

Fernando Pérez del Río  
y Manuel Mestre Guardiola

# Drogodependencias y sexualidad



BIBLIOTECA NUEVA

# Índice

[Nota de los autores](#)

[Agradecimientos](#)

[Prólogo](#)

[Primera parte](#)

[ACLARANDO ALGUNOS CONCEPTOS](#)

[Capítulo 1](#)

[Introducción](#)

[Capítulo 2](#)

[Nuevo concepto de sexualidad](#)

[2.1. ¿Qué es eso del sexo?](#)

[2.1.1. Pero ¿solo hay dos sexos?](#)

[2.2. ¿Qué es la sexualidad?](#)

[2.3. Identidad sexual](#)

[2.4. Rol de género](#)

[2.5. Orientación sexual](#)

[2.5.1. Tres formas saludables de vivir la sexualidad](#)

[2.5.2. Conducta sexual no equivale a orientación sexual](#)

[2.5.3. La orientación sexual no se elige, sino que se toma conciencia de ella](#)

[2.5.4. Otros aspectos sobre la orientación sexual](#)

[2.6. Respuesta sexual humana](#)

[2.6.1. Fase de deseo](#)

[2.6.2. Fase de excitación](#)

[2.6.3. Fase orgásmica](#)

[2.7. Dificultades en la respuesta sexual](#)

[2.7.1. Dificultades en la fase de deseo](#)

[2.7.2. Dificultades en la fase de excitación](#)

[2.7.3. Dificultades en la fase orgásmica](#)

[2.7.4. Otras dificultades en la respuesta sexual](#)

[Capítulo 3](#)

[La importancia de las actitudes en la sexualidad](#)

[3.1. Introducción](#)

[3.2. Reflexiones sobre el cambio en las actitudes](#)

[3.3. Las actitudes del terapeuta](#)

[3.4. Instrumentos para la evaluación de las actitudes](#)

[Capítulo 4](#)

[Evaluación del área de sexualidad](#)

[4.1. Introducción](#)

[4.2. Evaluación general del Programa](#)

[4.3. Evaluación de los talleres](#)

[4.4. Evaluación de los usuarios](#)

[4.5. Cuestionarios e instrumentos de evaluación](#)

[Capítulo 5](#)

[Conceptualización de las drogas](#)

[5.1. Drogas y toxicidad](#)

[5.2. Uso y hábito](#)

[5.3. Abuso](#)

[5.4. La dependencia](#)

[5.5. La drogodependencia](#)

[5.6. La tolerancia](#)

- [5.7. Síndrome de abstinencia](#)
- [5.8. Intoxicación](#)
- [5.9. Vías de administración](#)
- [5.10. Clasificación y tipos de drogas](#)

## [Capítulo 6](#)

### [Epidemiología de las drogodependencias](#)

- [6.1. Tendencias actuales de consumo](#)

## [Capítulo 7](#)

### [La evaluación de las drogodependencias](#)

- [7.1. Evaluación de los pacientes](#)

## [Segunda parte](#)

## [LAS RELACIONES ENTRE DROGAS Y SEXUALIDAD](#)

## [Capítulo 8](#)

### [Como afectan las drogas a la sexualidad](#)

- [8.1. Introducción](#)
- [8.2. En cuanto al diagnóstico](#)
- [8.3. Estudios con drogodependientes](#)
- [8.4. Drogas estimulantes del sistema nervioso](#)
- [8.5. Drogas depresoras del sistema nervioso](#)
- [8.6. Drogas que alteran la conciencia](#)
- [8.7. Adicciones sin sustancia](#)

## [Capítulo 9](#)

### [Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta](#)

- [9.1. Introducción](#)
- [9.2. Definición de las variables](#)
- [9.3. Prevalencia del abuso sexual en la infancia](#)
- [9.4. Consecuencias del ASI](#)
- [9.5. Relación entre ASI y drogodependencia](#)
- [9.6. Descripción de caso: Martín](#)
- [9.7. Discusión y conclusiones](#)

## [Capítulo 10](#)

### [Sobre la adicción al sexo](#)

- [10.1. Comenzando a definir la adicción al sexo](#)
- [10.2. Características y ciclo](#)
- [10.3. Diagnóstico diferencial](#)
- [10.4. Tratamiento](#)

## [Capítulo 11](#)

### [La dependencia emocional en las adicciones](#)

- [11.1. Introducción](#)
- [11.2. Características de la dependencia emocional](#)
  - [11.2.1. Negatividad sobre sí mismo](#)
  - [11.2.2. Excesiva fusión con sus parejas u otras personas](#)
  - [11.2.3. Ansiedad de separación](#)
  - [11.2.4. Otras características](#)
- [11.3. Evaluación de la dependencia emocional](#)
- [11.4. Relación entre la dependencia emocional y las adicciones](#)
- [11.5. Consideraciones para el tratamiento](#)

## [Capítulo 12](#)

### [Género y adicción](#)

- [12.1. Introducción](#)
- [12.2. La drogodependencia desde la perspectiva de género](#)

- [12.3. Impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres](#)
- [12.4. Perfiles de mujeres adictas](#)
- [12.5. En cuanto a los programas residenciales de tratamiento](#)
- [12.6. El trabajo específico con mujeres](#)
- [12.7. Casuística](#)

## [Capítulo 13](#)

### [La formación del terapeuta](#)

#### [Tercera parte](#)

### [PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL](#)

## [Capítulo 14](#)

### [Talleres sobre sexualidad para drogodependientes](#)

- [14.1. Introducción](#)
- [14.2. Taller: Prevención de riesgos asociados a las conductas sexuales](#)
  - [14.2.1. Presentación](#)
  - [14.2.2. Objetivos del taller](#)
  - [14.2.3. Descripción de las actividades](#)
  - [14.2.4. Actividad complementaria](#)
- [14.3. Taller: Miedos o temores sobre mi sexualidad](#)
  - [14.3.1. Presentación](#)
  - [14.3.2. Objetivos del taller](#)
  - [14.3.3. Descripción de las actividades](#)
  - [14.3.4. Actividad complementaria](#)
  - [14.3.5. Comentarios](#)
- [14.4. Taller: Amor, enamoramiento y relaciones de pareja](#)
  - [14.4.1. Presentación](#)
  - [14.4.2. Objetivos del taller](#)
  - [14.4.3. Descripción de la actividad](#)
  - [14.4.4. Actividades complementarias](#)
- [14.5. Taller: La ruptura sentimental](#)
  - [14.5.1. Presentación](#)
  - [14.5.2. Objetivos del taller](#)
  - [14.5.3. Descripción de la actividad](#)
  - [14.5.4. El cambio llega con la acción](#)
  - [14.5.5. Actividades complementarias](#)
- [14.6. Taller: Para disfrutar en la sexualidad es importante...](#)
  - [14.6.1. Presentación](#)
  - [14.6.2. Objetivos del taller](#)
  - [14.6.3. Descripción de la actividad](#)
  - [14.6.4. Cuatro aspectos básicos](#)
  - [14.6.5. Otras sugerencias](#)
- [14.7. Taller: Aprendo a conocerme y valorarme](#)
  - [14.7.1. Presentación](#)
  - [14.7.2. Objetivos generales](#)
  - [14.7.3. Actividades](#)

## [Bibliografía](#)

# DROGODEPENDENCIAS Y SEXUALIDAD

BIBLIOTECA DE LA SEXUALIDAD  
Dirigida por el Dr. Agripino Matesanz

Fernando Pérez del Río  
Manuel Mestre Guardiola

# DROGODEPENDENCIAS Y SEXUALIDAD

Prólogo de Félix López

BIBLIOTECA NUEVA  
UNIVERSIDAD DE BURGOS

© Fernando Pérez del Río y Manuel Mestre Guardiola, 2016

© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 2016

Almagro, 38

28010 Madrid (España)

[www.bibliotecanueva.es](http://www.bibliotecanueva.es)

[editorial@bibliotecanueva.es](mailto:editorial@bibliotecanueva.es)

© Universidad de Burgos, 2016

C/Hospital del Rey s/n

09001 Burgos

ISBN: 978-84-16647-13-2

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs., Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

*A Carolina Pérez Martín, mientras escribo este libro ella comienza a expresar sus primeras palabras.*

Fernando

*A Marivi, a Raúl y Lluís.*

Manuel

## Nota de los autores

Al terminar una de nuestras clases, una niña de 11 años nos dijo: «Cuando en la tele salen dos besándose, tengo un cosquilleo aquí abajo; ¿por qué me pasa esto?».

Al orgullo de impartir clases en un campo que nos agrada, se une la satisfacción de ayudar a niños, adolescentes y pacientes a conocer esta dimensión humana que es la sexualidad. Trabajamos con mucho agrado cuando somos conscientes de aportar un grano de arena a la hora de promover una vivencia positiva de la sexualidad. El entusiasmo por transmitirlo como docentes, tutores de prácticas o terapeutas nos llevó a plantearnos este trabajo, pero también, y desde otro plano, la escasez de trabajos y referencias que relacionan las adicciones y la sexualidad nos animó, finalmente, a materializarlo en un libro.

No existe un manual de instrucciones para garantizar un conocimiento completo; para nosotros, la manera fundamental de investigar ambas materias es asignar importancia a la experiencia de los pacientes, pero como podrá apreciarse, nuestra intención no será otra que la de aportar y ordenar definiciones, aclarar problemas y sobre todo ayudar a los terapeutas en estos dos complicados temas interdisciplinarios.

Para la realización de este manual hemos tomado como punto de partida algunos textos, artículos, investigaciones y capítulos de otros libros ya publicados con otros amigos y colegas de profesión, material que, para esta ocasión, ha sido adaptado y mejorado notablemente. Como todos los libros, también este ha ido adquiriendo paulatinamente su forma, sirviéndose, por ejemplo, del capítulo sobre adicción al sexo del libro *Nuevas adicciones ¿Adicciones Nuevas?*, de Fernando Pérez del Río e Isidoro Martín, publicado en 2007, así como del metaanálisis «Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta» (Pérez, Mestre), publicado en la revista *Papeles del Psicólogo* (2013), o del trabajo «Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad» (Pérez del Río, Mestre y Del Río), publicado en la Revista *Adicción y Ciencia* (2013), etc.

También han colaborado Roberto Verdugo, experto en Drogodependencias, psicólogo en Santander, colabora en el capítulo «La dependencia emocional en las adicciones». Francisco Javier del Río, psicólogo, sexólogo y metodólogo, doctorando en Psicología por la Universidad de Almería, miembro del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología, Cádiz, colabora en el capítulo «Evaluación, Actitudes, y cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad». Marta González, psicóloga y experta en Terapias Familiares, Burgos, colabora en el capítulo «Género y adicciones».

Por último, aunque actualmente los autores vivamos en lugares diferentes, ambos hemos sido alumnos del mismo profesor, el catedrático de sexualidad Félix López, quien nos ha transmitido la importancia de la tolerancia y de hacerse preguntas. Creemos que hemos seguido a pies juntillas sus consejos y como recompensa hoy es el día que amablemente nos regala el prólogo de este libro.

Manteniendo una actitud abierta, deseamos dar una cálida bienvenida al lector de este pequeño manual. A partir de aquí, confiamos en que atravesando estas páginas podrá iniciar un viaje que le llevará a conocer mejor las relaciones entre las adicciones y la sexualidad, tantas veces nombrada, tantas veces temida y tantas veces

malentendida.

### **Agradecimientos**

A la directora de la Asociación Prosame de Enfermos Mentales de Burgos, Conchi Martín Antolín. Al profesor Rafa Gómez. A la Trabajadora Social Paula Guerra y a la periodista Elena Bilbao.

Y como siempre, siendo ya una larga tradición, al escritor y mejor amigo Toño Pérez (Barcelona).

*De lo que no se puede hablar no basta con callarse, hay que escribirlo*, Jacques Derrida (1989).

## Prólogo

Me llena de alegría que alumnos míos no solo trabajen bien y en temas o problemas de gran interés social, sino que sean capaces y se animen a transmitir sus conocimientos y experiencia a través de publicaciones. Este es el caso del presente libro.

El tema es sobremanera interesante y necesario, porque son pocos los trabajos de este tipo publicados en español, como he podido comprobar en las ocasiones que me he acercado a intentar comprender las relaciones entre el consumo de drogas y la sexualidad. Los profesionales y las personas interesadas en el tema se van a encontrar con una información práctica, amplia y bien fundamentada.

La motivación del ser humano por el placer la compartimos con todos los seres vivos y está muy relacionada con la supervivencia. Por eso las actividades fundamentales que garantizan la supervivencia están premiadas con placer: comer, beber, tener relaciones sexuales, etc. El hambre, la sed y el deseo sexual nos apremian a buscar su satisfacción y esta nos produce un intenso placer.

La actividad sexual, en concreto, está altamente premiada por la naturaleza porque facilita la reproducción. Y en el caso humano, la actividad sexual ha dado un salto cualitativo, porque el deseo y el placer no están vinculados a la reproducción, sino que el deseo puede activarse en todo momento, incluso cuando es imposible la reproducción, y el placer sexual es una recompensa que siempre acompaña a la conducta sexual, salvo disfunciones. Los seres humanos podemos decidir tener o no tener relaciones sexuales, nuestra sexualidad está en el reino de la libertad, no es un mero instinto en el reino de la necesidad al servicio de la reproducción.

Este salto cualitativo y esta capacidad humana para tomar decisiones sobre nuestra vida sexual y amorosa nos hace libres, dueños de nuestra biografía sexual. Y esta libertad es el mayor don que nos han dado los dioses, como decía don Quijote a Sancho, pero también hace más probable que cometamos errores, seamos víctimas de mitos, prejuicios o problemas. Por otra parte, las religiones y las culturas siempre han querido regular esta libertad, con frecuencia de forma represiva.

Desde este punto de vista ya encontramos algunas relaciones posibles bien perversas entre sexualidad y drogadicción:

(a) En primer lugar, las drogas pueden tener la función de hacernos atrevidos a la hora de superar la represión sexual, la timidez, la ansiedad, etc.; es decir, la de ser un facilitador del inicio de la actividad sexual, especialmente en culturas represivas y en personas reprimidas o miedosas. Se trataría de «colocarse» para poder hacer lo que de otra forma no harían. El efecto en este caso es sobre quien las toma, pero también sobre el grupo en que se comparte la ingesta de estas sustancias. Se crea un ambiente de liberación, buen rollo o incluso de orgía.

(b) En segundo lugar, hay que señalar que el acceso a la conducta sexual no convencionalmente aceptada (fuera de la pareja estable) y el acceso a la drogadicción son dos comportamientos que están dentro de lo que he llamado, ya hace años, «síndrome de lo prohibido». En los primeros estudios que realicé sobre conducta sexual, en los años 80, pude comprobar que quienes tenían diversas conductas

prohibidas o mal vistas (fumar porros, emborracharse, ir poco a clase, estar en conflicto con padres o profesores, robar algunas cosas, probar algunas drogas, etc.) accedían antes a la actividad sexual, tenían más relaciones sexuales ocasionales y asumían más riesgos. Es decir, el acceso a la sexualidad y el consumo de estas sustancias forma parte de la tendencia a tener comportamientos prohibidos o mal vistos socialmente. Por eso se hablaba de sexo, drogas y *rock and roll*: un contexto, una sustancia y una actividad. Aún hoy puedo contar una anécdota reciente, porque para una semana de la cultura en un instituto me pidieron una charla sobre sexualidad, y cuando les pregunté por el resto del programa, me dijeron que tratarían tres temas: drogas, alcoholismo y sexualidad. En broma, precisamente por cuanto acabo de decir, les respondí: «Pues con esas compañías no voy; ¿por qué no me ponéis con ecologismo, ética y vida saludable?».

Pero hay una razón más poderosa para recurrir a las drogas, porque no solo estamos motivados por el placer sino también por algo mucho más complejo: la felicidad, esa aspiración nunca colmada que puede llevarnos a sentirnos frustrados, fracasados, aburridos, marginados, etc. En estos casos, la posibilidad de recurrir a sustancias que nos hagan olvidar nuestros sufrimientos y alcanzar sentimientos de plenitud, entre otros, es más probable. Necesitamos encontrar sentido a la vida y sentirnos bien; si no es así, la tentación de buscar calma, consuelo y sentimientos positivos es más grande. Las drogas pueden cumplir esta función, al menos durante un tiempo.

De esta forma, la motivación para el placer y la felicidad, dos pulsiones muy positivas del ser humano, pueden buscarse de forma equivocada a través de las drogas.

Otros inicios pueden ser más perentorios y basarse en el deseo de tener experiencias nuevas, la presión del grupo de iguales o de la pareja, etc. O simplemente probar para experimentar o incluso para violar las normas y convenciones sociales.

La libertad es un mundo de posibilidades positivas, pero también de asumir riesgos y cometer errores, este es el destino del ser humano. Además, cuando se inicia un camino erróneo que nos da recompensas a corto plazo, como es el caso de las drogas, no es fácil encontrar la «medida de las cosas», la «mesura», el «metron» de los griegos o la regulación de las pasiones, que diríamos hoy. Por ello, Sócrates y los socráticos, incluido Epicuro, hablaban muy bien del placer, pero siempre insistían en la necesidad de «medida» para seguir siendo dueños de la conducta y llevar una vida buena.

