



<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.8>

Caso clínico

1

MIRANDO EN FEMENINO LOOKING FEMININE

Teresa Garriga Ramón, F.J. Samper Villar

Centro de Atención a las Drogodependencias (CASD) de Lleida. Departamento de Psiquiatría, Salud Mental i Addiccions. Hospital de Sta. Maria. Lleida

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de enero de 2016
Aceptado el 10 de febrero de 2016

Palabras clave: Adicción, género, mayor dificultad, tratamiento grupal, abordaje diferencial de género.

Key words: Addiction, gender, difficulty, group treatment, differential gender approach.

RESUMEN

Es verdad que la adicción no distingue género. No obstante la mujer adicta se enfrenta a mayor dificultad en el tratamiento relacionada al mayor rechazo social, mayores pérdidas durante la historia vital y sus consecuencias son mas graves que en el hombre.

Aunque en la última década el abordaje de género en el trastorno adictivo ha despertado un gran interés en el tratamiento, aún hoy en día no disponemos de recursos ni tratamientos específicos en la perspectiva de género.

Mediante este caso clínico y otras experiencias similares, elaboramos un sistema de tratamiento grupal en femenino, con el objetivo de buscar la manera mas adecuada de mirar, atender y mejorar la salud de las mujeres.

En este artículo queríamos dejar constancia y reafirmarnos de que es posible una mirada de género en el tratamiento en los trastornos adictivos. Somos también conscientes que necesitamos avanzar en este campo y llevar a cabo estudios en un futuro que respalde la idoneidad de que el abordaje diferencial de género mejora la salud en las mujeres a largo plazo.

ABSTRACT

It is true that addiction does not distinguish gender. However addicted women face more difficulties in the treatment related to social rejection, long-life losses and its consequences which are more serious than those we have observed in addicted men.

Although in the last decade the interest in gender approach in addictive disorders has generated growing interest, we do not have the resources or specific addiction treatments from a gender perspective yet.

We developed different dynamics of feminine group treatment, using this clinical case and other similar experiences, with the aim of looking for the most appropriate way of looking, attending, and improving the health of women.

In this article, we wanted to put on the record and reaffirm that it is possible a gender perspective in addiction treatments. We are also aware that we need keep making progress on this field; and we wish to carry out more studies to support the suitability of the differences in gender treatment improves long-term health in women.

ANAMNESIS

Antecedentes

1. MEDICOS: No alergias medicamentosas conocidas, sin interés.

Correspondencia:
tgarriga@gss.scs.es

2. PSIQUIÁTRICOS: inicio de tratamiento en Centro de Atención y Seguimiento a las drogodependencias de Lleida en 2001 por trastorno por uso de heroína, cocaína y alcohol. No ingresos psiquiátricos.

3. FAMILIARES: padre alcohólico, negativos en trastorno mental grave.

4. PSICOBIOGRAFÍA BREVE: natural de Nicaragua, reside en España desde 1990, es la segunda de una

2

fratria de cuatro, padres separados; violencia contra la pareja entre los padres. Tiene un hermanastro por parte de madre. Actualmente tiene tres hijos de diferentes relaciones sentimentales (15a, 12a, 18 meses); en total ha tenido cuatro relaciones sentimentales, todas ellas fracasadas. Convive sin pareja y con su hija menor; los dos hijos mayores conviven con su segunda pareja. Situación de abusos sexuales por parte de la tercera pareja hacia la segunda hija a los 9 años de edad. Infancia traumática por maltrato materno. Adolescencia con dificultades de adaptación. Situación de malos tratos y abusos mantenidos durante su última relación sentimental de un año de duración. Laboral: hostelería, actualmente en activo; Legal: no refiere problemas; Estudios: hasta los 16 años, con abandono posterior. Madre y hermanas con estudios universitarios.

SITUACIÓN ACTUAL

Se trata de una paciente que inicia tratamiento en nuestro centro en el año 2001 debido a trastorno por uso de múltiples sustancias así como sintomatología de la esfera ansioso-depresiva. Se orienta a un tratamiento basado en abstinencia y estudio de la patología psiquiátrica acompañante además de intervención individual psicológica y estudio psicométrico de la personalidad.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Vigil y orientada auto y alopsíquicamente, colaboradora y abordable, contacto sintónico y lenguaje coherente. Buen aspecto general. No signos de intoxicación aguda. Animo subdepresivo de características reactivas a la situación vital actual, con sentimientos de tristeza fluctuantes, apatía, no anhedonia, normorexia y normosomnias corregidas con tratamiento; verbaliza en algún momento puntuales crisis de ansiedad y miedos aparentemente infundados y anticipatorios. No se aprecia trastorno del curso del pensamiento ni de la percepción, no clínica psicótica aguda ni ideación autolítica actualmente. Juicio de realidad conservado. Se aprecian rasgos de personalidad cluster B a definir.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

1. Analítica sanguínea y serologías: todos los parámetros en límites normales.
2. Analíticas seriadas de tóxicos en orina: negativos.
3. Psicometría: Mini-Mult (2001):
Puntuación más significativa en las escalas de Depresión, desviación psicopática y psicastenia. Se observa:
 - Sentimiento de inadecuación.

