural a repetir comportamientos y -sobre todo- actitudes que favorecerán que cada sucesiva relación acabe a la postre convirtiéndose en relación dependiente.

La dependencia relacional que más nos interesa es la bidependencia, que es la que establece una persona adicta (o ex-adicta) con otro sujeto (sea éste adicto o no). La relación es progresivamente patológica y/o sojuzgadora (tarde o temprano hay sometimiento). Utilizando las palabras del Dr. Sirvent definimos "La bidependencia o doble dependencia como el conjunto de actitudes, comportamientos y afectos denotativos de que, al margen de la específica adicción (o adicciones tipificadas como tal), existe una dependencia de

personas o situaciones que condiciona relevantemente el quehacer del afectado y probablemente de la persona o personas involucradas. El sujeto bidependiente adquiere un hábito pasivizante y se instala en una deliberada falta de autonomía, salvo en lo referido a mantener su adicción. En lo demás prefiere no tomar decisiones, optando por asumir un menoscabo a veces invalidante".

Es más frecuente en mujeres y cuando aparece, lastra definitivamente la recuperación hasta el punto de significar un importante factor de recaída. El origen de esta situación se deriva en buena parte de la "biografía azarosa" que han sufrido la mayoría de drogodependientes, tanto hombres como mujeres, si bien estas últimas han sufrido en mayor medida una figura opresiva sojuzgadora (parental, compañero-inductor, proxeneta, etc.) o sobreprotectora-absorbente. En el perfil clínico aparecen los bipolos sojuzgamiento-sobreprotección presentes en más de un 75% de los casos. Pero es ya durante el proceso de convertirse en toxicómana, en la carrera hacia la drogodependencia primero y en la ulterior vida como adicta luego, cuando se establece o definitivamente arraiga el famoso "depender de alguien" (personas, grupos, situaciones sostenidas, etc.) que tanto dificulta la deseable restitutio ad integrum pretendida por cualquier programa terapéutico. En los estudios de actitud y en el análisis simple del comportamiento de la mujer toxicómana se confirma lo antes enunciado: iterativa tendencia a delegar responsabilidades, a apoyarse en los demás condicionando su futuro al de otra u otras personas, y -sobre todo- a no querer asumir la propia vida con autonomía e independencia, más por incapacidad (por ser una habilidad que prácticamente nunca desarrolló) que por negligencia. Cualquier profesional o equipo que quiera tratar a un doble dependiente, deberá desarrollar un trabajo suplementario fundamental de búsqueda de la autonomía eficaz desde el primer día, lo que significará un esfuerzo por recobrar tanto la identidad disuelta o sumergida como la capacidad de adoptar decisiones consecuentemente.

### **Edad y género**

¿Son diferentes las razones por las cuales las jóvenes se inician en el consumo de drogas con respecto a los varones? ¿Existen formas diferentes de consumo? La mayor parte del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas comienza durante la adolescencia, en tanto que la iniciación a temprana edad en drogas está relacionado con un consumo más prolongado y grave, y -subsiguientemente- más resistente al tratamiento. Aunque no es lo más habitual ver un adolescente adicto, casi todas son consumidores abusivos donde la mujer y el hombre tienen unos modelos de adicción muy parecidos; p.ej.: las

mujeres alcohólicas, y drogodependientes -a diferencia de los varones- consumen frecuentemente en solitario,, sin embargo, entre adolescentes consumen sociológicamente igual los chicos que las chicas, es decir, siendo además un modelo de consumo más abusivo que adictivo; no obstante existe una relación directa entre inicio temprano de abuso de drogas y adicción.

Según un estudio realizado en el año 2000 por el Instituto de la Mujer en adolescentes en edad escolar, un 67,1% de las mujeres y un 56,1% del grupo de las escolares reconoce que consume drogas para divertirse y por placer. Por escapar de problemas personales consume un 14,8% de la población femenina general, y un 25,3% de las escolares y por el gusto de hacer lo prohibido un 20,8% y un 18,3%, respectivamente. Otros motivos de consumo son: para facilitar la conversación o el contacto social (1,5%, de las mujeres y un 6,9% de las escolares), por problemas familiares (un 2,4% y un 3,4%, respectivamente) y por sentirse marginada o discriminada en el trabajo (un 0,1% y un 0,3%).