En nuestras sociedades de mercado estos problemas se agrandan porque nos manipulan con dos grandes objetivos que nos hacen interiorizar como buenos: ser muy trabajadores y ser grandes consumidores. De esta forma favorecen la escisión de la vida en tiempo de esfuerzo y sufrimiento y tiempo de diversión y locura. Tiempo para trabajar, asumir responsabilidades y tiempo para consumir, a ser posible haciendo locuras, «hasta que el cuerpo aguante». La felicidad reside, por un lado, en el éxito o la excelencia en el trabajo y la acumulación de dinero, y por otro, en poder consumir lo más posible. En este contexto, el acceso a los placeres sexuales y al consumo de bebidas y sustancias cobra todo el sentido porque permite tolerar mejor

el tiempo de sufrimiento y, supuestamente, disfrutar más con el consumo de placeres de todo tipo y sin límite.

El poder de los poderosos que regulan las leyes y valores del mercado es hoy especialmente grande y peligroso porque nos hacen un discurso de libertades cuando crean y manipulan nuestras necesidades, especialmente las que pueden provocar un consumo compulsivo, ya sea de sustancias, ya de actividad sexual. Se trata de prometer el placer y la felicidad sin límites a los que hay que acceder acumulando dinero para poder consumir también sin límites.

Que este libro nos sirva para comprender el engaño y la perversión que supone el camino de la drogadicción, sea para soportar el tiempo de sufrimiento o para colmar el tiempo de locura consumista. Y, ¡ojalá!, saquemos personal y culturalmente la sexualidad del «síndrome de lo prohibido», entendiéndola como un derecho que podemos ejercer con libertad, sin la represión del pasado y sin la presión consumista compulsiva del presente. Ser dueño de uno mismo y sentirse libre y responsable de la propia biografía sexual y amorosa es el camino en la diversidad que somos.

Félix López

Primera parte  
ACLARANDO ALGUNOS CONCEPTOS

# Capítulo 1

## Introducción

¿Por qué es necesario atender la sexualidad en un centro de drogodependientes? El nuevo paciente que ha ingresado tiene veinticinco años y nos comenta que siempre que tenía relaciones sexuales lo hacía «colocado». Por lo visto tuvo muchas parejas sexuales, pero con ninguna de ellas hablaba de sus gustos y preferencias; la relación se limitaba a la penetración y pocas veces utilizaban preservativo. Hace año y medio, tras un análisis rutinario, descubrió que era seropositivo. Actualmente siente miedo a fracasar si intenta mantener relaciones sexuales sin haber consumido antes, pero, sobre todo, ahora que conoce su condición de seropositivo, teme ser rechazado.

La última usuaria que vino a realizar un tratamiento comenzó a consumir muy joven. Siempre nos comentaba que lo hacía para escapar de la situación que vivía en casa. Como era previsible, pronto necesitó más dinero del que disponía y, casi sin darse cuenta, comenzó a prostituirse para conseguirlo. El episodio más crítico lo sufrió hace medio año, cuando decidió interrumpir un embarazo que nunca deseó. A día de hoy, como si hubiera algo sospechoso y que no termina de entender, no le es posible evitar la sensación de ser utilizada cuando tiene una relación sexual, y en ocasiones le invade un gran sentimiento de culpa que, según ella, la paraliza.

Estos son dos ejemplos del modo en que vivencian la sexualidad personas que están intentando dejar el mundo de las drogas, lo cual se contradice con el escaso número de programas terapéutico-educativos que actualmente incluyen proyectos bien definidos que aborden de forma clara esta importante área.

A nuestro juicio, la salud sexual debería incluirse en la intervención de los programas comunitarios de atención integral a drogodependientes. En primer lugar, se comprende fácilmente porque la vivencia que estas personas han tenido de la sexualidad suele ser muy negativa y, en segundo lugar, porque todas las adicciones producen a medio y largo plazo efectos negativos sobre la sexualidad en general o sobre la respuesta sexual concreta de cada persona. También sabemos que durante el proceso de abandono del consumo aparecen una serie de miedos: preocupaciones relacionadas con la sexualidad, dudas respecto a la valía de uno mismo como amante o sobre la propia respuesta sexual, expectativas irreales de lo que son las relaciones sexuales, etc., que pueden entorpecer la recuperación. Somos conscientes de que problemas vividos en el área afectivo-sexual, como pueden ser una baja autoestima corporal o rupturas de pareja, suelen resultar facilitadores o precipitantes de una recaída.

La salud sexual según la Organización Mundial de la Salud (OMS): En 2002 la OMS reunió a un grupo de expertos internacionales para tratar de definir el concepto de salud sexual. De aquella consulta técnica surgió la base para la actual definición:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Como vemos, este modo de entender la salud sexual está muy influido por la definición de salud aprobada por la propia OMS en 1948, que considera la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como una ausencia de afecciones o enfermedades. La salud sexual y por tanto su promoción requiere de:

En primer lugar, una visión positiva de la sexualidad y de las diferentes posibilidades que esta nos ofrece: obtención de placer, reproducción o comunicación de afectos y sentimientos.

En segundo lugar, un acercamiento respetuoso al hecho sexual humano, a sus diferentes matices y formas de vivirlo, así como a las diferentes identidades, orientaciones y conductas sexuales, que, a su vez, sean respetuosas con las demás personas.

En tercer lugar, el reconocimiento del placer sexual como un valor positivo. La posibilidad de obtener placer en las relaciones sexuales no solo se entiende como saludable, sino como condición necesaria para la salud.

En cuarto lugar, tomar conciencia de los riesgos asociados a las conductas sexuales (embarazo no deseado, enfermedades transmitidas sexualmente, como VIH o hepatitis) y favorecer experiencias sexuales seguras.

En quinto lugar, unas relaciones sexuales fruto de una aceptación libre y voluntaria, nunca obligadas ni efectuadas bajo presión de ningún tipo.

Y, por último, una actividad sexual que se produce dentro de un contexto de: *a)* igualdad y no discriminación, es decir, fuera de relaciones de poder donde una persona o un género se considere superior a otro; y *b)* buen trato y no violencia, como opuesto al maltrato y la violencia.

En un informe más reciente de 2011, la propia OMS señala: «la salud sexual es fundamental para la salud física y emocional y el bienestar de los individuos, parejas y familias» y afirma que la capacidad de hombres y mujeres para alcanzar la salud sexual depende de su acceso a: *a)* una información de buena calidad sobre el sexo y la sexualidad; *b)* un conocimiento de los riesgos y la vulnerabilidad de las personas ante las consecuencias negativas de la actividad sexual; *c)* una atención de la salud sexual; y *d)* un entorno que afirma y promueve la salud sexual.

A la vista de estas declaraciones, nos preguntamos: ¿Son los centros de atención a drogodependientes entornos donde se ofrece información de calidad, donde se concientiza de los riesgos asociados a las conductas sexuales, donde se atiende y promueve la salud sexual? Si no es así, estamos ante una notable carencia que conviene subsanar, ya que la salud sexual supone un aspecto fundamental para lograr la salud física y emocional.

España, como consecuencia de su transición democrática, se encontró de golpe, como si se tratara de un volantazo, con problemas casi desconocidos que las nuevas libertades sociales trajeron consigo; y dadas nuestras condiciones de entonces, sobra decir que no estábamos suficientemente preparados para enfrentarnos a las dificultades que se nos avecinaban. Así, numerosos sanitarios se vieron obligados a adaptarse a marchas forzadas con mayor o menor suerte a los nuevos retos.

Sea como fuere, el caso español fue algo excepcional, por pasar en poco tiempo de una cierta ingenuidad y precariedad a estar frente a una epidemia: la heroína. El

desconocimiento sobre cómo tratar a estos pacientes era casi generalizado y los servicios sanitarios se vieron a menudo desbordados. La falta de experiencia de los profesionales derivó en la imposibilidad, en la mayoría de los casos, de poder ofrecer una contención necesaria a personas con aquella problemática. Además, el miedo a tratarlas y, sin duda en algunos casos, el rechazo a atenderlas —pues nadie ignora que el drogodependiente suele plantear dificultades específicas— contribuyó a entorpecer un acercamiento adecuado a la situación. Con tales mimbres, se entiende el fuerte desarrollo en España de diferentes organizaciones privadas surgidas en los años 80 y principios de los 90 al margen del sistema público, el cual dio la espalda a este espinoso asunto.

Un intento especialmente enérgico para tratar de subsanar este vacío fue la creación hace ya más de treinta años del Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), que aglutinó a diferentes colectivos para dar respuesta a uno de los problemas sociales más importantes. El PNsD fue un acicate para mejorar el sistema de atención a drogodependientes y conocer la extensión del problema de las drogodependencias, pero aún sigue siendo prioritario el estudio de las mismas. De igual manera, sigue siendo importante apostar por la prevención y el tratamiento de las drogodependencias, pues no debemos olvidar que España continúa situándose en las filas de los países desarrollados donde las prevalencias de consumo de sustancias son más elevadas. En el capítulo de epidemiología ofreceremos algunos datos de países americanos.

En este punto debemos hacer un inciso para recordar que, al igual que el tratamiento de las drogas, el tratamiento de la sexualidad también llegó tarde en comparación con otros países occidentales. Tan solo recientemente se han comenzado a cuestionar algunos falsos mitos o a superar la negación, la culpa y las posturas erotofóbicas. La sexualidad es una dimensión que merece y puede ser vivida de forma positiva y libre a la vez que responsable, pues conlleva multitud de matices compatibles con la salud. Una dimensión humana para ser vivida a través de todos los sentidos, de todo el cuerpo, de forma ética y respetuosa, vinculada esencialmente al placer y a las diferentes emociones que despierta en cada persona. Sin olvidar tener muy en cuenta tanto el contexto social como los aspectos subjetivos de la sexualidad.

Y quizá este sea un momento adecuado para enlazar ambas áreas, puesto que existe una relación entre ellas. A lo largo de la historia, con mayor o menor éxito, se ha hecho uso de determinadas sustancias para alterar la vivencia de la sexualidad; si bien sabemos que, de forma general, a medio-largo plazo todas las adicciones tienen repercusiones no deseadas sobre la propia sexualidad.

Nos enorgullece poder ser su guía en este camino de descubrimiento. Por otro lado, hoy en día se nos siguen planteando interrogantes y surgen nuevos retos con respecto a la sexualidad en personas adictas. Por un lado, diversos estudios, revisiones e investigaciones nos han ido recordando las relaciones y consecuencias entre los abusos sexuales y los drogodependientes. Según Moreno, Prior (1998) y Simmons, Sack (1998), una de las consecuencias de haber sufrido abusos sexuales es el posterior alcoholismo y el consumo de drogas. Trabajos como los de Jacobson y Richarson (1987), Winfield *et al.* (1990) y George *et al.* (1991) demuestran que las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de

abuso y dependencia a sustancias, mayor consumo de psicofármacos, aunque también estos autores añaden una larga lista de consecuencias que incluye desde una mayor incidencia de distintos tipos de trastornos psicopatológicos a intentos de suicidio. ¿Cómo atender los casos de abusos sexuales en drogodependientes? ¿Necesitan los terapeutas disponer de una formación específica?

Surgen desafíos como, por ejemplo: las importantes diferencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas y la atribución de ese consumo en función del sexo. Parece que los hombres tienen poca conciencia de aquellos conflictos o problemas previos al inicio del consumo, e identifican el consumo como la *causa* de sus problemas actuales. Sin embargo, las mujeres evidencian un mayor grado de conciencia de los conflictos o problemas existentes que identifican como desencadenantes del consumo; para ellas, el consumo es una *consecuencia* de estas dificultades previas.

Seguimos encontrándonos con nuevos retos, por ejemplo el sexo inseguro o «no deseado» constituye otro de los riesgos muy vinculado al consumo de drogas y a la diversión nocturna. Para algunos jóvenes, hombres y mujeres, el consumo de sustancias forma parte integral de su estrategia de acceso al sexo. Incluso han elaborado un imaginario de los efectos que cabe esperar de cada droga sobre la sexualidad (Jerez, Duch y Calafat, 2012).

En los próximos capítulos aspiramos a ir dando respuesta a estos interrogantes y a otros que requieren de una reflexión más intensa. Lo que no admite lugar a dudas es que cualquier programa que aspire a ofrecer una atención integral a sus usuarios no puede dejar de lado el área de la sexualidad y la salud sexual.

## Capítulo 2

### Nuevo concepto de sexualidad

#### 2.1. ¿Qué es eso del sexo?

Si vamos a hablar de sexo y sexualidad, antes debemos comprender algunos conceptos. ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexo y sexualidad? En muchas de nuestras intervenciones sobre educación sexual comenzamos, precisamente, lanzando al auditorio esta pregunta: ¿Qué es eso del sexo? Es común que, al principio, se produzcan risas (sobre todo si se trata de un grupo de adolescentes), silencios y alguna vacilación, pero, poco a poco, comienzan a dar respuestas. Entre los adolescentes es frecuente encontrarse con las siguientes: *a)* una relación entre dos o más personas; *b)* penetración, hacer el amor; *c)* placer; y *d)* reproducción. Esta viñeta expresa con cierta precisión la realidad de lo que suele ocurrir.

Para conseguir los propósitos que perseguimos bastará con que, a continuación, comentemos que todas estas respuestas tienen que ver con el sexo pero que no están acertando en la definición del término en cuestión, así que continuamos preguntando. Cuando en un documento oficial, en un pasaporte, por ejemplo, aparece el apartado «sexo», ¿a qué se refiere? Es entonces cuando se dan cuenta de que el sexo no es una parte del cuerpo, como los genitales, ni una determinada conducta, como coitar o hacer el amor, sino que el concepto de sexo se refiere al hecho de ser hombre o mujer.

Debemos señalar que el sexo que aparece en un documento oficial se refiere al *sexo asignado* a esa persona en el momento del nacimiento. Asignación realizada dependiendo del aspecto de los genitales externos. Ahora bien, llegar a construirse como hombre o como mujer es resultado de un proceso mucho más amplio, una sucesión de acontecimientos que configuran a una persona como eminentemente sexuada en masculino o en femenino (Amezúa, 1979), y que comprende diferentes niveles: biológico, psicológico y social.

A nivel *biológico*, contamos con un sexo genético, con cromosomas propios de hombre (XY) o de mujer (XX). Si las gónadas, inicialmente indiferenciadas, reciben el mensaje enviado por el cromosoma Y, estas se desarrollarán como testículos; si no es así, evolucionarán como ovarios. Las gónadas producirán hormonas sexuales masculinas o femeninas que, a su vez, estimularán el desarrollo de genitales masculinos o femeninos. Más adelante, con la llegada de la adolescencia, los testículos serán los encargados de fabricar los espermatozoides y los ovarios, los óvulos.

A nivel *psicológico* llegamos a tener la certeza de pertenecer a uno u otro sexo. Esto es lo que se denomina identidad sexual. Más adelante tomamos conciencia de nuestra orientación sexual, es decir, nos damos cuenta que nos sentimos atraídos mayoritariamente por personas del mismo sexo, de diferente sexo al nuestro o por otras personas independientemente de su sexo. A lo largo de nuestra vida, diferentes afectos sexuales como el deseo, la atracción y el enamoramiento motivarán nuestra conducta.

Como ya hemos señalado, dependiendo de la apariencia externa de los genitales se

nos atribuye un sexo, hombre o mujer, pero también, a la vez, un género masculino o femenino. Entramos de lleno en el nivel *social*, de gran importancia ya que, según el significado que cada sociedad otorgue al «ser hombre» o al «ser mujer», se nos educará de uno u otro modo.

En nuestra sociedad existe todavía un doble proyecto educativo, una educación diferencial. Por el solo hecho de haber nacido hombre o haber nacido mujer se esperan cosas diferentes de nosotros. Existen estereotipos masculinos y estereotipos femeninos, expectativas de cómo debe comportarse, sentirse, expresarse un hombre o una mujer. Para ilustrar este punto basta con que pensemos en la inminente llegada al mundo de un bebé y a preguntarnos de qué color se acostumbra a elegir la ropa en función del sexo de la criatura. Los usuarios con los que trabajamos suelen responder que, a menudo, a los niños se les compra ropa de color azul y a las niñas de color rosa. Pero más interesante es prestar atención a qué juguetes elegimos para unos y para otras. A un niño, ¿qué juguetes se le compran? A una niña, ¿qué juguetes se le compran? Cuando pensamos en juguetes para niños, las respuestas más frecuentes de los usuarios son: pelotas, coches, muñecos de acción. A las niñas, en cambio, se las invita a jugar a cocinitas o a muñecas a las que suelen cuidar o poner guapas. Podríamos ampliar las respuestas, pero con esto suele servir. La cuestión es: ¿qué hay en común entre los juguetes dirigidos a niños y los dirigidos a niñas?

Si extraemos el común denominador de cada una de las listas de juguetes, podemos ver que, en general, a las niñas se las educa para: *a)* «cuidar», el cuidado de las otras personas es una faceta que fomentamos entre las mujeres y también para *b)* «ponerse guapas», ser presumidas, para gustar a las demás personas. Y más concretamente, desde un modelo heterosexual, para gustar a los hombres. Estos dos aspectos son considerados femeninos.

En los niños en general se trata de juegos en los que se compite: se juega para intentar marcar más goles, correr más rápido, ganar la batalla al contrincante. En definitiva, la competitividad, la demostración de que se puede más que el contrario, es un aspecto considerado masculino y que favorecemos entre los niños.