- Sentimientos de inferioridad.
- Persona insegura.
- Fuerte motivación en conseguir reconocimiento.
- Mecanismos de defensa: somatización, sentimientos de culpa, aislamiento, conducta obsesivo-compulsiva.
- Pronóstico: perfil propio de personas que pueden tener una buena relación terapéutica.

DIAGNÓSTICOS

1. EJE I: Abuso de alcohol (305.00); Dependencia de opiáceos inespecífica (304.00); Abuso de cocaína inespecífico (305.60). Síndrome ansioso-depresivo a estudio. Trastorno de ansiedad generalizada.
2. EJE II: trastorno de la personalidad inespecificado, rasgos cluster B, a estudio.
3. EJE III: no presenta
4. EJE IV: problemas de adaptación al núcleo primario de apoyo.
5. EJE V: EEAG inicial: 60 EEAG actual: 90

TRATAMIENTO

Se han ensayado varios tratamientos psicofarmacológicos en coordinación con tratamiento psicológico con objetivos de: 1) mejoría de la clínica ansioso-depresiva, 2) evita recaídas en consumo de sustancias, 3) mejorar globalmente la funcionalidad:

1. Antidepresivos: Sertralina 100mg/24h (2001-2004), Venlafaxina retard 150mg/24h (2004-2006); Escitalopram 20mg/24h; Desvelafaxina 50mg/24h (actualmente)
2. Benzodiazepinas: Alprazolam 0.25mg/24h (2004-2006); Midazolam 7.5mg/24h (2003-2006)
3. Interdictor: Cianamida cálcica 30gotas/24h (2001)

EVOLUCIÓN

1. PERIODO 2001-2006: inicio de tratamiento en CASD Lleida, con correcta adherencia al recurso y al tratamiento prescrito. Mantiene abstinencia y recupera actividad laboral. Mejoría significativa de la clínica ansioso-depresiva a pesar de las situaciones de crisis de ansiedad puntuales. Alta de recurso en 2006.
2. PERIODO 2011-actualidad: Retoma visitas en CASD Lleida como recurso de contacto y fácil acceso ya conocido por la paciente. Verbaliza reaparición de la clínica ansioso-depresiva, similar a la previa pero en contexto de abstinencia. Es en este momento que la paciente expone la situación de maltrato y abuso mantenido hacia ella y a su segunda hija, y reconoce

haber sido una etapa muy complicada de su vida que nunca ha tenido posibilidad de sacar a la luz ni solicitar ayuda por el entorno tan desfavorecedor que tenía. Se deriva a CSMA de Lleida y a los pocos meses de permanencia en este recurso es rederivada nuevamente a CASD Lleida por recaída en consumo de alcohol y persistencia de la clínica ansioso-depresiva a lo que se añade la situación estresora del juicio por abusos de su hija de 12 años, el nacimiento de su hija de 7 meses y una orden de alejamiento por maltrato por parte de su cuarta pareja sentimental. En este momento se mantiene la clínica objetivada ansioso-depresiva de base además de consumo activo de alcohol. Se acuerda trabajar con la paciente y el equipo de manera integrada con la mirada de género. Se vincula e integra a terapia de grupo de mujeres. Actualmente está en tratamiento psicofarmacológico y psicológico, abstinerente, trabaja, vive con su hija menor y sin pareja mantiene fuerte vinculación con los hijos mayores a pesar de no vivir con ellos, objetivándose una mejoría progresiva anímica y empoderándose en capacidades y habilidades personales.

DISCUSIÓN

En el ámbito de los trastornos por uso de sustancias es habitual la interconexión del binomio violencia de género-drogas. Muchas de las situaciones de sufrimiento de violencia y/o abusos se inician en la infancia o adolescencia y continúan en la edad adulta y en contextos diferentes¹. Las pacientes hacen reiterados intentos en acceder a los recursos para cambiar su situación, siendo muchas veces sólo visible la parte relacionada con la clínica psicopatológica, pasando desapercibida por los recursos asistenciales las situaciones vitales traumáticas; lo que conlleva en la mayoría de los casos a un acceso de “puerta giratoria”. Se observa además que los episodios de más abuso de sustancias coinciden con las situaciones más traumáticas y vitales en la mujer²⁻⁴. A esto se añade que la mayoría de ellas sufren pobreza económica relacionada con la complejidad vital vivida que les ha impedido el acceso a una situación laboral digna para su autonomía, lo que conlleva una dificultad añadida a la rehabilitación.

Por todo esto creemos importante poner en las intervenciones una mirada de género en los casos de consumo de sustancias en mujeres, y mejorar los recursos asistenciales y que sean específicos para esta problemática.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no tiene conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valls C. La invisibilidad de las mujeres en los tratamientos. Barcelona: DeBolsillo; 2006.
2. http://drogues.gencat.cat/ca/professionals/tractament/col_lectius_amb_necessitats_especificques/drogues_i_violencia/
3. Muruaga S, Pascual P. La salud mental de las mujeres: La psicoterapia de equidad feminista. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud; 2013.
4. Martínez P. Extrañándonos de lo “normal”. Cuadernos Inacabados, numero 57. Madrid: Horasyhoras; 2009.