El uso experimental de drogas a edades tempranas se produce a edades inferiores en chicas que en chicos. Generalmente esto responde a que las chicas más jóvenes tienen amigos de mayor edad que les inician al consumo experimental. Los datos obtenidos en un trabajo realizado en el Servicio de Salud Mental Hospital Provincial de Toledo, mostraban que mientras el 50% de las mujeres iniciaban el consumo de opiáceos influidas por tener una pareja toxicómana; sólo el 13 % de los varones referían ese motivo

Según un estudio realizado por la Universidad de Cantabria con 593 mujeres drogodependientes de Cantabria, el 76% declaró haber tenido su primer contacto con las drogas a través de sus amigos/as o grupo de iguales y un 16% con su pareja. En el caso de la droga principal el primer contacto tuvo lugar con el grupo de iguales en un 59% y con la pareja en un 31%.

Así pues, aunque en la mayoría de los adolescentes no existen diferencias significativas en cuanto a la forma de beber entre ambos sexos, si que existen diferencias en cuanto a los motivos de inicio: los nuevos roles, la imagen, las relaciones de pareja y las formas de ocio, son factores que contribuyen al incremento de las adicciones en la mujer. Estos datos deben de ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar programas de prevención.

a) Consumo inicial de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos): Comienzan a consumir más precozmente las chicas, casi en la edad púber. Ulteriormente se igualan en magnitud para decaer en mayor proporción el consumo en las mujeres a partir de los 35 años.

La mujer tiene una curva descendente en tanto que el hombre la mantiene

en parecida magnitud a partir de la edad adulta, decayendo muy poco el consumo inicial.

b) Consumo habitual de drogas legales (tabaco, alcohol, psicofármacos): En este aspecto también es más elevado el consumo de las chicas en la franja de 15 a 19 años.

El consumo habitual de alcohol es algo mayor mientras que el de tabaco es sensiblemente mayor (de 18 a 32%), siendo el de psicofármacos también más elevado. Las curvas de consumo se igualan en el tabaco, manteniéndose similar (en torno al 40%) durante toda la etapa adulta hasta llegar a la madurez tardía, cuando decae el consumo en la mujer. Con el alcohol, empero, salvo la ventaja inicial de las chicas hay un claro balance de consumo habitual a favor de los varones con una elevación media de unos 10 puntos.

c) Consumo inicial y habitual de drogas ilegales (tabaco, alcohol, psicofármacos): Tanto el consumo inicial como el habitual, incluso el adictivo, son más elevados y frecuentes en el hombre que en la mujer en todas las franjas de edad. Datos del P.N.D. (Madrid, Junio 2001) informan que por primera vez en la historia hay más chicas jóvenes que chicos que se inician en el consumo de alcohol. Ciertamente parece que las mujeres suelen comenzar más precozmente (como ya se dijo) pero se estabilizan y acaban bebiendo menos que el hombre.

Según los datos de que disponemos, el retrato robot de la mujer alcohólica podría ser el siguiente: entre 35 y 45 años de edad, bebe en solitario (por ejemplo, vino en la cocina) de forma atormentada y autodestructiva. Procura ocultar su adicción incluso a los más allegados pero, una vez reconocido el problema, tarda menos que el hombre en buscar solución. Por término medio su alcoholismo dura unos 7 años. Sería lo que en la tipología de Jellinek denominamos alcoholismo de tipo gamma (alcoholomanía). No obstante cada día es más frecuente encontrar mujeres que son bebedoras sociales

De igual manera, el hombre alcohólico tendría entre 42 a 60 años y bebería socialmente aunque completando su ingesta en solitario. Como la mayor parte de adictos, tarda en reconocer el problema, aunque éste es el caso de reconocimiento más tardío: unos 15 años por término medio. Sería el alcoholismo tipo beta y delta de Jellinek.