En resumen, podemos decir que llegar a construirse y *vivirse* como hombre o como mujer es resultado de un proceso en que intervienen tanto factores biológicos y psicológicos como sociales. De modo que la dimensión sexual humana mediatiza todo nuestro ser, hasta el punto de que no debemos decir que «tenemos» sexualidad sino que «somos» sexuados (López, 2005a). Todas las personas, sin excepción, somos seres sexuados y no podemos dejar de serlo.

### 2.1.1. Pero ¿solo hay dos sexos?

Aceptamos que el *sexo asignado* es el sexo atribuido a una persona en el momento de su nacimiento. Pero qué sucede por ejemplo cuando los genitales no están bien definidos; cuando no somos capaces, por su aspecto externo, de asignar un sexo *hombre* o *mujer* al bebé. Estaríamos ante casos de intersexualidad que se refieren, como bien explica en una entrevista el argentino Mauro Cabral (2005): «A todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al estándar de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente».

En ocasiones se presentan discrepancias entre el sexo genético y los genitales

externos: cromosomas femeninos (XX) y genitales externos con apariencia masculina, o cromosomas masculinos (XY) y genitales externos ambiguos o claramente femeninos. Asimismo, pueden presentarse diferentes combinaciones de cromosomas, un cromosoma de más o de menos. Con frecuencia estas discrepancias no se detectan hasta la pubertad.

Refiriéndose al proceso biológico de sexuación brevemente descrito en el apartado anterior, Lameiras y Carrera (2009), citando a Fausto-Sterling, escriben:

Este proceso idealizado enmascara muchas excepciones o divergencias frecuentes de la regla. Así, es necesario enfatizar que este dimorfismo sexual absoluto no es tal, existiendo casos de ambigüedad o intersexualidad en bebés recién nacidos, presentando no solo características anatómicas a la vez ‘masculinas’ y ‘femeninas’ u órganos genitales que no concuerdan con su sexo genético, sino también diferentes combinaciones genéticas que demuestran que las combinaciones XX y XY no son exclusivas. Por ello, el sistema de dos sexos sobre el que está construida nuestra sociedad es claramente insuficiente para abarcar la totalidad de posibilidades que permite la dimensión sexual.

Los estados de intersexualidad podrían darse en una de cada dos mil personas. Merced a lo expuesto, diversos autores y movimientos sociales ya reclaman el fin de la dicotomía hombre-mujer y defienden la idea de reconocer la intersexualidad como un tercer estado no patológico. Recientemente, el gobierno alemán ha reconocido la intersexualidad. La plataforma digital peruana RPP Noticias (2013) lo explicaba de la siguiente manera: Cuando una pareja residente en Alemania tenga que registrar a su hijo recién nacido no solo encontrará las casillas para «hombre» y «mujer», sino también una tercera para «intersexual» o «sexo indefinido».

También se cuestionan los tratamientos quirúrgicos y hormonales tempranos sin el consentimiento del menor, dirigidos a «curar» la «ambigüedad genital» y se aboga por respetar la naturaleza de la persona. Según declara el sexólogo mexicano David Barrios (2009), la intersexualidad no es una patología que hay que corregir, y la modificación anatómica por parte de los servicios de salud en los primeros años de vida representa una violación a los derechos humanos, pues se deja de lado la voz del afectado. Los estados intersexuales son variantes genéticas de la diferenciación sexual, no «fenómenos de la naturaleza». Así como hay noches y días, hay amaneceres y atardeceres... El mundo no es dicotómico, sino afortunadamente diverso.

Con todo, continúa Barrios, es primordial un cambio cultural que reconozca voz y voto a la infancia, garantice el acceso a la educación sexual y considere la diversidad. Una de las cuestiones esenciales pasa porque los niños y niñas intersexuales atesoren el derecho a estar informados. No se les debe imponer un rol de género, pues la identidad emanará por más intentos que se hagan para reprimirla. En estos casos se aconseja registrarlos con nombres neutros. Si no hay respeto a la diferencia y a la minoría, cualquier intento quirúrgico, psicológico o farmacológico está condenado al fracaso.

El debate y la reivindicación por normalizar en lugar de patologizar a las personas intersexuales sigue hoy día. Llegado este punto, nos queda por saber qué es la sexualidad.

## 2.2. ¿Qué es la sexualidad?

Entendemos por sexualidad el modo en que cada persona vivencia el hecho de ser sexuado.

Las personas somos seres sexuados y no podemos dejar de serlo. Como seres sexuados nos vivimos y expresamos de formas diferentes dependiendo de variables biológicas, psicológicas y sociales, como pueden ser la presencia de unos determinados genitales y niveles hormonales, nuestra identidad sexo/género, nuestra orientación sexual, nuestros valores y creencias, las experiencias vividas, nuestros gustos y preferencias individuales, la educación recibida o el contexto en que nos encontremos. Por todo ello decimos que la sexualidad es una dimensión humana biopsicosocial.

Existe una rica diversidad de formas de vivir el hecho de ser seres sexuados. «Todos somos sexuados, vivimos como sexuados y nos expresamos como sexuados... con la gama inmensa de modos, matices y peculiaridades que se encierran dentro» (Amezúa, 1979). Lejos de ser algo encorsetado, la sexualidad es, ante todo, diversidad. En buena lógica, esta realidad lleva a autores como De la Cruz (2003) a hablar no de sexualidad sino de *sexualidades*.

Utilizando palabras de López (2005a): existen diferentes biografías sexuales saludables, es decir, diferentes formas de vivir la propia sexualidad compatibles con la salud. Por esta razón la educación sexual debe ser, sobre todo, una educación en la tolerancia.

Cuando esto queda claro, la siguiente cuestión que hay que plantear es: en los seres humanos, ¿qué funciones cumple la sexualidad, para qué nos sirve? Por si la pregunta no queda suficientemente clara a un auditorio, solemos concretar: cuando las personas tienen relaciones sexuales, ¿para qué lo hacen?

Después de escuchar las variadas respuestas de los y las asistentes, aclaramos que la sexualidad se puede vivir en función de fines bien diversos, que podemos resumir en tres: *a)* reproducción; *b)* placer; y *c)* comunicación de afectos y sentimientos.

Desde el punto de vista biológico, un fin primordial de la sexualidad es la reproducción de la especie. Sin embargo, en los seres humanos esta no es la única función de la sexualidad.

No podemos negar la existencia del placer. Desde el nacimiento existe capacidad fisiológica para obtener placer en el contacto piel a piel. El placer sexual no va necesariamente unido a la reproducción. De hecho, como escriben López y Fuertes (1989):

el placer sexual puede ser deseado por una mujer en momentos del ciclo menstrual en los que no es posible la concepción, y también después de la menopausia. Igualmente, hombre y mujer pueden decidir tener relaciones sexuales... evitando de una u otra forma el embarazo.

Por regla general, los jóvenes suelen tener claras estas dos funciones (placer y reproducción), pero tienden a obviar la comunicación de afectos y sentimientos.

Desde que nacemos, nos comunicamos con el mundo y la sexualidad es un modo privilegiado de comunicarnos; decimos privilegiado porque se realiza a través de todo el cuerpo. Nos vienen a la memoria las palabras de un chico de unos quince años que, mientras explicábamos este punto en su aula, intervino de forma espontánea y muy seguro de sí mismo diciendo: «¡Pero, maestro, mientras lo haces no hablas!» ¿Mientras haces qué cosa?, le preguntamos: «¡Pues eso... el amor!».

En este caso podríamos seguir nuestra exposición cuestionando «qué es hacer el amor». Descubriríamos que probablemente se refiere al coito, y esto enlazaría con uno de nuestros objetivos cuando intervenimos en educación sexual: fomentar una sexualidad más global y no centrada únicamente en lo genital. Aunque sea una obviedad hay que transmitir la idea de que el coito no es la única conducta sexual posible.

Otro aspecto que podríamos rescatar de la espontánea intervención de este joven es la importancia de la comunicación no verbal, respondiendo algo así:

Bueno, la verdad es que esto de hablar o no durante una relación sexual es cuestión de gustos. Hay personas a las que les gusta hablar y hay otras a las que no, pero cuando nos referimos a comunicación, no nos referimos solo a comunicación verbal. A través de todo el cuerpo, a través de miradas, de gestos, besos, caricias, abrazos, a través de un trato cuidadoso, etc., ¿crees que podemos comunicar alguna cosa a nuestra pareja?

Estas son dos posibles respuestas, pero no se queden solo con eso. Piensen: ¿de qué otros modos podríamos contestar?

A modo de resumen: ¿puede haber relaciones sexuales en las que lo más importante sea reproducirse? ¿Puede haber relaciones sexuales en las cuales lo más importante sea obtener placer? ¿Puede haber relaciones sexuales en las que lo más importante sea comunicar afectos?

Sobre estas preguntas, todas las respuestas son afirmativas: hay relaciones sexuales que se mantienen con la finalidad de tener hijos; se dan relaciones sexuales en las que el objetivo primordial es obtener placer; y existen relaciones sexuales en las cuales, además de obtener placer, deseamos comunicar lo que sentimos, transmitir nuestros afectos a la pareja.

No podemos negar que, dependiendo de la situación y del momento vital en que nos encontremos, tendrá más peso una u otra función, pero las tres son importantes, las tres deben serlo. Debemos insistir sobre todo a los usuarios o pacientes en este mensaje; ya que si una pareja desea obtener placer y transmitir sus sentimientos pero «olvida» que con la sexualidad también se expone a la reproducción, estamos ante el escenario ideal para un embarazo no deseado.

En grupos de jóvenes o en programas de atención a drogodependientes, es muy probable que algún asistente apunte que la sexualidad además puede servir para ganar dinero. Lo cierto es que no podemos negar que hay personas que intercambian conductas sexuales por dinero; sin embargo, esta no es una función de la sexualidad para los seres humanos, sino un uso; en demasiadas ocasiones y muy desgraciadamente, un uso forzado, no voluntario, de la sexualidad.

Por otro lado, para entender una dimensión humana como es la sexualidad debemos saber que esta cambia a lo largo de la edad. No vivimos igual la sexualidad en la infancia que en la adolescencia, en la edad adulta que en la vejez. Tampoco podemos olvidar que existe una clara regulación social de la sexualidad, puesto que, aunque las normas y los modos con que se regula varían mucho de una sociedad a otra, todas ellas lo hacen de alguna manera.

A este respecto, nos parece notable la aportación de López (2005b) cuando distingue la sexualidad animal, puramente instintiva, de la sexualidad humana:

La sexualidad animal pertenece al reino de la necesidad. Los animales están programados, son

instintivos, de forma que no pueden decidir sobre su sexualidad: su cerebro y sus hormonas regulan su instinto sexual y sus conductas sexuales [...]. La sexualidad humana ha dado un salto cualitativo, es el Reino de la Libertad. [...] La procreación es una posibilidad, no una consecuencia inevitable [...]. Las mujeres pueden desear y sentir placer en cualquier momento de su ciclo menstrual, pueda o no haber embarazo. Las mujeres se pueden sentir motivadas por la actividad sexual después de la menopausia, cuando no puede haber procreación [...]. Por lo que hace referencia al varón. No es un macho preprogramado, siempre disponible y sin posibilidad de autocontrolar su deseo y su conducta sexual.

Y acertadamente añade: «Como se trata de una dimensión humana que pertenece al Reino de la Libertad, se hace imprescindible que las relaciones sexuales tengan como referencia responsable una ética de las relaciones amorosas».

Para terminar queremos señalar cómo esta visión que ofrecemos de la sexualidad contrasta con un modelo reduccionista que hasta no hace demasiado tiempo era dominante en nuestra sociedad. El siguiente cuadro compara ambas concepciones.

Esperamos que hasta aquí nuestra exposición vaya arrojando alguna luz al lector. Vamos ahora a abordar algunos conceptos que pueden generar dudas y es importante tener claros.

TABLA 1.—*Dos visiones de la sexualidad*

Visión reduccionista de la sexualidad	Nuevo concepto de sexualidad
La sexualidad cobra sentido dentro del matrimonio heterosexual.	Dimensión humana bio-psico-social. Somos seres sexuados en masculino, en femenino o intersexuados.
Su fin fundamental es la reproducción.	Se puede vivir en función de diferentes fines: placer-reproducción-comunicación
Se trata de una sexualidad eminentemente genital.	Cambia a lo largo de la edad.
Se reduce o directamente se niega la sexualidad de personas: adolescentes, jóvenes, viejas, homosexuales, discapacitadas, solteras, viudas, separadas...	Pertenece al «Reino de la Libertad». Existen diferentes biografías sexuales saludables. Ello no implica que «vale todo». Es necesaria una ética de las relaciones sexuales y/o amorosas

### 2.3. Identidad sexual

La identidad sexual es la convicción de saberse y sentirse perteneciente a la categoría de mujer (soy mujer) o de varón (soy varón).

El proceso de adquisición de la identidad sexual se produce en la infancia. Entre los 2-3 años los niños y niñas se dan cuenta de que hay dos categorías y se autclasifican en una de ellas. A partir de los 5 o 6 años se adquiere la permanencia de la identidad y la diferenciación entre las características estables, biológicas, y las de rol, sociales y cambiables (López, 2005a).

## 2.4. Rol de género

El rol de género se refiere a «las asignaciones (características en el vestir, la manera de ser y comportarse en los distintos ámbitos, trabajos, profesiones, etc.) que la sociedad considera como propias de la mujer o del varón» (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005). El rol, por tanto, es una asignación cultural.

En 2011, la Organización Mundial de la Salud señala que el concepto de género hace referencia a los estereotipos, roles sociales, condición y posición adquirida, comportamientos, actividades y atributos apropiados que cada sociedad en particular construye y asigna a varones y mujeres. Todos ellos pueden llevar a desigualdades y, a su vez, estas desigualdades pueden causar inequidad entre hombres y mujeres.

## 2.5. Orientación sexual

La orientación sexual de una persona consiste en la atracción erótica y el interés por desarrollar relaciones románticas con personas del propio o del otro sexo (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005).

Existen tres formas saludables de vivir la sexualidad: *homosexualidad*, *heterosexualidad* y *bisexualidad*. Las tres forman parte de la gama inmensa de modos, matices y peculiaridades de vivir la sexualidad (Amezúa, 1979). Vamos a describir cada una de ellas.

El prefijo *homo* proviene del griego *homos*, que significa *el mismo*, no del latín *homo*, que significaría *hombre*. Por lo tanto, cuando hablamos de una orientación homosexual, hablamos de una persona que siente atracción erótica e interés por desarrollar relaciones románticas con otras personas de su mismo sexo. Para referirnos a un hombre homosexual utilizamos la palabra *gay*. A una mujer homosexual la denominamos lesbiana. Este término procede de Lesbos, isla griega en la que, según la mitología, se idealizaba la actividad sexual entre mujeres.

El prefijo *hetero* significa distinto, diferente, 'lo otro'. De este modo, hablamos de una persona heterosexual cuando esta se siente atraída sexualmente y está abierta a mantener relaciones románticas con personas de sexo diferente al suyo.

El prefijo *bi* significa dos. Nos referimos a la bisexualidad para hablar de personas que pueden sentirse atraídas sexualmente y estar abiertas a desarrollar relaciones románticas con personas del mismo o de diferente sexo.

Es altamente probable que en los grupos nos encontremos con usuarios con claras actitudes homófobas, sobre todo entre los hombres. No debemos pretender convencerles en una sola sesión, pero si será importante que comiencen a escuchar argumentos tolerantes hacia las diferentes formas de vivir la sexualidad. De hecho, una labor básica de un educador sexual será la de normalizar las tres orientaciones del deseo. Con ello nos referimos a presentarlas como tres formas de vivir la sexualidad

compatibles con la salud y a fomentar el respeto a la diversidad.

A continuación, exponemos algunos aspectos que debemos tener claros sobre la orientación sexual.

### 2.5.1. Tres formas saludables de vivir la sexualidad

Hetero, Homo y Bi sexualidad son tres formas sanas de vivir la sexualidad. Para defender esta idea nos basaremos en dos argumentos: 1) las clasificaciones internacionalmente aceptadas de enfermedades mentales en sus versiones vigentes (*DSM-5* y *CIE 10*) no contemplan la homosexualidad como patología y 2) la Declaración de los Derechos Sexuales, donde se reconoce el derecho a tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual, a la equidad sexual o a la libre asociación sexual, todo ello dentro de un contexto de ética interpersonal y sin interferir en los derechos sexuales de otros.

En primer lugar, pese a las críticas que suscitan, o precisamente por ello, no podemos dejar de mencionar dos documentos de referencia a la hora de determinar aquello que se considera enfermedad mental. Se trata del *Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM)* de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA) y la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*, dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pues bien, en las versiones actuales de ambas publicaciones no aparece la homosexualidad. En el caso del *DSM*, desde 1973, en el caso de la *CIE*, desde 1990.

Teniendo esto en cuenta, ningún psicólogo, médico o profesional de la salud puede afirmar desde un punto de vista científico que la homosexualidad sea una enfermedad. Si lo hace, se está expresando desde su particular punto de vista, que puede ser legítimo, pero elaborado desde sus valores personales, desde su particular moral. Entendemos que todas las personas tenemos derecho a expresar nuestra opinión, pero no podemos consentir que se defienda como profesional y científica una opinión personal.