En virtud de lo anterior, aunque la mujer alcohólica tiene un perfil psicopatológico por lo común más atormentado que el varón, toma conciencia de sus problemas con mayor rapidez y eso repercute beneficiosamente en la solución de los mismos.

El índice de mujeres adictas a sustancias ilegales varía en torno a 4:1 respec-

to al hombre, mientras que el volumen de mujeres que demandan tratamiento es entre 5 y 8 varones por cada mujer.

El retrato robot de la mujer adicta a drogas ilegales tendría entre 28 y 42 años (adviértase el paulatino envejecimiento de esta población), consumidora compulsiva sobre todo de heroína y cocaína (en menor medida), con antecedentes de maltrato y patología somática asociada con mayor frecuencia que el varón. Tarda mucho en solicitar tratamiento, sobre 6 años (por los 4 que tarda el varón) y discrimina menos el tipo de centro demandado (le da igual). El retrato robot del hombre adicto a drogas ilegales tendría entre 25 y 45 años y consumiría fundamentalmente cocaína. También tarda en reconocer el problema o lo minimiza, pero solicita tratamiento antes que la mujer adicta; por término medio en unos 4 años desde que se enganchó. Con mayor frecuencia presenta comorbilidad psiquiátrica asociada o -si se prefiere- mayor psicopatología que la mujer, aunque suele disfrutar de un menor deterioro físico.

### **Intervención terapéutica y género**

¿Es diferente el tratamiento que debe recibir una mujer con problemas de adicción? ¿Es distinta la forma en que el terapeuta debe conceptualizar el problema de su paciente cuando atiende a una mujer adicta que si atendiera a un hombre adicto?

Cuando un profesional tiene enfrente a una mujer adicta sabe que ésta, además de la adicción, suele padecer un problema añadido tanto o más grave que puede ser incluso la causa que originó el trastorno adictivo, como en el caso de una mujer alcohólica que sufre de soledad o padece conflictos matrimoniales y se evade bebiendo, o la de aquella otra que consume psicofármacos para combatir su angustia o el malestar permanente que experimenta.

Del análisis de memorias y estudios de investigación efectuado a este propósito hemos concluido que merece la pena desarrollar un programa específico femenino para abordar más eficazmente los problemas que presenta la mujer adicta, teniendo en cuenta los siguientes rasgos diferenciadores de personalidad:

Minusvaloración de sus capacidades, por lo que es importante trabajar la autoestima desde el principio del tratamiento.

Estilo de relacionarse menos "grupal", más emocional, en ocasiones buscando antes la atracción individual del hombre o mujer que el autoafianzamiento dentro del grupo.

Mayor desvitalización y aparición frecuente de perturbaciones afectivo-emocionales y trastornos depresivos.

Menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y de iniciativa a la hora de tomar decisiones. En muchas ocasiones las mujeres viven sintiéndose inferiores. Esta situación las lleva a estar bajo la "tute la" o cuidado de otros, no importa la edad que tengan, y a pensar que van a equivocarse si deciden por ellas mismas.

La bidependencia como fenómeno típico de la mujer toxicómana aparece en más del 70% de casos.

### **¿Por qué un tratamiento específico?**

El índice de mujeres que solicita tratamiento es inferior al de hombres en tanto que el fracaso terapéutico es superior en la mujer (este porcentaje se invierte en el programa específico, ver datos de seguimiento comparado Pilar Blanco 1990-2003)

Cuando la mujer presenta secuelas o antecedentes de malos tratos, o la tríada depresión, sentimiento de soledad e ínfima autoestima la presencia de varones dificultaría el abordaje (en el caso de los malos tratos muchas pacientes ingresan con androfobia).

Si una mujer (o un hombre) tienen antecedentes de codependencia o bidependencia existen más posibilidades de repetir dicho comportamiento en centros mixtos (por la demostrada tendencia a la reiteración de estas pacientes).