Para que podamos diagnosticar una enfermedad mental deben verse alteradas significativamente algunas capacidades, bien cognitivas (de pensamiento o razonamiento), o bien afectivas, relacionales, conductuales, además de la capacidad de reconocer la realidad, o todas ellas en conjunto, además el síntoma generalmente produce un sufrimiento en la persona. Evidentemente, esto no ocurre en una persona solo por sentir una determinada orientación sexual, por lo que resulta fácil argumentar que la homosexualidad, al igual que la hetero y la bisexualidad, son compatibles con la salud y el buen funcionamiento de una persona. De hecho, conocemos personas con diferentes orientaciones que viven su vida de forma satisfactoria y responsable, demostrando que las tres pueden ser vividas de forma saludable. El problema, más bien, proviene del rechazo social, de la no aceptación de la diferencia.

Algunos autores que consideran la homosexualidad como una entidad patológica, afirman que la decisión de eliminar esta categoría del *DSM* no se basó en pruebas científicas, sino en las presiones de los «*lobbies* homosexuales». Teniendo en cuenta este tipo de manifestaciones, por nuestra parte entendemos que, del mismo modo que para conseguir el sufragio universal las mujeres debieron presionar, los colectivos

homosexuales debieron ejercer una presión para cambiar lo que sabían injusto. Hoy día nos parece lógico que la mujer pueda ejercer su derecho al voto de igual forma que el hombre, pero esto no siempre fue así, y para cambiar aquella norma, hubo que cuestionar el *statu quo* de la época y defender con convicción la idea contraria. Los colectivos homosexuales debieron hacer lo mismo para lograr ser tratados como personas sanas y no desviadas, puesto que el problema real no era tanto la homosexualidad en sí como el propio estigma que generaba el diagnóstico cuya etiqueta era igual a enfermedad mental.

Nuestro segundo argumento para defender la normalidad de las tres orientaciones sexuales se basa en la Declaración de los Derechos Sexuales. En junio de 1997 se celebró en Valencia (España) el XIII Congreso Mundial de Sexología. Una de las mayores contribuciones del acto, en palabras de Eli Coleman, presidente en aquel momento de la WAS (Asociación Mundial para la Salud Sexual), fue la Declaración de los Derechos Sexuales, nacida en aquel encuentro y posteriormente adoptada y revisada por la WAS. Por su interés, reproducimos el documento íntegramente, y que cada uno extraiga sus propias conclusiones:

#### Declaración de los derechos sexuales

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. El derecho a la libertad sexual. La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

2. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo. Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. El derecho a la privacidad sexual. Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. El derecho a la equidad sexual. Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. El derecho al placer sexual. El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. El derecho a la expresión sexual emocional. La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. El derecho a la libre asociación sexual. Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno de estos y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9. El derecho a información basada en el conocimiento científico. Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10. El derecho a la educación sexual integral. Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. El derecho a la atención de la salud sexual. La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

### 2.5.2. Conducta sexual no equivale a orientación sexual

Una conducta sexual con una persona del mismo sexo no implica necesariamente una orientación homosexual. De hecho, entre los adolescentes pueden darse conductas sexuales entre personas del mismo sexo que respondan a una necesidad de exploración, propia de una época de búsqueda como es la adolescencia.

En realidad

las orientaciones sexuales no se definen por la actividad sexual *per se*, sino más bien por la dirección de los intereses y atracciones románticos que uno siente. Las relaciones amorosas de las personas homosexuales, como las de personas heterosexuales, implican más que sexo. Los homosexuales, como los heterosexuales, solo pasan una pequeña parte de su tiempo practicando sexo (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005).

### 2.5.3. La orientación sexual no se elige, sino que se toma conciencia de ella

Una persona no se levanta una mañana y «decide» a voluntad que va a sentirse homo, hetero o bisexual. Las personas vamos tomando conciencia, nos damos cuenta con el tiempo que nos atraen las personas del mismo, de distinto o de ambos sexos.

Por supuesto, es más sencillo, en nuestra sociedad occidental, tomar conciencia y aceptar una orientación heterosexual, por ser mayoritaria, mientras que es esperable un proceso más complejo para llegar a aceptar una orientación socialmente minoritaria.

Soriano (1999) ha estudiado el proceso de toma de conciencia de la orientación homosexual y ha propuesto cuatro etapas:

- a) *Sensibilización*: Sensaciones y sentimientos de atracción homosexual.
- b) *Confusión*: Dudas, inseguridad, miedos y autoconocimiento inadecuado.
- c) *Asunción*: La autodesignación como homosexual y la aceptación de este hecho como ineludible.
- d) *Confirmación o aceptación*: Que puede incluso permitirles definirse, ante las demás personas, como homosexuales.

#### 2.5.4. Otros aspectos sobre la orientación sexual

a) Tanto el heteroerotismo y el homoerotismo pueden estar presentes, en distintas intensidades, en cualquier persona (Javier Gómez Zapiain, 2013).

b) Para vivir de forma saludable la sexualidad será necesario aceptar la propia orientación sexual. A una persona que rechaza su propia orientación sexual se le plantea un importante conflicto interno.

c) A día de hoy desconocemos a ciencia cierta qué determina que una persona se sienta homo, hetero o bisexual. No sabemos si depende de un proceso genético o si tienen mayor peso factores como el aprendizaje o la imitación. No conocemos ninguna investigación concluyente en este sentido, y cuando no sabemos algo, debemos reconocerlo y no dejar espacio a las conjeturas.

d) Para terminar, consideramos que la orientación sexual, al igual que otros aspectos de la personalidad, no es un rasgo rígido, estático e invariable, sino que evoluciona y puede variar a lo largo de la vida de un individuo.

## 2.6. Respuesta sexual humana

Hablamos de respuesta sexual humana (RSH) para referirnos a los cambios corporales que ocurren en una persona cuando se siente activada sexualmente. Independientemente de la conducta sexual que tenga lugar (coito, masturbación...), el proceso sigue una secuencia semejante de cambios fisiológicos.

Masters y Johnson (1966), pioneros en el estudio de la sexualidad humana, encontraron que la respuesta fisiológica de hombres y mujeres ante la estimulación sexual era muy similar, y describieron un ciclo que incluía cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Años después, entre 1977 y 1979, la Dra. Helen Singer Kaplan propuso un modelo de tres fases: deseo, excitación y orgasmo, que en general aún hoy es aceptado por toda la comunidad científica (Gómez Zapiain, 2013). A continuación describimos cada una de estas fases.

### 2.6.1. Fase de deseo

Tomando aportaciones de varios autores (la propia Dra. Kaplan; Levine, 1984, 1988; Leiblum y Rosen, 1988; Schnarch, 1991) Antonio Fuertes (1995) realiza una interesante aproximación al fenómeno del deseo sexual (DS). Para Fuertes, el DS supone una emoción que la persona vivencia como un deseo (unas ganas) de buscar

estimulación y placer sexual.

Esta experiencia emocional puede ser desencadenada tanto por estímulos externos (la presencia de una persona que nos resulte atractiva o una caricia, por ejemplo), como por estímulos internos (una fantasía erótica, por ejemplo), y todo ello puede llevar o no a una conducta sexual explícita.

Además, el deseo no constituye una fase que comienza y acaba antes de la excitación. Si el DS llega a producirse, este puede estar presente durante toda la actividad sexual.

En último término, lo que da forma a la experiencia del DS es la interrelación entre tres componentes:

1. Una base neuro-fisiológica que posibilita la excitación sexual y que nos puede hacer más receptivos a estímulos sexuales.

2. Una disposición emocional y cognitiva hacia la sexualidad que permite: estar abierto a la posibilidad de tener sentimientos sexuales, ser receptivo a los estímulos sexuales, atribuir sentimientos sexuales a la activación fisiológica. En definitiva querer y permitirse ser sexual.

3. Y, por último, la existencia de una serie de inductores eficaces de sensaciones y sentimientos sexuales. Estos estímulos inductores de DS serán más o menos eficaces dependiendo del contexto relacional en el que se produzcan, es decir, de la calidad o ajuste de la relación de pareja.

Como se pone de manifiesto, el DS es un fenómeno complejo y causado por múltiples factores.

## 2.6.2. Fase de excitación

La excitación sucede como consecuencia de la estimulación sexual física y/o psíquica. Básicamente consiste en una vasocongestión en el área genital.

En las mujeres, en esta fase lo más relevante es la lubricación vaginal, aunque también se producen otros cambios genitales como un aumento de tamaño en el clítoris, o extragenitales como un ligero aumento de las mamas y una erección de los pezones.

En los hombres se produce la respuesta de erección. Es normal que, durante la actividad sexual, la erección pueda disminuir y volver dependiendo de los cambios en la estimulación. Durante esta etapa, los testículos se elevan y aumentan ligeramente de tamaño. Las glándulas de Cowper secretan unas gotas de fluido que aparecen antes de la eyaculación. Es el llamado líquido preseminal, cuya función parece ser la de limpiar la uretra antes de la salida de los espermatozoides. La aparición del líquido preseminal no va acompañada de ninguna sensación, de modo que el hombre no es consciente del momento en que aparece. Importante será advertir, a los usuarios de nuestros centros, de los riesgos de la *marcha atrás*, práctica en la que, tras un coito sin preservativo, el hombre termina eyaculando fuera de la vagina. El riesgo de infecciones de transmisión sexual es evidente, además el líquido preseminal puede contener espermatozoides, lo que haría posible el embarazo.

En ambos sexos se producirá una aceleración del ritmo cardiaco, un aumento del

ritmo respiratorio y la elevación de la presión sanguínea. La piel puede adquirir el llamado rubor sexual, una coloración rojiza que puede aparecer en el pecho y la parte superior del abdomen y que suele ser más pronunciada en las mujeres.

### 2.6.3. Fase orgásmica

Supone la liberación de la tensión sexual acumulada durante la excitación. Fisiológicamente se producen una serie de contracciones rítmicas e involuntarias de la musculatura interna de los genitales. En el caso de los hombres las contracciones se centran en próstata, conductos deferentes, vesículas seminales, uretra, y recto, y desembocan en la eyaculación. En las mujeres estas contracciones se producen en útero, esfínter anal y musculatura que rodea la vagina. Dicha secuencia de cambios físicos se acompaña de sensaciones subjetivas de placer que, en la misma persona, pueden variar de intensidad de una ocasión a otra. Como escribe Gómez Zapiain (2013):

El orgasmo es una experiencia de duración escasa, puede durar varios segundos, se trata de la fase más corta del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual. Dado su alto grado de subjetividad, el orgasmo es una experiencia muy personalizada, varía de un individuo a otro, así como entre diferentes situaciones.

Desde un punto de vista descriptivo en los hombres el orgasmo se compone de dos subfases. La fase de emisión, que consiste en la colocación del semen en la parte posterior de la uretra y la fase de eyaculación propiamente dicha en la que se expulsa el semen hacia el exterior (Gómez Zapiain, 2013).

Una diferencia significativa entre la respuesta sexual de hombre y mujer es la posibilidad de obtener orgasmos múltiples. La mujer es potencialmente multiorgásmica. Esto quiere decir que, sin perder su nivel de excitación, puede experimentar varios orgasmos dentro de un corto periodo de tiempo. Todo ello, por supuesto, si la estimulación no cesa y ella lo desea. El hombre, en cambio, tras la eyaculación entra en un periodo llamado refractario. Lo que significa que, tras un orgasmo, ha de producirse una recuperación fisiológica, antes de que pueda llegar a eyacular de nuevo. Este intervalo de tiempo varía de un hombre a otro, aunque sabemos que es más corto en el hombre joven y que aumenta su duración con la edad.

Con todo, pocas mujeres tienen orgasmos múltiples durante la mayoría de sus relaciones sexuales y muchas se encuentran satisfechas con un orgasmo por ocasión. De hecho esto no es nada malo ya que, en realidad, como escriben Rathus, Nevid y Fichner-Rathus (2005), una capacidad biológica no crea ninguna obligación conductual.

Otra diferencia la encontramos en la sensación de *inevitabilidad eyaculatoria* que experimentan los hombres. Consiste en la impresión de que ya nada podrá evitar que «venga» la eyaculación. Esta sensación puede durar entre dos y tres segundos (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005), tras la cual, aunque se detenga la estimulación, sobreviene la eyaculación. En cambio, Sylvia de Béjar (2001) describe como las mujeres, para alcanzar el orgasmo, necesitan que la estimulación continúe constante: «si en pleno orgasmo dejamos de ser estimuladas, este se corta o pierde gran parte de su intensidad».

Continuando con las mujeres, señalar que el punto de Grafenberg, más conocido como punto G es una parte de la vagina que se situaría aproximadamente a una distancia entre 2,5 y 5 centímetros de su entrada y en la pared anterior. En teoría, esta zona puede ser estimulada directamente con los dedos, con la penetración posterior o con la postura de la mujer encima (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005). Algunos investigadores sugieren que su estimulación, acompañada o no de la estimulación del clítoris, favorece la eyaculación femenina, que es la expulsión de un líquido incoloro y transparente que aparece en el momento del orgasmo. Este fluido no sería orina sino que provendría de las glándulas de Skene. El hecho es que la eyaculación femenina ocurre en algunas mujeres; en otras no ocurre o se produce tan poca cantidad que no se es consciente de ello. En todo caso, es importante dejar claro que se trata de un fenómeno natural y transmitir la idea de que todas ellas son respuestas sexuales sanas.

Otros autores, sin embargo, no encuentran evidencias claras de la existencia del punto G y señalan, con razón, que todo el tercio anterior de la vagina, y no solo un área concreta, está llena de terminaciones nerviosas capaces de captar sensaciones que resulten placenteras. Como señala Sylvia de Béjar en su conocida obra *Tu sexo es tuyo*, localizar el punto G debe ser un juego, nada de obsesionarse por él.

No existen reglas fijas que sirvan para todos los hombres y todas las mujeres, ni sobre la cantidad de orgasmos, ni sobre la presencia o no de eyaculación femenina, ni sobre lo que erotiza o excita a cada cual, de modo que lo más sensato es que cada persona descubra y disfrute del modo en que responde su cuerpo.

## **2.7. Dificultades en la respuesta sexual**

A las dificultades o trastornos que pueden surgir a lo largo de la respuesta sexual se les denomina disfunciones sexuales y, para clasificarlas tradicionalmente los manuales diagnósticos han utilizado como referencia el modelo trifásico. De hecho, la respuesta sexual puede verse afectada en cualquiera de sus tres fases: deseo, excitación u orgasmo.

### **2.7.1. Dificultades en la fase de deseo**

En esta fase los problemas pueden aparecer tanto por una disminución o ausencia como por un excesivo deseo sexual. Respecto al bajo deseo, Kaplan (1979) utiliza los conceptos de «deseo sexual inhibido» cuando se establece una causa psicógena y de «deseo sexual hipoactivo» cuando no se ha determinado la etiología de la disminución de deseo, en cuyo caso se puede sospechar de una causa orgánica.

Sin embargo, resulta extremadamente difícil establecer cuál es el nivel de deseo sexual «normal» en hombres y en mujeres y, por supuesto, no existe consenso entre clínicos e investigadores al respecto.

Como hemos señalado, el deseo sexual supone un fenómeno multicausado y, por tanto, para comprender las dificultades relacionadas con esta fase debemos atender tanto a factores orgánicos (como un bajo nivel de testosterona), intrapsíquicos (como autodesvalorizaciones, determinadas creencias o miedo a la intimidad), relacionales (como problemas de ajuste con la pareja) o incluso ambientales.

### 2.7.2. Dificultades en la fase de excitación

A pesar de sentir un claro deseo sexual, una persona puede experimentar problemas en la fase de excitación. En los hombres se manifiestan en una dificultad para lograr o mantener una erección suficiente como para permitir una penetración satisfactoria. Si bien estos problemas se etiquetaban como impotencia, actualmente se evita este concepto considerado despectivo y se utilizan términos más descriptivos como disfunción o trastorno eréctil.

Por otra parte, la gran mayoría de hombres (hay estudios que hablan de un 65 por 100), en algún momento de su vida experimentan un fallo puntual y transitorio en la respuesta de erección. Diferentes países emplean diferentes terminos para referirse a ello, por ejemplo, en Chile se utilizan expresiones como «irse cortao» o «se fue al tiro», mientras que en España habla de «gatillazo». Algunas causas posibles podrían ser el cansancio, el estrés o la adaptación a una nueva pareja y, por supuesto, no lo podemos considerar como un trastorno diagnosticable.

Finalmente, alrededor de los 55 años, los hombres van a notar cambios en su respuesta sexual. La erección tardará más tiempo en alcanzarse, se necesitará de una mayor estimulación para ello y el grado de consistencia de esa erección será menor. Estos cambios son esperables con la edad y el hombre no debería alarmarse por ello, sino adaptarse a la nueva realidad que marca su cuerpo.

En las mujeres, los problemas de excitación se concretan en la dificultad para lograr la lubricación vaginal, lo que causa sequedad vaginal. Pueden ser de origen psicógeno, u orgánico, como una infección o una deficiencia de estrógenos, por ejemplo, tras la menopausia. El DSM-5 propone un «trastorno del interés/excitación sexual femenino», que incluye en una misma categoría diagnóstica aquellos casos que presentan ausencia o reducción tanto del deseo como de la excitación sexual en la mujer.

Existe una relación directa entre el consumo de alcohol y las dificultades en la respuesta de excitación. Para más información, el lector puede consultar el epígrafe 8.5: Drogas depresoras del sistema nervioso.

### 2.7.3. Dificultades en la fase orgásmica

En los hombres se incluyen la eyaculación precoz y la eyaculación retardada. Hablamos de eyaculación precoz cuando la respuesta de eyaculación se produce rápidamente o ante una estimulación sexual mínima. En los casos más severos, la eyaculación puede presentarse antes de la penetración o incluso en ausencia de erección.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que algunos hombres mantienen expectativas excesivamente elevadas sobre la respuesta de eyaculación, con relación a lo anterior, Pérez, Borrás, Sánchez y Casaubón (2006) encuentran una posible explicación para ello en los modelos tan poco realistas que ofrece la pornografía.

La eyaculación rápida es una respuesta muy probable en las primeras relaciones tras el abandono de la sustancia. Es esperable una pronta excitación tras un periodo sin mantener relaciones sexuales y más si la pareja resulta altamente atractiva.

La situación se torna problemática cuando la relación sexual finaliza tras la

eyaculación rápida y sin que la pareja quede satisfecha. Pero como afirma Sylvia de Béjar (2001): «no hace falta durar mucho para satisfacer a una mujer», ni a un hombre, añadiríamos nosotros, ya que siempre existen buenas alternativas al coito.

Por el contrario, la eyaculación retardada consiste en la dificultad que algunos hombres tienen de alcanzar el orgasmo, teniendo un alto nivel de deseo y estando altamente excitados. La expresión de máxima gravedad se manifiesta en hombres que jamás han llegado al orgasmo a pesar de sus esfuerzos. Esta situación representa la anorgasmia masculina (Gómez Zapiain, 2013). Respecto a la etiología, este mismo autor apunta: «cualquier tipo de drogas o medicaciones que alteran el mecanismo adrenérgico del sistema nervioso que controla la fase de emisión puede interferir esta función».

Curiosamente la rapidez en lograr el orgasmo no se considera una disfunción en las mujeres. Los trastornos del orgasmo femenino se refieren al hecho de que este no se produce o se retrasa excesivamente. El DSM-5 incluye también como criterio diagnóstico la presencia de una marcada reducción de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.

Algunas mujeres refieren una ausencia de orgasmo durante el coito, que si obtienen a través de otras vías de estimulación. Coincidimos con Gómez Zapiain (2013) cuando señala que esto no deberíamos considerarlo como una disfunción sexual sino más bien se trata de una cuestión cultural. De hecho, aunque ocurre en ocasiones, la mayoría de las mujeres no llegan al orgasmo solo con la penetración. Necesitan de una estimulación adicional del clítoris, órgano al que no se le conoce otra función que la de dar placer.

#### 2.7.4. Otras dificultades en la respuesta sexual

Incluimos aquí dos trastornos que no se pueden atribuir a ninguna fase específica de la respuesta sexual y que se consideran problemas sexuales por dolor.

*Vaginismo*: consiste en la imposibilidad o extrema dificultad para conseguir la penetración vaginal debido a la contracción de los músculos que rodean la entrada de la vagina. El espasmo es una respuesta involuntaria que muchas mujeres no reconocen; sufren sus consecuencias pero no saben por qué ocurre. Cuando una mujer se excita sexualmente experimenta una relajación de los músculos vaginales. En el vaginismo, sin embargo, la contractura muscular es la que impide la penetración (Pérez, Borrás, Sánchez y Casaubón, 2006).

*Dispareunia*: se refiere al dolor durante el coito que, aunque generalmente se da en mujeres, puede aparecer también en los hombres. Esta dificultad habitualmente se asocia a causas orgánicas, aunque también existen causas psicológicas, como un gran nivel de ansiedad debido a conflictos de integración de la dimensión sexual en el conjunto de la personalidad o experiencias traumáticas como agresiones sexuales o violaciones (Gómez Zapiain, 2013).

TABLA 2.—*Clasificación de las disfunciones sexuales según el CIE-10 y el DSM-5*

CIE-10	DSM-5
Ausencia o pérdida del deseo sexual.	Trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón.
	Trastorno del interés/excitación sexual femenino.
Fracaso de la respuesta genital.	Trastorno eréctil.
Eyacuación precoz.	Eyacuación prematura (precoz).
Disfunción orgásmica.	Eyacuación retardada.
	Trastorno orgásmico femenino.
Vaginismo no orgánico.	Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración.
Dispareunia no orgánica.	
Rechazo sexual y ausencia de placer sexual.	No existen categorías específicas equivalentes. Se incluirían dentro de: Otra disfunción sexual especificada. Disfunción sexual no especificada.
Impulso sexual excesivo.	
No existe una categoría específica, sino que depende de la clase de sustancia.	Disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos.

## Capítulo 3

# La importancia de las actitudes en la sexualidad

### 3.1. Introducción

La importancia de las actitudes en el comportamiento humano es clara, ya que en función de ellas vamos a responder a los estímulos externos (personas, situaciones, conflictos, etc.). La importancia aumenta tanto en cuanto aquello involucra a la persona, sus creencias y sus valores o forma parte de un tema que crea controversia social.

Será muy diferente la actitud que despierten temas racionalmente incuestionables como puedan ser una fórmula matemática o un elemento de la tabla periódica que la actitud frente a temas que pongan en juego los valores de la persona o temas que atesoren implicaciones personales, éticas o morales, como ocurre con la sexualidad. En general, las cuestiones que afectan a las personas de forma más íntima generan una mayor activación que, a su vez, llevan a una mayor necesidad de responder a la situación.

Sin embargo, a pesar de reconocer la importancia de las actitudes, no se puede afirmar que haya una definición universalmente aceptada del concepto actitud. La tercera acepción del Diccionario de la Real Academia Española (RAE, 2001) lo define como «disposición de ánimo manifestada de algún modo». Fazio (1989), por su parte, la considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. Más recientemente, se han definido las actitudes como «predisposiciones a valorar positiva o negativamente objetos, situaciones, personas o conductas» (López, 2005a). Estos son solo algunos ejemplos de las diferentes definiciones del concepto de actitud que hoy día se pueden encontrar en la literatura científica.

Como cabe esperar, las actitudes en el ámbito de la sexualidad en nuestra sociedad han ido evolucionando a lo largo de la historia. En un pasado reciente, hasta aproximadamente la mitad del siglo XX, la característica fundamental era la gran influencia de la cultura judeo-cristiana, en la que el sentido primordial de la sexualidad era la reproducción. La actitud dominante tendía al ocultamiento y la negación. Todo lo relacionado con la sexualidad era tabú y estaba prohibido por la moral dominante y por algunas de las leyes vigentes. Desde la ciencia, los médicos higienistas mantenían una actitud represiva, sin base científica real, en todos los aspectos relacionados con la sexualidad; e incluso aplicaban técnicas agresivas (hidroterapias, dietas, drogas, ataduras, etc.) a niños diagnosticados por ellos como masturbadores (Lucas, 2009). En 1886, el doctor Richard von Krafft-Ebing (2000) publicó su libro *Psychopathiasexualis*, en el que hace una descripción del sexo como una colección de dolencias. Esta situación de represión provocaba la consecuente obsesión por los temas relacionados con la sexualidad y que esta estuviera presente constantemente en el imaginario colectivo.

Hoy día vivimos en una sociedad plural, donde podemos encontrar personas y colectivos con actitudes más conservadoras junto con personas y entornos más liberales y tolerantes con las diferentes expresiones de la sexualidad. Bien es cierto que, en general, existe una mayor permisividad en asuntos sexuales y se reconoce

más libertad al individuo.

Tradicionalmente y con un propósito didáctico, con el fin de entenderlas mejor, se distinguen en las actitudes tres componentes: cognitivo, afectivo y conductual. El primero, cognitivo, hace referencia a las ideas, creencias u opiniones que la persona mantiene respecto al objeto (situación, persona, conducta...) en cuestión. El aspecto afectivo se refiere a las emociones y sentimientos que la presencia del objeto despierta. Finalmente, el aspecto conductual alude a la tendencia a actuar de una determinada manera, por ejemplo, la propensión a acercarse o alejarse, a buscar o evitar el objeto. La conjunción de estos tres componentes nos predispone a valorar un objeto dado como positivo o negativo, como bueno o malo.

Pero para comprender mejor las actitudes hay que tener además en cuenta el aspecto vincular. Las actitudes se pueden transmitir de padres y madres a hijos e hijas, del profesorado al alumnado, entre iguales, y en cualquier situación de interacción social. Como no puede ser de otro modo, esta transmisión de información contiene una carga afectiva asociada. Nos referimos al vínculo que existe con la persona de quien tomamos ese conocimiento, esa opinión, esa actitud. No tiene el mismo efecto una información dada o una forma de actuar observada en un desconocido que la misma información o la misma conducta observada en alguien tan significativo como un padre o una madre. Dependiendo de ese vínculo y su calidad, la actitud observada (a través de un comentario, una reacción emocional o una conducta) adquirirá un significado concreto, lo que la llevará a ser incorporada o rechazada, imitada o repudiada con una determinada intensidad.

Por otra parte, como cabe esperar, todos los componentes de las actitudes están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los demás. Asimismo puede ocurrir que todos los componentes no estén en total sintonía, es decir, puede haber contradicciones entre ellos. Esto sucede cuando las actitudes están en proceso de cambio o de reestructuración, buscando una nueva armonía entre opiniones, sentimientos, fidelidades vinculares y tendencias a actuar.

### 3.2. Reflexiones sobre el cambio en las actitudes

Como terapeutas podemos detectar actitudes que consideremos dañinas o que entorpezcan el logro de objetivos en el cliente. Ante estas actitudes podemos sentir la necesidad de ofrecer determinada información o alentar el cambio de actitud. Sin embargo, debemos ser cautos en nuestras intervenciones.

Recordamos el caso de un joven de unos 24 años que llegó a nuestra consulta a mediados de los años 90. El chico relataba angustiado como en alguna ocasión se había masturbado. Su familia era profundamente católica y el hecho de mantener aquella conducta despertaba en él un intenso malestar. Como jóvenes terapeutas que éramos, consideramos necesario ofrecer información que corrigiera su actitud tan negativa hacia la conducta de masturbación. De modo que, en la segunda sesión, le explicamos que, contrariamente a la creencia de muchos jóvenes, la masturbación no producía acné ni ningún otro problema físico. También mencionamos que cada persona decide si se trata de una conducta aceptable o no para ella y por último que, desde un punto de vista profesional, se consideraba saludable. Después de aquella sesión el paciente abandonó la terapia.

Revisando el caso *a posteriori* pudimos comprender con claridad que el paciente no había expresado su deseo de cambiar nada respecto al tema en cuestión. Con el propósito de tranquilizarle, el terapeuta ofreció una información no solicitada. Información que además resultaba discordante con las actitudes del paciente, actitudes forjadas durante muchos años y con un gran valor vincular, ya que le mantenían fiel a su familia de origen. La intervención pudo incluso ser entendida como peligrosa, como un intento de cambiar algo que el paciente, en aquel momento, no estaba dispuesto a cambiar, o dicho de otra manera: no estaba preparado para el cambio. Claramente el terapeuta se adelantó en su intervención.

A pesar de su relativa estabilidad, las actitudes pueden cambiarse. Pero, en un contexto educativo-terapéutico, para que el cambio de actitud sea posible, en primer lugar la persona debe querer cambiarla o al menos estar dispuesta a revisarla. Además será importante que el terapeuta haya creado un vínculo de confianza, una alianza terapéutica con el cliente. Si se cuestiona una actitud antes de ello, tenemos muchos boletos para que el cliente abandone.

En el caso descrito, el terapeuta detectó una discordancia entre los distintos componentes de una actitud. Por su parte, el cliente relataba su sufrimiento pero no expresaba ninguna demanda de cambio. Como terapeutas debemos asegurarnos de que entendemos bien lo que el cliente nos quiere transmitir. Por otro lado, si estimamos adecuado una intervención encaminada a un cambio de actitudes, debemos contar con la aceptación de la persona. Todo ello podría haberse facilitado con una intervención similar a la siguiente:

A veces las personas hacemos cosas y luego nos damos cuenta que eso nos hace sentir mal o incluso nos arrepentimos. Es como si una parte nuestra deseara o necesitara hacer algo y, a la vez, otra parte nuestra lo censurara. ¿Es algo así lo que te ocurre? (esperamos su confirmación). En estas situaciones a veces la decisión de qué camino tomar no resulta fácil. Sin embargo, lo importante no es el hecho de que se haga o se deje de hacer algo; lo más importante es que, se actúe como se actúe, uno quede en paz consigo mismo. ¿Tú te sientes en paz contigo?, y si no es así, ¿te gustaría cambiar algo al respecto?

Con una intervención de este tipo el terapeuta se asegura de haber comprendido el tema planteado. Por su parte, el cliente se siente entendido y no atacado. Ante la cuestión de si desea cambiar algo, la persona puede dar varias respuestas, pero lo importante es que nos va a indicar la dirección en que quiere ir.

Si la persona se muestra dispuesta a revisar la actitud, ya podemos comenzar a trabajar abiertamente el tema. Dado que todos los componentes de las actitudes están interrelacionados, podemos iniciar el trabajo desde el componente que nos resulte más accesible. Eso sí, el cambio de actitud rara vez se logrará exclusivamente desde la persuasión racional. Lo más efectivo será plantear experiencias o tareas que involucren a varios componentes. Un ejemplo de estas tareas son los «dilemas morales» donde, a través de historias breves, reales o inventadas, se presentan situaciones conflictivas en las que el protagonista debe decidir cuál sería su modo de proceder. Elegir una u otra solución obliga a los participantes a revisar sus propios valores.

A continuación planteamos, a modo de ejemplo, un ejercicio similar a un dilema

moral, que puede ser propuesto en grupo o de forma individual, e implica varios componentes.

Una actitud con que nos vamos a topar con frecuencia entre los usuarios de programas de atención a drogodependientes es la homofobia, sobre todo entre los hombres. La siguiente práctica extraída de un material elaborado por la asociación SIDA STUDI puede ser un buen modo de ayudar a replantearse la propia actitud hacia las personas homosexuales:

### ***Primera parte***

*Durante las vacaciones has recibido una carta de uno de tus mejores amigos. Te dice que se ha enamorado de una persona fantástica, divertida y con quien comparte muchas opiniones sobre la vida. Te confiesa que lo que siente es bestial y no se parece a nada de lo que ha vivido hasta ahora. Aun así, el tono de la carta no parece muy entusiasta: te pide consejo porque se siente confuso y no sabe qué hacer.*

*¿Debe confesar, hacer público lo que siente por dicha persona?*

### ***Segunda parte***

*Das la vuelta a la carta y te das cuenta de que continúa. En un tono muy confidencial te comunica que últimamente se ha dado cuenta de una cosa que ya se imaginaba desde hacía tiempo: es homosexual. La persona fantástica que ha conocido es de su mismo sexo. Dice que sabe que eso le comportará algunos conflictos en sus relaciones personales, tal vez con su familia, en el centro de estudios o en su trabajo, y le angustia un poco porque no sabe qué hacer. Te comenta que, de momento, prefiere mantenerlo oculto hasta que decida cómo afrontar esta situación. A pesar de saber que ha decidido por sí mismo, le gustaría saber tu opinión, dada la amistad que existe entre vosotros.*

*¿Qué le contestarías?*

El trabajo propuesto presenta un escenario hipotético que apremia a replantearse las propias creencias sobre la homosexualidad, ya que en la situación planteada, si se mantiene la idea homófoba con rigidez, se corre el riesgo de perder una buena amistad. Tal es el dilema que se le presenta a la persona. De este modo también se ve comprometido el componente afectivo y relacional. Finalmente, la conducta de escribir la carta (si se hace en grupo, cada participante puede también leerla en alto) ayudará a fortalecer los pequeños cambios que pueden producirse en la manera personal de entender la homosexualidad.

Hasta ahora hemos hablado de las actitudes de clientes, pacientes o usuarios, pero queda por abordar otro aspecto crucial: las actitudes del terapeuta.

## **3.3. Las actitudes del terapeuta**

Lo verdaderamente importante aquí es que las actitudes no solo influyen en el modo en que vivimos y expresamos nuestra sexualidad a título individual, sino que tienen su reflejo en nuestro quehacer como profesionales, como educadores o terapeutas sexuales.

Las propias actitudes condicionan nuestro modo de aplicar la educación o la terapia sexual. Esto se reflejará a nivel formal, por ejemplo, en los objetivos y contenidos

elegidos para nuestras programaciones, pero también, a un nivel más informal, en la manera de responder a las preguntas, en comentarios espontáneos, mensajes implícitos, gestos o reacciones no deliberadas que ofrecemos sin darnos cuenta y sin una intención educativa explícita pero que tendrán grandes efectos educacionales. Siguiendo a López (1990), los aspectos más importantes de los que depende la forma de vivir la sexualidad de cada persona se aprenden, con toda seguridad, por esta segunda vía, la llamada educación incidental o no intencional.

Como afirman los Polster (2001), los terapeutas somos nuestro propio instrumento de trabajo y, por ello, como profesionales es importante que seamos conscientes de cómo nuestras propias actitudes influyen en la labor que desempeñamos, es decir, cómo nos capacitan o nos limitan, cómo nos permiten o nos impiden abordar objetivamente determinados temas, trabajar con diferentes biografías sexuales o transmitir una visión positiva de la sexualidad. Solo siendo consciente de las propias actitudes puedo manejarlas e incluso utilizarlas como una herramienta educativa.