La mujer necesita sentirse cómoda y relajada en el tratamiento. En un centro "sólo mujeres" se puede expresar con mayor desinhibición y espontaneidad, pudiéndose acceder a planos íntimos con mayor tranquilidad, sin el freno psicológico que representa el grupo mixto.

Por fin, en centros mixtos se producen bastantes altas o fracasos terapéuticos por la formación de parejas no autorizadas. El problema es que ambos desvían la atención desde su recuperación hacia la relación, lo que suele conducir al abandono y - por lo común - ulterior recaída.

### **Indicaciones de un programa específico**

Alrededor de un 20% de mujeres son subsidiarias de un programa específico. El resto de mujeres evolucionan con igual eficacia en tratamientos mixtos. Las indicaciones principales para un tratamiento específico serían:

Antecedentes de maltrato, androfobia o misandria reactiva (mujeres sojuzgadas o extorsionada, con una figura opresora masculina), abusos sexuales, violación.

Antecedentes de fracasos reiterados en centros mixtos: tendencia a relaciones de pareja que propician expulsión, etc. Alcohólicas de tipo gamma

(alcoholismos solitarios y autodestructivos).

Mujeres en las cuales la tríada depresión, soledad y baja autoestima resulta patente.

Presencia concomitante de dependencia relacional severa (bidependencia o dependencia emocional).

En general, mujeres cuyo perfil responde al de persona con dificultad para expresar emociones íntimas especialmente ante personas del otro sexo, o a quienes la simple presencia de hombres les hace comportarse antinaturalmente.

En conclusión, en las adicciones femeninas se presenta como prioritario el abordaje de lo psicoafectivo y de lo relacional (bidependencia) mediante una mayor comprensión (que no ha de significar permisividad) que detenga la dinámica de sojuzgamiento a que se acostumbra a la mujer. Así pues, exige un estilo terapéutico diferente que dé cabida a actividades específicas enfocadas a la reestructuración afectiva, a la expresión adecuada de emociones y propicie la adquisición de una autonomía personal.

### **La integración social de las adictas**

Las mujeres adictas encuentran mayores dificultades en este terreno que los hombres debido a los siguientes motivos:

Está "peor visto" la adicción en la mujer que en el hombre, existiendo una mayor tolerancia hacia el varón mientras que las mujeres son objeto de una marginación social más intensa.

Generalmente se trata de mujeres con una menor capacidad de autonomía (por dependencia siempre de alguien) y de independencia. Dependencia emocional como factor de recaída.

Por lo general, la mujer dispone de una menor formación cultural y no tiene profesión definida, circunstancias que motivan un mayor porcentaje de paro o de tener únicamente acceso trabajos de escasa remuneración.

Un número importante de mujeres adictas tienen descendencia y ello dificulta su incorporación al mundo laboral al tener que compaginar el trabajo con el cuidado de los hijos.

### **Sexo del terapeuta: ¿hombre o mujer?**

Muchos son los avatares que acompañan a una relación como la que establecen una adicta y un terapeuta en el marco de un proceso de recuperación. Tanto es así que podríamos considerarla en muchos sentidos una auténtica "relación de pareja pero sin sexo", ya que en lo restante va a incorporar

prácticamente todos los elementos de una relación de esta índole: conocimiento, fascinación y desengaño mutuos, conflictos tanto de componente real como transferencial, lucha por el control del otro, objetivos compartidos o no, etc.

Como comentábamos anteriormente, muchas de las mujeres presentan una dependencia relacional, por lo que uno de los mayores riesgos que asumen los terapeutas que trabajan con mujeres adictas deriva del inadecuado manejo de la distancia emocional y de las posiciones dicotómicas durante la interacción terapéutica. Así, por efecto de sus trastornos y en muchos casos también por el trato recibido de personas cercanas (sobre todo mujeres alcohólicas), resultan frecuentes en estos sujetos los conflictos con figuras masculinas y las reacciones de rebeldía y/o de sumisión por su parte ante las mismas. El terapeuta puede verse arrastrado sin desearlo a interacciones que van desde las luchas más manifiestas de poder hasta situaciones de sobreprotección donde el terapeuta asume voluntaria o involuntariamente responsabilidades que se corresponden con la esencia misma de los conflictos ambivalentes de la paciente adicta. A fin de evitar las consecuencias indeseables de estas circunstancias el terapeuta debe ser consciente de todo esto, siendo fundamental que éste evalúe su trabajo de forma permanente.