Llegados a este punto invitamos al lector interesado a realizar una práctica que ayudará a revisar su propia biografía sexual así como las propias actitudes hacia la sexualidad. Le proponemos un viaje a los archivos de su memoria para evocar diferentes momentos de su evolución sexual. Este es un ejercicio basado en un trabajo desarrollado por Rosa Martínez, psicóloga, sexóloga, terapeuta gestalt y docente de la Escuela de Psicoterapia de Valencia.

¿Cómo? Pues bien, a continuación presentamos un texto que le servirá de guía. Para llevar a cabo el ejercicio de forma adecuada, lea cada ítem (se presentan numerados para un mejor seguimiento de la actividad). A continuación, cierre los ojos y dese un tiempo para recordar, para visualizar aquello que el texto le propone. Vaya despacio, no hay prisa. Tómese su tiempo. Incluso le animamos a que silencie el teléfono. Al finalizar, escriba lo que haya vivenciado a través de esta experiencia. Para completar todo el ejercicio asegúrese de que dispone, al menos, de media hora a tres cuartos de hora.

*Tumbado o sentado busque una posición cómoda. Preste atención a su respiración. Haga cuatro o cinco respiraciones profundas. Mientras respira, note si existe alguna tensión en su cuerpo. Trate de relajar esos músculos. Aflójese.*

*A continuación, lea el enunciado con el número 1, después cierre los ojos y deje que las imágenes afloren. Así sucesivamente con cada ítem:*

1. *Comienzo buscando en mi memoria el momento en que descubro que soy un niño o una niña. ¿Cómo me miro yo por ser niño o niña? Me doy cuenta de los recuerdos, de los sentimientos que surgen.*

2. *Recuerdo mis primeras experiencias placenteras, los primeros juegos, tocar, mirar. ¿Cómo vivo esas experiencias: quizás con curiosidad, quizás con culpa...?*

3. *¿Cómo se vivía la sexualidad en mi familia? ¿Se asociaba a algo positivo o no estaba bien visto? ¿Se evitaba o era algo manifiesto? ¿Había contacto entre mi padre y mi madre (o entre las personas que me cuidaban)? Recuerdo si se besaban, se abrazaban en público, o no era así.*

4. *¿Cómo creo que se sentía mi padre y mi madre (o las personas que me cuidaban) respecto del sexo y la sexualidad? ¿Era un tema que hablaba con ellos o*

*lo hablaba más con mis amigos?*

*5. Llega la pubertad y los cambios en mi cuerpo. Empiezo a experimentar que el mío ya no es un cuerpo niño/a. ¿Cuáles son mis deseos y mis temores en ese momento? Quizá deseo gustar a otras personas, deseo atraer, quizá temo no conseguirlo...*

*6. Es la época de los primeros acercamientos o encuentros. ¿Cómo me siento como adolescente con las diferentes personas que voy encontrando?*

*7. Van aflorando a mi memoria los primeros besos, las primeras experiencias sexuales. ¿Cómo vivía mi sexualidad en esa etapa de mi vida?, ¿con timidez?, ¿con atrevimiento?... ¿Qué voy descubriendo de mí y de las demás personas?*

*8. A medida que voy creciendo llego a mi madurez. ¿Qué cambios vivencio: en mi deseo, en el modo de vivir mi placer, en el modo de relacionarme y comunicarme con hombres y con mujeres, en mis necesidades...?*

*9. Dejo que surjan las ideas y creencias (sobre la sexualidad, sobre las relaciones sexuales...) que me han ayudado a lo largo de mi vida. También soy consciente de las creencias que he dejado atrás. Veo las convicciones que mantengo y las que he ido abandonando.*

*10. Puedo ver las lecciones que he ido aprendiendo sobre sexualidad en la historia de mi vida, a través de mis experiencias, a través de los libros...*

*11. Puedo ver todo aquello que me ha ayudado a disfrutar de mi cuerpo conmigo y con otra persona.*

*12. También veo los riesgos y peligros que he afrontado, los sufrimientos que he vivido.*

*13. Puedo ver las personas que han compartido mi sexualidad, las personas que llevo grabadas en mi corazón. Las cosas que he ido logrando, los deseos que he satisfecho y deseos por satisfacer.*

*14. En el momento actual de mi vida, ¿cómo es mi sexualidad: dormida, en búsqueda, apasionada, la vivo desde la serenidad, la complacencia...?*

*15. Hoy día, ¿qué valor tiene, qué significa, qué papel juega la sexualidad en mi vida?*

*16. Todo esto forma parte de mí y ahora, desde aquí, después de vivir todas estas experiencias, me propongo enseñar a otros sobre su sexualidad. Soy consciente que mi historia sexual. Todo lo que he vivido, mis experiencias, mis actitudes hacia la sexualidad, condicionarán mi labor como educador o terapeuta sexual. ¿En qué aspectos mi biografía sexual me capacita o en qué aspectos me puede limitar para esta labor?*

*17. Y, finalmente, ¿qué actitudes debiera tener un/a educador/a sexual?*

*Cuando termino, tomo un tiempo para escribir sobre aquello de lo que me doy cuenta.*

Deseamos que esta revisión personal haya ayudado al lector a ser más consciente de sus propias actitudes.

El último ítem del ejercicio propone reflexionar sobre cuáles serían las actitudes deseables en un educador o terapeuta sexual. A este respecto, concluimos exponiendo el criterio de López y Oroz (2001), para quienes lo más importante sería mantener y

fomentar una actitud:

*Erotofilica*: lo cual implica un discurso positivo de la sexualidad.

*Profesional*: de búsqueda continua de los conocimientos científicos más fundamentados.

*Tolerante*: de aceptación de la diversidad de formas concretas de vivir la sexualidad que no atenten a los derechos humanos, y

*Ética*: en la que se sea responsable del grado de libertad que pongamos en práctica.

### 3.4. Instrumentos para la evaluación de las actitudes

Como se ha visto anteriormente, las actitudes no quedan claramente definidas, y menos aún las actitudes sexuales; así que a la hora de buscar y seleccionar un cuestionario que mida las actitudes sexuales, surge el problema de la diversidad de estos y los temas tan diferentes que miden. A continuación, por si el lector está interesado, se muestran algunos de los cuestionarios que se pueden encontrar en la literatura científica para medir actitudes sexuales:

*Ambivalent Sexism Inventory (ASI)*. Fue creado originariamente por Glick y Fiske (1996). Mide las actitudes sexistas hacia las mujeres, con una escala denominada sexismo hostil y otra sexismo benévolo. Consta de 22 ítems, 11 para cada tipo de sexismo, que se contestan en una escala tipo Likert (0 totalmente en desacuerdo, 5 totalmente de acuerdo). Existe una versión validada en población española por Expósito, Moya y Glick (1998).

*Attitude and Value Inventory*. Fue creado por Kirby (1998). Evalúa los conocimientos, actitudes y conductas sexuales en adolescentes. Consta de 14 subescalas, que se evalúan mediante 70 ítems que se contestan en una escala tipo Likert (1 muy en desacuerdo, 5 muy de acuerdo).

*Attitudes Toward Sexuality Scale*. Fue creado por Fisher y Hall (1988). Mide las actitudes conservadoras y liberales hacia la sexualidad mediante diversos factores: moralidad, formas de expresión sexual, derechos individuales y general. Tiene 13 ítems que se contestan en una escala tipo Likert (1 completamente en desacuerdo, 5 completamente de acuerdo). Existe versión validada en castellano (Diéguez, López y Sueiro, 1999).

*Double Standard Scale (DSS)*. Fue creado por Caron, Davis, Halteman y Stickle (1993). Está formada por 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos (1 totalmente de acuerdo, 5 totalmente en desacuerdo). Evalúa la doble moral en el área de la sexualidad. Existe una versión validada en castellano (Sierra, Rojas, Ortega y Martín, 2007).

*The Adolescent Perceived Cost and Benefits Scales*. Fue creado por Small, Silverberg y Kerns (1993). Estas escalas miden los costos y los beneficios que pueden tener las relaciones sexuales coitales en un contexto no marital. Son dos subescalas: una para los costos y otra para los beneficios, cada una con 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert (1 totalmente de acuerdo, 4 totalmente en desacuerdo).

*Sexual Opinion Survey (SOS)*. Fue creado por Fisher, Byrne, White y Kelley (1988). Mide un concepto bipolar, erotofobia-erotofilia, definido por los autores como la disposición aprendida a responder ante estímulos sexuales a lo largo de un

continuo que se extiende desde un polo negativo (erotofobia) hasta otro polo positivo (erotofilia). Consta de 21 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1 totalmente de acuerdo, 7 totalmente en desacuerdo). Existe versión en castellano validada por Carpintero y Fuertes (1994). Además, recientemente se han revisado sus propiedades psicométricas en un estudio realizado con población drogodependiente y control (Del Río, Cabello, Cabello y López, 2012).

Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS). Fue creado por Del Río, López y Cabello (2013). Los autores realizan una revisión del cuestionario *Sexual Opinion Survey (SOS)*, en el que eliminan el sesgo homofóbico que presentaban algunos de sus ítems. Mide el mismo concepto bipolar, erotofilia-erotofobia. Consta de 20 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (1 totalmente en desacuerdo, 7 totalmente de acuerdo).

# Capítulo 4

## Evaluación del área de sexualidad

### 4.1. Introducción

A la hora de evaluar nos debemos preguntar a *quién y para qué*. Respondiendo a la primera pregunta, creemos que, de entrada, es importante evaluar el Programa y cómo este incluye o no la atención de la dimensión sexual. Por otro lado, evaluar las intervenciones concretas que llevamos a cabo, por ejemplo, si los usuarios evalúan los talleres recibidos, obtendremos un *feedback* inmediato de nuestro trabajo, que servirá para ir adaptándonos a las necesidades del grupo. Finalmente, podemos evaluar diferentes aspectos de los usuarios: conocimientos, actitudes, problemática sexual, etc.

Respecto del *para qué*, si deseamos realizar un trabajo de investigación va a ser necesario disponer de instrumentos cuantitativos suficientemente contrastados y validados. En este sentido, si el lector está interesado, más adelante revisamos algunos de estos cuestionarios. Sin embargo, si la finalidad es la de conocer el efecto de nuestra intervención, resultará interesante llevar a cabo una evaluación al inicio del proceso y otra al terminar, con el fin de detectar los cambios.

En este capítulo nos centraremos, sobre todo, en ofrecer una serie de indicadores que ayuden a saber cómo mejorar, en nuestros programas, la atención en el área de la sexualidad.

### 4.2. Evaluación general del Programa

A continuación, tomando como referencia las propuestas que López (2005a) realiza en el capítulo 8 de su libro *La educación sexual*, y adaptándonos al contexto concreto que nos ocupa en este manual, que no es otro que la rehabilitación de drogodependientes, presentamos una serie de ítems para evaluar cómo un programa o un centro específico atiende el área de la sexualidad a lo largo de todo el proceso.

Proponemos once indicadores de evaluación, que servirán para darnos cuenta de si está o no integrada la atención de la sexualidad en nuestro centro y nos ayudarán a detectar aquellas parcelas que sí están atendidas y aquellas que necesitan mejora:

- 1) ¿Cuántos terapeutas o educadores/as están formados en el área de sexualidad?
- 2) ¿Dispone el centro de materiales didácticos sobre sexualidad dirigidos tanto a terapeutas y educadores como a usuarios?
- 3) ¿De qué modo en la evaluación inicial de un nuevo caso se tiene en cuenta el área de la sexualidad?
- 4) ¿Quién y cómo se toman las decisiones sobre la intervención en el área de la sexualidad?
- 5) ¿Qué objetivos, contenidos y actividades se llevan a cabo para atender el área de la sexualidad?
- 6) ¿Cómo se distribuyen los temas y tiempos dedicados a atender el área de la sexualidad a lo largo del programa?

7) ¿Quién es la persona responsable de llevar a cabo las intervenciones? ¿Dispone de una formación específica en el área de sexualidad?

8) ¿Se tiene en cuenta la educación incidental en la intervención con los usuarios?

9) ¿Qué instrumentos de evaluación se usan para conocer el resultado de las intervenciones?

10) ¿Cómo se procede si se detecta un caso de abusos sexuales, disfunción sexual, adicción al sexo, excesiva dependencia emocional, parafilia, problemas de relación de pareja...?

11) ¿Qué criterios de derivación se utilizan? ¿Contamos con recursos o profesionales formados en sexología que nos merezcan confianza para derivar?

### **4.3. Evaluación de los talleres**

En el proceso de evaluación de nuestra tarea debemos también tener en cuenta la voz de los propios usuarios: sus opiniones y valoraciones serán muy importantes y nos darán pistas para saber si vamos por buen camino o debemos cambiar en alguna medida.

Para ello, a modo de *evaluación continua*, proponemos que, al finalizar cada taller o seminario, los asistentes respondan un breve cuestionario con apenas 4 cuestiones.

Este breve y sencillo ejercicio nos brinda una *triple utilidad*. En primer lugar, se invita a cada usuario, de modo individual, a tomar un tiempo para reflexionar sobre lo aprendido durante ese taller y las implicaciones que ello tiene sobre su vida presente. De modo que favorecemos la toma de conciencia. Esta información cualitativa ayudará a los terapeutas a conocer qué aspectos de los abordados durante los talleres resultan más significativos para el grupo. Por otro lado, el tercer ítem nos mostrará, de un modo cuantitativo, qué valoración general les merece nuestra intervención, si la aprueban o la suspenden. Y, finalmente, dejamos un espacio para que puedan proponer mejoras, cuestionar o sugerir cambios, de modo que se sientan tenidos en cuenta; y esta información debe ser realmente tomada en consideración por el equipo.

1. De lo hablado hoy durante el taller, ¿qué ha sido lo más importante para ti?

2. ¿Qué te dice esto sobre tu vida?

3. A continuación, haz una valoración general del taller:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muy negativo

Muy positivo

4. Por último, puedes escribir cualquier comentario o sugerencia para mejorar este taller.

#### 4.4. Evaluación de los usuarios

Cuando un usuario nuevo llega al centro, la *evaluación inicial* realizada individualmente debe incluir algunas preguntas para conocer su vivencia de la sexualidad. Si bien no consideramos necesario realizar una historia sexual minuciosa, a no ser que un caso particular lo requiera, sí creemos conveniente recoger información sobre las relaciones de pareja significativas, los acontecimientos significativos de su historia sexual, la posible problemática actual, o si considera que existe alguna relación entre su historia sexual y su historia de consumo.

Para ello podemos utilizar preguntas generales con un formato abierto, como por ejemplo:

- Respecto a la vivencia de tu sexualidad: ¿hay algún aspecto o problema que hoy día te preocupe?, ¿por qué crees que ocurre?
- ¿Hay algo que consideras que debemos saber para poder ayudarte mejor?
- ¿Crees que tu historia sexual está relacionada en alguna medida con tu historia de consumo?

Respecto al grupo, posibles aspectos que evaluar o atender serían los siguientes: conocimientos sobre todo acerca de la prevención de riesgos en las conductas sexuales; actitudes hacia la sexualidad (como erotofobia-erofilia); muestras de respeto (por ejemplo, a las diferentes orientaciones sexuales o las diversas opiniones

sobre temas que puedan resultar polémicos); participación (preguntas, comentarios...) o confianza para expresarse.

Finalmente, si diseñamos una programación y lo que pretendemos es conocer el efecto de nuestra intervención, además de la evaluación continua que ya hemos descrito, será conveniente pedirles que respondan una prueba antes y la misma prueba al finalizar todas las actividades.

#### **4.5. Cuestionarios e instrumentos de evaluación**

Al igual que en el caso de la evaluación de las personas con problemas de adicción, la evaluación del área sexual se puede realizar de diferentes formas: técnicas objetivas (instrumentos y aparatos), autoinformes, entrevistas, etc.

En el ámbito sanitario la utilización de cuestionarios presenta algunos inconvenientes, entre los cuales se pueden señalar los siguientes: tendencias de respuesta, simulación, deseabilidad social, etc. (para una mayor información sobre esta temática, consúltese Fernández-Ballesteros, 1999). Por otro lado, las ventajas de la utilización de los cuestionarios son principalmente: *a)* se trata de instrumentos que pueden ser fácilmente administrados y respondidos; *b)* son precisos para medir las disfunciones sexuales con un margen de error muy pequeño (que dependerá del instrumento elegido); *c)* son sensibles a las diferencias entre los sujetos; *d)* los cuestionarios de medida más utilizados han sido ampliamente revisados, analizados y validados por diversos autores, lo que asegura las cualidades psicométricas del instrumento; *f)* la información proporcionada por los cuestionarios puede ser analizada estadísticamente con gran facilidad, permitiendo además la comparación entre los sujetos participantes; *g)* son poco intrusivos; y *h)* es un procedimiento económico si se compara con las otras formas de obtener la información (observación, entrevistas, etc.). Por todas estas razones es por lo que se recomienda la utilización de cuestionarios estandarizados como complemento a la evaluación sexológica realizada por el profesional en la entrevista personal.

A continuación se presentan diferentes instrumentos para la evaluación de la respuesta sexual que pueden ser de utilidad para el terapeuta:

*Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)*. Este instrumento mide las disfunciones sexuales producidas por psicotropos. Tiene una versión para la mujer y otra para el varón. Consta de 5 ítems, que se contestan en una escala tipo Likert (1 a 5). Evalúa cinco dimensiones: motivación sexual, excitación psicológica, excitación fisiológica, facilidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción con el orgasmo. Presenta una aceptable fiabilidad y una adecuada validez (McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno, *et al.*, 2000).

*Brief Index of Sexual Functioning (BISF-W)*. Mide la función y la satisfacción sexual en las mujeres. Tiene una estructura factorial que mide tres dimensiones: interés/deseo sexual, actividad sexual y satisfacción sexual. Consta de 22 ítems que se contestan en una escala tipo Likert (de 5 a 9 opciones de respuesta). Posee una fiabilidad y validez adecuada (Taylor, Rosen y Leiblum, 1994).

*Brief Sexual Function Inventory (BSFI)*. Mide la función sexual en los varones a través de cuatro dimensiones: motivación sexual, función eréctil, eyaculación precoz

y satisfacción sexual. Consta de 11 ítems que se contestan en una escala tipo Likert (5 opciones). Posee una fiabilidad adecuada en términos de consistencia interna y test-retest (O'Leary *et al.*, 1995). Existe una versión en castellano validada exclusivamente con hombres con historia de abuso de drogas (Vallejo-Medina, Guillén-Riquelme y Sierra, 2009).

*Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)*. Este cuestionario mide los cambios en la función sexual asociados a un tratamiento. Mide cinco dimensiones de la función sexual: deseo sexual/frecuencia, deseo/interés sexual, placer, arousal/excitación y orgasmo. Consta de 36 ítems para el varón y de 34 ítems para la mujer, siendo 21 de ellos comunes para ambos, contestándose en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta. Posee unas propiedades psicométricas adecuadas: fiabilidad, validez convergente/divergente y validez discriminante (Clayton, McGarvey y Clavet, 1997). Existe una versión en castellano (Bobes, González, Rico-Villademoros, Bascarán, Sarasa y Clayton, 2000; González *et al.*, 2000).

Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos (PRSexDQ). Consta de las siguientes escalas: alteración de la actividad sexual, comunicación espontánea al médico, descenso de la libido, retraso de orgasmo/eyaculación, ausencia de orgasmo/eyaculación, impotencia/disminución de la excitación sexual y tolerancia a los cambios en la función sexual. Tiene siete ítems que se contestan en una escala Likert, de 0 a 3. Es un cuestionario diseñado en español, que posee una adecuada fiabilidad, consistencia interna, validez convergente/divergente y discriminante, y muestra sensibilidad a los cambios (Montejo, García, Espada, Rico-Villademoros *et al.*, 2000).

*Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR)*. Son cuestionarios breves diseñados para medir el funcionamiento sexual. El *DISF* es hetero-aplicado y el *DSISF-SR* es auto-aplicado. Consta de 26 ítems que miden cinco dimensiones: cogniciones sexuales/fantasías, arousal, conductas/experiencias sexuales, orgasmo, y motivación sexual/pareja. Posee una adecuada fiabilidad y consistencia interna (Derogatis, 1997). Existe una versión en castellano, citado por García-García y Rico-Villademoros (2005).

*Derogatis Sexual Functioning Inventory (DSFI)*. Mide el funcionamiento sexual actual a través de 10 dimensiones: información, experiencias, motivación, actitudes, síntomas psicológicos, emociones, definición del rol sexual, fantasía, imagen corporal y satisfacción sexual. Consta de 253 ítems. Posee una adecuada fiabilidad, validez convergente y discriminante y sensibilidad a los cambios (Derogatis y Melisatos, 1979). Existe una versión en castellano (García-García y Rico-Villademoros, 2005).

*International Index of Erectile Function (IIEF)*. Este instrumento se construyó para medir la función eréctil. Presenta cinco dimensiones: deseo sexual, función eréctil, función orgásmica, satisfacción con la relación sexual y satisfacción global. Consta de 15 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta. Posee una adecuada fiabilidad y sensibilidad a los cambios (Rosen, Riley y Wagner, 1997). Existe una versión en castellano y validada en la investigación inicial llevada a cabo en varios países.

*Rush Sexual Inventory (RSI)*. Mide cambios en la función sexual a lo largo del

tiempo, a través de cinco dimensiones: interés sexual, deseo, arousal/excitación, orgasmo y satisfacción. Consta de 14 ítems en la versión para varones y de 10 ítems en la versión para mujeres, de tipo dicotómico (sí/no). Existen pocos datos sobre sus propiedades psicométricas (Zajacka, Mitchell y Fawcett, 1997).

*Sexual Arousalability Inventory (SAI/SAI-E)*. Es un cuestionario diseñado para su uso en clínica, aunque también ha demostrado su eficacia en investigación. El *SAI* mide la disfunción sexual en la mujer, y posteriormente se diseñó la versión para varones (*SAI-E*). Posee una única dimensión, la excitación sexual. Tiene 28 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. Posee una adecuada fiabilidad (consistencia interna y test-retest) y validez convergente y divergente (Hoon, Joon y Wincze, 1976). Existe una versión española, validada por Aluja (1996).

*Sexual Function Questionnaire (SFQ)*. Mide cambios en la función sexual inducidos por el tratamiento. Posee tres escalas que miden deseo sexual inhibido, excitación sexual inhibida y orgasmo inhibido, siguiendo los criterios que para estas disfunciones indica el *DSM-III*. Consta de 10 ítems para los varones y de 8 ítems para las mujeres que se miden en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. No se tiene información sobre sus propiedades psicométricas (Harrison, Rabkin, Ehrhardt, Stewart, 1986).

*Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)*. Evalúa la presencia de disfunciones sexuales. Consta de 28 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta y que miden las siguientes dimensiones: no sensualidad, insatisfacción, infrecuencia, no comunicación, evitación, anorgasmia (mujeres), vaginismo (mujeres), eyaculación precoz (varones) y disfunción eréctil (varones). Posee una versión para varones y otra para mujeres. Hay una adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, además de una adecuada validez convergente/divergente y capacidad para discriminar entre pacientes y grupo control (Golombok, Rust y Pickard, 1984; Rust y Golombok, 1983; Rust y Golombok, 1986). Existe una versión traducida al castellano que se utiliza en el Institut Ferran de Reumatología, realizada por Aluja y Farré (IFR, 2012).

En relación con la evaluación mediante la entrevista, hay que señalar que podemos tener acceso a muchos modelos de entrevistas diferentes para la elaboración de una historia sexual, como las de Masters y Johnson (1970), Kaplan (1974), Lobitz y Lobitz (1978), Lopiccolo y Heiman (1978), Hawton (1988), y entendemos que cada profesional deberá encontrar el modelo de entrevista con el que se sienta más cómodo y con el que consiga mejores resultados; aun así, para el quehacer diario, recomendamos el modelo de entrevista del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología (Cabello, 2010). Este modelo se desarrolla en tres sesiones, y asume cuestiones comunes para todas las disfunciones, al tiempo que presenta cuestiones específicas para disfunciones concretas. A través de este modelo de entrevista se analizan los siguientes aspectos: problemática actual, conductas sexuales, antecedentes médicos, aspectos cognitivos, historia psicosexual, relación de pareja, educación de la sexualidad, historia familiar y acontecimientos vitales, estilos de vida y antecedentes psiquiátricos.

# Capítulo 5

## Conceptualización de las drogas

### 5.1. Drogas y toxicidad

De la Antigüedad nos llega un concepto ejemplarmente expuesto en griego con el término *phármakon*, que indica al mismo tiempo «remedio» y «veneno». No una cosa u otra, sino las dos inseparablemente. Cura y amenaza, pues, se solicitan recíprocamente. Unos fármacos serán muy tóxicos y otros, mucho menos; pero ninguno será sustancia inocua o mera ponzoña insustancial. Como dijo Paracelso: «Solo la dosis hace de algo un veneno». En el considerado primer tratado de botánica, Teofrasto (*Hist. plant.*, IX, 11, 6.) afirmaba lo siguiente: se administra una dracma si el paciente debe tan solo animarse y pensar bien de sí mismo; el doble si debe delirar y sufrir alucinaciones; el triple si ha de quedar permanentemente loco; se administrará una dosis cuádruple si debe morir (Escohotado, 2001). Según Romero (2005), «*phármakon* denominaba, dependiendo del contexto, tanto la práctica de la brujería como la utilización de medicinas». Y Galeno de Pérgamo (130-200 d.C.), en relación con las drogas, afirmaba que estas son como espíritus neutros, es decir, que pueden ser convenientes o no según sea el momento y la persona. Podríamos decir entonces que aquí reside una de las muchas paradojas de las drogas. Su propia definición no es fácil, y se nos pueden mostrar como algo relativo dependiendo siempre de la cantidad, del momento, de la situación y de la expectativa que de ellas se tenga. Nos hallamos ante sustancias que modifican el organismo, que pueden usarse con fines médicos o lúdicos, pero cuyo exceso puede conllevar graves deterioros, incluso la muerte. «En Roma, según la *Lex Cornelia*, *droga* es una palabra indiferente, que engloba tanto lo que sirve para matar como lo que sirve para curar y hasta los filtros de amor, pero esta ley solo reprueba lo usado para matar a alguien» (Escohotado, 1994).

Se ha explicado en ocasiones que existen tres tipos de sustancias: las que asimila el organismo, las que no asimila —por ejemplo, el plástico— y, por último, las que alteran o perturban el organismo, es decir, las tóxicas, donde incluimos las drogas. Aunque también conviene señalar, y sin ánimo de confundir al lector, que una sustancia bien asimilada suele modificar el organismo de alguna manera.

En este orden de cosas, podríamos decir que existen multitud de sustancias tóxicas (drogas) en la naturaleza, que transforman el organismo continuamente, sustancias capaces de producirnos efectos psicoactivos.

Llámense drogas o medicamentos, estos compuestos, aun en cantidades relativamente pequeñas, pueden lesionar e incluso llegar a matar. Como a una sustancia de tales características la llamamos 'veneno', es propio de todas las drogas ser venenosas o tóxicas. La aspirina, por ejemplo, puede ser mortal para adultos a partir de tres gramos, la quinina a partir de bastante menos y el cianuro de potasio, desde una décima de gramo (Escohotado, 2001).

La diferencia entre medicamento y droga no solo estriba en la sustancia en sí, sino también en la expectativa de uso. Fármacos como las benzodiazepinas o los opiáceos, de amplio uso como medicamentos, son también muy frecuentemente utilizados con pautas de autoadministración, como drogas (Hervás, 2002). Hoy día, por droga

entendemos todas las drogas, las duras y las blandas, sin distinción, y se han superado definiciones como la de Miller (1991), que matizaba entre las drogas que son legales y las ilegales, diferenciación que casi ha quedado para uso restringido en cuestiones jurídicas.

De una forma simple y pragmática, podemos definir «droga» como «toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este» (Becoña, 2014). Droga, según el *Diccionario de psicología Larousse* (2003), es una «sustancia de acción psicotropa, cuyos efectos pueden ser narcóticos, estimulantes, deprimentes o alucinógenos. El uso prolongado de estas sustancias provoca tolerancia, habituación y adicción».

Como se ve, existen muchas definiciones distintas de droga, pero para resumir y con intención de sintetizar, diremos que es una sustancia psicoactiva que modifica el organismo vivo, generando en él un refuerzo positivo, lo cual promueve el deseo de repetir la conducta; aunque también pueden asumir otra intención, como es la de atenuar el dolor físico o emocional. Hablamos de sustancias que tras su administración ofrecen una recompensa emocional, pero también otras consecuencias negativas, puesto que afectan al comportamiento de una forma a veces no deseada, a las funciones del cuerpo, a toda la persona en su conjunto y, por añadidura, puede afectar a terceras personas. Son sustancias que provocan tolerancia y abstinencia, y la mayoría de ellas pueden generar dependencia tanto física como psicológica.

Por lo tanto, un intento de una correcta definición debe incluir, no solo los efectos individuales, tales como la dependencia o la tolerancia, sino también los aspectos grupales y sociales.

Así que, resumiendo, las drogas son sustancias psicoactivas externas al cuerpo que modifican el organismo con capacidad reforzadora positiva en sus primeros momentos y pueden llegar a ser un refuerzo negativo si su uso es continuado, pudiendo generar tanto dependencia psicológica y física indistintamente, y llevar a la persona a padecer problemas a todos los niveles, familiar, social, económico, etc.

## 5.2. Uso y hábito

Merced a lo expuesto hasta ahora, las drogodependencias, popularmente llamadas adicciones, son una cuestión de grado, es decir, que el proceso se ha de entender de un modo escalonado y queda lejos de la dicotomía presente ausente. De esta forma podremos establecer necesarias matizaciones entre *uso* y *abuso*, diferencias en ocasiones sutiles que intentaremos acotar. Autores como Edwards, Arif y Hodgson (1981) propusieron diferentes matices del *uso*. Por ejemplo, el *uso desaprobado*, que indica que la sociedad no aprueba el consumo de una determinada sustancia. El *uso nocivo*, o *uso peligroso*, por su parte, prevé las diferentes consecuencias que el consumo de drogas acarreará. Por fin, el *uso desadaptativo*, hace hincapié en la modificación de los hábitos que conlleva la ingesta de tóxicos. Actualmente, se emplea el término *uso* cuando no hay complicaciones, problemas o sufrimiento para la persona. Es decir, se trata de un uso ocasional, cultural, un uso definido para una situación definida, un uso esporádico (Pérez del Río y Martín, 2007). *El uso*, por lo tanto es la simple utilización, en momentos puntuales, con la intención de probar tan solo o el capricho de atesorar una experiencia esporádica. Este tipo de uso suele ser

en dosis moderadas.

El siguiente escalón del *continuum* lo encontramos en el *hábito*, que consiste en una «realización, casi automática, de actividades o acciones» (Larousse, 2003). Esta definición aporta la idea de *repetición* de la adicción que resulta de gran interés.

El *hábito*, es un consumo más frecuente, el cual queda perfectamente ejemplificado en el hábito de tomar café, o sea, en el consumo de cafeína. Se trataría de la costumbre de consumir una sustancia, por la adaptación a sus efectos. Habría un deseo del producto, pero nunca se vivenciaría de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue, por lo que su búsqueda suele ser limitada y nunca deriva en alteraciones conductuales (Graña, 1994). El organismo, pues, ya ha sufrido una cierta adaptación a dicha sustancia. En relación con el café podemos encontrar citas que nos ofrecen otra visión como la siguiente: «El café llega al estómago y produce inmediatamente una conmoción. Las ideas empiezan a moverse de un lado a otro como los batallones de un gran ejército en el campo de batalla. Los recuerdos llegan al galope, con las enseñas al viento» (Balzac, 2011). Tras este colorido apunte literario y regresando a nuestra explicación, destacamos el hecho de que la mayoría de las definiciones anteriores no hacen referencia al abuso de un objeto, como es el caso de la ludopatía; es decir, las definiciones se centran únicamente en las sustancias.

### 5.3. Abuso

Se habla de abuso cuando hay exceso, cuando hay un uso continuado, regularizado, que aumenta, se incrementa, empleando en ello bastante tiempo, de forma tal que la persona comienza a evitar determinadas situaciones sociales y siente angustia (Pérez del Río y Martín, 2007). En el caso del abuso, ya encontramos consecuencias a nivel social, biológico y psicológico; de alguna manera es un paso intermedio de consecuencias más leves que las que se pueden padecer en el siguiente escalón: la dependencia.

El Real Colegio de Psiquiatras Británico formuló en 1987 la siguiente definición: «Se entiende por abuso cualquier consumo de sustancias químicas que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general».

Asimismo, se considera abuso el consumo de cualquier sustancia clasificada como ilegal. Nuevamente, es una definición donde solo se habla del abuso de un tóxico, de una sustancia química, y también, no lo olvidemos, se puede abusar de un objeto como es el caso ya referido de la ludopatía.

Para explicar el abuso, la literatura científica al respecto se ha centrado más en las consecuencias que en la posibilidad de que genere abstinencia y tolerancia. Pero entendemos que una pauta de abuso conlleva en casi todos los casos tolerancia y abstinencia. Y esta sería una diferencia esencial, respecto del uso y el hábito. Según el *DSM-IV-TR*, para diagnosticarse abuso, la persona debía haber abusado continuamente durante doce meses o bien debe ser persistente. Recientemente ha salido al mercado el *DSM-5*, que cambia esta terminología por leve, moderado y grave.

Según el CIE-10, «el abuso» es entendido como un «consumo perjudicial». Al igual que ocurría con el hábito, al abuso también se le puede aplicar un amplio abanico de matices y subtipos. Podríamos hablar de *abuso social*, *abuso ocasional*, etc. Por último, se debe señalar que conviene tener en cuenta que el abuso también dependerá de la vulnerabilidad de las personas, del contexto, del potencial adictivo de la sustancia o de la actividad que se realiza cuando se consume.

#### 5.4. La dependencia

Podemos explicar la dependencia desde muchos puntos de vista y de muchas maneras, desde las fijaciones a un objeto que calma la angustia hasta mediante el condicionamiento clásico y operante.

TABLA 3.—Flx.1 Consumo perjudicial CIE-10

Forma de consumo de alguna sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicoactivas por vía parenteral) o mental (por ejemplo, episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol).

Abuso de sustancias psicoactivas.

- a) Debe haber pruebas claras de que el consumo de una sustancia ha causado (o contribuido sustancialmente a) un daño físico o psicológico, incluido el deterioro de la capacidad de juicio o alteraciones del comportamiento.
- b) La naturaleza del daño debe ser claramente identificable (y especificada).
- c) La forma de consumo ha persistido por lo menos un mes o se ha presentado reiteradas veces en un período de doce meses.
- d) El trastorno no cumple criterios para ningún otro trastorno mental o del comportamiento relacionado con la misma sustancia en el mismo período de tiempo (excepto para la intoxicación aguda Flx.0).