Concluiré este apartado afirmando pues que el sexo del terapeuta no influye a la hora de abordar un problema de adicción en la mujer, siempre y cuando éste sepa manejar adecuadamente la distancia emocional así como la posible relación transferencial y contratransferencial que pudiese surgir en el curso de la relación terapéutica.

### Referencias

- Anderson, D.J. (1981). *Perspectives on treatment*. Hazelden Foundation: USA.
- Bergeret, J.(1982). *Toxicomanie et personnalité*, Paris: PUF.
- Bissel, L. y Royce, J. (1987). *Ethics for addiction professionals*. Hazelden Foundation: USA.
- Bishop, A. (1994). La mujer y la adicción al alcohol, *Addictus*, 1, 23-26.
- Catalano, R.F., Hawkins, J.D., Wells, E.A., y Miller, J.L. (1990-91). Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. Special Issue: Relapse prevention in substance misuse. *International Journal of the Addictions*, 25, 1085-1140.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*. Milan: Cortina Editore.
- Deutch, H. (1925). The psychology of women in relation to the function of reproduction. *International Journal of Psycho-Analysis*, 6, p. 405.
- Diez, M., Caballero, L. y Muñoz, P.E. (1998). Estudio descriptivo de los Drogodependientes que iniciaron tratamiento en los Centros del Plan Regional sobre Drogas de la Comunidad Autónoma de Madrid en los años 1985-86 en Comunidad y Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Dweck, C. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 441 - 452.



- Ey Hary. (1978). *Traité de Psychiatrie*. Masson. Paris.
- Gomberg, E. S. y Lisansky, J.M. (1984). *Antecedents of alcohol problems in women*. New York: The Guilford Press,
- Harb, J.J. (1986). El drogadicto y su familia. *Psicopatología*, 6 (4), 364-368.
- Hyde, J. (1995). *Psicología de la mujer*. Madrid: Morata.
- Klingemann, H. (1991). The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *British Journal of Addiction*, 86, 727-744
- Kort, E. (1998). Modelo de tratamiento para la dependencia de alcohol y drogas. *Revista de Trabajo Social*, 22:52-57.
- Lips, H. (1989). *Gender - role socialization: Lessons infeministy*. Moratin Wiew C.A. Mayfield.
- Llopis, J.J. (1997). Determinantes de la adicción a la heroína en la mujer: La codependencia. *Libro de Ponencias de la XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*, 363-398.
- Mayor, L., Cano, L. y López, R. (1999). De la exclusión a la complementariedad: una perspectiva psicológica del tratamiento de las drogodependencias. *Informació Psicològica* (70): 22-26.
- Merino Fernández, R.; Claro Gómez, J. (1990). Sucesos vitales y alcoholismo femenino. *Anales de Psiquiatría* 6: 35-45.
- Moore, H. (1991). *Antropología y feminismo*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Powel, D.J. (1993). *Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling*. Lexington Books: New York.
- Sirvent, C. (1998). *Cuerpo e Identidad Femenina*. Seminario Internacional sobre la Mujer Toxicómana. Santarém, Portugal.
- Sherry, O. y Rhead, W. (1981). Introduction: accounting for sexual meanings". *Sexual Meanings*. Cambridge University Press.
- Stocco, P. (1998). Identidad femenina, entre el riesgo y la protección. *Adicciones*, Vol. 10, 2.
- Swan, N. (1998). Innovative treatment helps traumatized drug-abusing women. En *NIDA Notes*, 13, 2.

**Recibido:** 19/10/2004

**Aceptado:** 7/05/2005