En ocasiones podemos encontrar que la dependencia es una definición confusa, ya que es posible hablar de dependencia psíquica y, en otras ocasiones, de dependencia física, o incluso de dependencia social, aunque realmente todas se dan conjuntamente la mano en mayor o menor grado, es decir, puede predominar una sobre las otras, pero cuando una dependencia se da, repercute en otras áreas, siempre y cuando

estemos hablando desde el terreno de la psicología, ya que «en medicina la dependencia *física* se refiere al hecho de que una persona necesite una sustancia de modo perentorio, digamos la insulina» (Alonso-Fernández, 2003).

Dependiendo de autores y épocas, podemos hacer un esbozo de cómo se han considerado estas diferentes formas. Así, cuando se habla de dependencia psicológica, la literatura al respecto se ha referido a la necesidad de corte emocional. Situándonos en el terreno de las drogas, la dependencia psicológica se ha circunscrito al *craving*, una especie de deseo irreprímible de repetir la conducta consumatoria. En cuanto a la dependencia física, como la misma palabra indica, se refiere a la necesidad del organismo de una sustancia. Pero la dependencia puede estar también circunscrita a lo social; en tal caso la dependencia social vendría por la necesidad de consumir alguna sustancia por la necesidad o deseo de pertenecer a algún grupo social o cumplir algún ritual, etc.

Este sería un ligero esbozo de la cuestión. Ahora bien, la acepción de dependencia también se puede vincular al trastorno de personalidad por dependencia, es decir, a personas que son dependientes de otras: co-dependientes, bi-dependientes, etc., y he aquí la dificultad: se puede adensar.

Cierto es que, cuando trabajamos con los usuarios, en muchos casos suelen coincidir o coexistir ambos problemas, es decir, que una persona con problemas de dependencia de una sustancia psicoactiva (drogadicción) suele tener un estilo, en mayor o menor grado, de personalidad dependiente. De hecho, una vez tratado el síndrome de abstinencia que origina una sustancia, es frecuente trabajar rasgos que muchas veces tienen que ver con la personalidad dependiente.

En cuanto al trastorno de «personalidad dependiente», la persona dependiente cree que sin el otro no puede vivir, es decir, el otro será en quien deposite todas sus esperanzas y quien tomará las decisiones oportunas. La persona dependiente interpelará, de mil sutiles formas, a ese otro para que sea este quien actúe, quien domine, quien guíe, quien inicie los proyectos y se responsabilice de los riesgos. Necesita al otro para completarse, creando una especie de existencia simbiótica. La persona dependiente tiene una gran dificultad para afrontar la vida por sí misma. Podríamos decir que se da en estas personas incluso una especie de «fobia» a la autonomía (Pérez del Río y Martín, 2007). Según la profesora de ética A. Cortina (2007):

Quando alguien se expropia, ha perdido el dominio de sí mismo y ya no es dueño de su vida, de sus acciones, ya no es libre. [...]. Lo importante es escribir el guión de la propia vida, de la propia novela, no ser siervo, no ser esclavo, no ser alguien al que otros le acaben escribiendo la vida.

Dicho esto, queremos añadir un matiz y romper una lanza en favor de lo que podemos llamar una «dependencia saludable». Si bien es cierto que la dependencia, de una sustancia o de una persona puede llegar a un grado patológico en que se ve anulada la propia libertad, no es menos cierto que somos seres sociales y, por ello, somos dependientes. En las relaciones, en los vínculos que establecemos, existe cierta dependencia, por no decir muchísima. Huelga señalar que el mito de la autosuficiencia es solo eso, un mito. Bajo esta proposición, necesitamos a las demás personas. Si no podemos tolerar cierto grado de dependencia, no podemos enamorarnos ni vivir en pareja ni trabajar en equipo. Dependemos de las demás

personas, y sobre todo, de las más cercanas.

Recordemos que quienes quieren abandonar las drogas, por su historia de vida, deben permanecer atentos para evitar otras dependencias disfuncionales o «patológicas», que incluso puedan sustituirse unas a otras como pliegues del manto pero, esta es la paradoja, deben aprender a vivir una dependencia saludable, una dependencia que les permita crear vínculos, confiar en otras personas y a la vez ser dueños de su propio proceso vital.

## 5.5. La drogodependencia

Sentado lo anterior, podemos aseverar que, cuando una dependencia está motivada por una sustancia, estamos hablando de drogodependencia, un concepto este, más claro y mejor acotado. Una cita casi obligada es la definición que realizaron Edwards, Arif y Hodgson (1981), donde sostienen que para que exista una drogodependencia: *a)* debe existir evidencia subjetiva de compulsión para la utilización de las drogas durante los intentos de abandono del consumo; *b)* deseo de abandonar el consumo; *c)* un hábito de consumo de drogas relativamente estereotipado; *d)* evidencia de neuroadaptación con fenómenos de tolerancia y dependencia; *e)* el consumo de drogas, para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia; y *f)* el predominio de las conductas de búsqueda de droga por encima de otras prioridades importantes.

En cuanto atañe a las definiciones, encontramos relevante la siguiente acepción por su simplicidad y perspicacia: «sus elementos principales son: *a)* el refuerzo o premio que el hábito farmacológico mismo proporciona; *b)* el vacío o deficiencia del que es síntoma; y *c)* las incomodidades concretas que se derivan de interrumpirlo» (Escohotado, 2001).

El concepto de drogodependencia es un concepto que se ha empezado a usar recientemente; en otras épocas se llamaron a estos pacientes toxicómanos, y más antiguamente «viciosos», a los que se les atribuía fundamentalmente falta de voluntad. El concepto de drogodependencia es un concepto menos duro que el concepto de «toxicómano», y de alguna manera nos aleja del sufijo de uso múltiple manía que significa locura, la —toxicomanía— tenía incluso connotaciones morales. En definitiva, la acepción mudó hasta alcanzar el concepto de drogodependencia, que es el que se utiliza hoy día.

Decíamos que en el siglo XIX se utilizaba el concepto de toxicomanía y que ahora se utiliza el concepto de drogodependencia, pero en estas últimas décadas también se ha generalizado popularmente el concepto de adicción. El cual se ha impuesto socialmente, si bien es posible que la acepción «adicción» vuelva a cambiar en el futuro como explicaremos más adelante. Antes de nada, hay que señalar que el concepto de *adicción* no ha sido reconocido en la clínica oficial *DSM*, el *DSM-5* sostiene lo siguiente: «se mantiene el juego patológico, que refleja la prueba de que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas, pues producen algunos síntomas comportamentales similares a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias [...]. Obsérvese que la palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la

expresión más neutra, trastorno por consumo de sustancias, para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos sanitarios preferirán utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa».

En otro orden de cosas, desde que se aceptara internacionalmente la ludopatía como trastorno mental, se da la circunstancia de que se puede depender de «algo» que no solo sea una sustancia, por ejemplo, de un objeto.

Sin ir más lejos, las personas que trabajan con drogodependencias se vieron en el dilema de cómo denominar a sus pacientes, ya que empezaron a tratar a personas que no solo tenían problemas con las drogas, por lo que el concepto de drogodependencia se quedó encorsetado. Por una parte, no se podía llamar a todas las personas drogodependientes, ya que podían ser dependientes de otras cosas que no fueran sustancias, y por la otra, tampoco era conveniente denominar a las personas tratadas *dependientes*. Como decíamos antes, el concepto de dependencia es sumamente amplio, se utiliza también para gente desfavorecida, personas que por cualquier motivo dependen de otra, de forma que hablar únicamente de *dependientes* puede resultar un concepto socialmente confuso.

Así, en este terreno el concepto se fue desplazando prefiriéndose el uso del término «adicción». De alguna manera, el concepto de *adicción* tiene la ventaja de absorber tanto a las dependencias de sustancias como a las dependencias que no son a sustancia alguna.

Pero, en lo que se refiere a los términos, las cosas se complican más, ya que lo que está ocurriendo en los albores del siglo XXI, es la trivialización del concepto de adicción. Ciertamente, a todos o a todo, se le ha llamado *adictos o adicción*. Se ha convertido en un término popular, adicción, pues, es menos duro aún que drogodependiente, un concepto más comercial y acorde con nuestro sistema capitalista, pues no en balde proviene del anglosajón «sumar». Posiblemente en los próximos años encontremos modificaciones que converjan en un diagnóstico común a todos los trastornos adictivos, que albergue todas las adiciones con y sin sustancia, un diagnóstico que atienda al grado de severidad del problema, etc.

Para centrarnos un poco más, diremos que cuando hablamos de drogodependencia nos referimos al consumo de cualquier sustancia psicotropa o psicoactiva, y nos referimos tanto a las sustancias ilegales, ya sean la cocaína o la heroína, como a las sustancias legales como el alcohol o determinados medicamentos con o sin receta médica.

La drogodependencia hoy la entendemos como un fenómeno multicausal, es decir, que incluye factores sociales, personales y biológicos en su origen. Un trastorno que en la mayoría de los casos provoca tolerancia y dependencia, provoca, asimismo un también llamado «*síndrome de dependencia*», pero sobre todo causa un gran sufrimiento a las personas que lo padecen.

Para resumir, podemos decir que la conducta adictiva es el uso repetido y abusivo de una sustancia psicoactiva y/o la implicación compulsiva en la realización de una conducta determinada que de forma directa o indirecta modifica el medio interno del

individuo, de tal forma que obtiene un reforzamiento inmediato por el consumo o por la realización de esa conducta (Pomerleau y Pomerleau, 1987).

Desde otro punto de vista, debemos recordar, aunque sea una obviedad, que las personas llegan a ser diagnosticadas de drogodependientes tras un largo camino. En la mayoría de las ocasiones siguen una serie de pasos antes de llegar a ser drogodependientes, pasos que suelen iniciarse con la experimentación de sustancias con diferentes fines: la realización personal, tendencias místicas, etc., pero que en la mayoría de las ocasiones se relaciona con fines lúdicos. De estas primeras experiencias se suele pasar a períodos de consumos abusivos, durante la semana o los fines de semana. Se podrá terminar llegando así a la fase de drogodependencia y, una vez instalados ahí; el consumo se producirá, en la mayoría de los casos, para evitar el malestar.

La drogodependencia es un trastorno que no podemos clasificar como un fenómeno estancado, inamovible. Es, por lo tanto, un problema de grado y de etapas, que se caracteriza precisamente por no tener límites, donde la mayor dificultad estriba en no parar, no tener fin, y donde se agrega la dificultad de que las personas que lo padecen no son demasiado conscientes del problema hasta que no han tocado fondo. La persona termina desvinculándose de los demás, de cualquier otro grupo humano salvo de otros consumidores, incluyendo en muchos casos la separación de la pareja a no ser que se junten bajo el interés común de consumir, o caiga en la explotación del uno por el otro. La persona con problemas de drogodependencia termina en muchos casos perpetrando delitos para obtener dinero, vende propiedades de la familia sin permiso, y esta termina por no reconocerlo y no saber a qué responde su conducta hasta que no se encuadra dentro de un problema de drogodependencia. La biografía del drogodependiente es bastante diferente a cualquier otro trastorno; metafóricamente hablando podríamos decir que es una biografía un tanto huérfana en el sentido de que casi en exclusiva está focalizada en el problema de la sustancia y todo lo que la rodea; su conducta y motivación están dirigidas única y exclusivamente a la obtención de la sustancia.

TABLA 4.—F1x.2 Síndrome de dependencia CIE-10

Un conjunto de fenómenos comportamentales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan tras el consumo reiterado de una sustancia y que, típicamente, incluye deseo intenso de consumir la droga; dificultades para controlar el consumo; persistencia en el consumo a pesar de las consecuencias dañinas; mayor prioridad dada al consumo que a otras actividades y obligaciones; aumento de la tolerancia y, a veces, un cuadro de abstinencia física.

El síndrome de dependencia puede presentarse para una sustancia psicoactiva específica (por ejemplo, tabaco, alcohol o diazepam), para una clase de sustancias (por ejemplo, opiáceos) o para un amplio rango de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

Adicción a drogas.

Siempre existieron debates sobre la posibilidad de liberalizar algunas o todas las drogas. Por un lado, muchas personas sostienen que consumir es un acto de libertad e, indiscutiblemente uno decide lo que hacer con su cuerpo. En el lado opuesto, señalamos que una de las características fundamentales de este trastorno es que la sustancia te convierte en esclavo; el consumo de una sustancia, junto con sus manifestaciones a todos los niveles, adquiere tal centralidad y prioridad en el individuo que este subordina todo lo demás a esa sustancia, y por lo general cualquier otra circunstancia vital queda en segundo plano en relación a esta problemática, y uno termina perdiendo esa cotizada libertad. ¿Vamos a dar libertad a algo que la quita?

Jean Baudrillard sostiene que vivimos obsesionados con la perfección, y ciertamente convendría asumir que este es un problema complejo, incluso que no tendrá una solución perfecta. «No hay un sistema óptimo de regulación para las drogas, solo hay sistemas más o menos flexibles» (Gamella, y Jiménez, 2004).

TABLA. 5.—*F1x.2 Criterios para el síndrome de dependencia CIE-10*

A. Deben haberse presentado simultáneamente tres o más de las siguientes manifestaciones durante al menos un mes o, si persisten durante períodos inferiores a un mes, deben haberse presentado repetidas veces y simultáneamente en un período de 12 meses.

1. Deseo intenso o sensación de compulsión a consumir una sustancia.
2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo en lo referente al inicio, término o cantidades consumidas, como se prueba por: consumo frecuente de cantidades mayores o durante más tiempo del que se pretende, o deseo persistente o esfuerzos sin éxito de reducir o controlar el consumo.
3. Un cuadro fisiológico de abstinencia (véase F1x.3, F1x.4) cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, como se prueba por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia, o por el consumo de la misma (o alguna parecida) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
4. Pruebas de tolerancia a los efectos de la sustancia tales como necesidad de aumentar significativamente la cantidad de la sustancia para conseguir intoxicarse o el efecto deseado, o marcada disminución del efecto tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia.
5. Preocupación por el consumo de la sustancia, que se manifiesta por el abandono o reducción de importantes alternativas placenteras o de interés a causa del consumo de la sustancia; o por el empleo de mucho tiempo en actividades necesarias para obtener, consumir o recuperarse de los efectos de la sustancia.
6. Consumo persistente de la sustancia a pesar de las pruebas claras de sus consecuencias perjudiciales, que se evidencia por el consumo continuado cuando el individuo tiene en realidad conocimiento, o puede suponerse que lo que tiene, de la naturaleza y amplitud del daño.

El diagnóstico de síndrome de dependencia puede especificarse más con los siguientes códigos, de un quinto y sexto carácter.

- F1x.20 En la actualidad en abstinencia.
  - F1x.200 Remisión temprana.
  - F1x.201 Remisión parcial.
  - F1x.202 Remisión completa.

TABLA. 5 (cont.).—F1x.2 Criterios para el síndrome de dependencia CIE-10

F1x.21	En la actualidad en abstinencia, pero en un medio protegido (por ejemplo, hospital, comunidad terapéutica, prisión, etc.)
F1x.22	En la actualidad en un régimen clínico supervisado de mantenimiento o sustitución (dependencia controlada). (Por ejemplo, con metadona, parche o chicle de nicotina).
F1x.23	En la actualidad en abstinencia, pero en tratamiento con sustancias aversivas o bloqueadoras (por ejemplo, disulfiram o naltrexona).
F1x.24	Consumo actual de la sustancia (dependencia activa)
F1x.240	Sin síntomas físicos
F1x.241	Con síntomas físicos
Si se desea, el curso de la dependencia puede especificarse más como sigue:	
F1x.25	Con consumo continuo.
F1x.26	Con consumo esporádico (dipsomanía)

Por último, cabe señalar que después del primer mes y antes de los doce meses se considera el problema en remisión temprana; después de los doce meses, se considera en remisión sostenida. Esta remisión sostenida podrá ser total, si no cumple ningún criterio de dependencia, y parcial, si cumple algún criterio de dependencia durante doce meses o más.

## 5.6. La tolerancia

La tolerancia es uno de los conceptos clave en drogodependencias, ya que en principio es la razón por la cual las personas necesitan consumir más cantidad de una determinada sustancia para llegar a obtener el mismo efecto. En principio, cuando el cuerpo genera tolerancia, se supone que está desarrollando una dependencia problemática cada vez más intensa. «La cita más antigua sobre la tolerancia se la podemos atribuir al griego Teofrasto, discípulo de Aristóteles (*Hist., plant.*, IX, 17, 2): parece que algunas drogas son tóxicas debido a la falta de familiaridad, y quizá sea más exacto decir que la familiaridad les quita su veneno, porque dejan de intoxicar cuando nuestra constitución las ha aceptado y prevalece sobre ellas» (Escohotado, 2001). Pero también debemos destacar que no todas las sustancias poseen la capacidad de generar tolerancia, y conviene resolver que se pueden desarrollar problemas por consumir determinadas drogas sin que exista tolerancia a tales; por ejemplo, «los consumidores habituales de cannabis o fenciclidina (PCP) no advierten generalmente la aparición de tolerancia (aunque esta se ha demostrado en estudios con animales y en algunos sujetos)» (*DSM-IV-TR*). Se puede diagnosticar como drogodependiente, a una persona que dependa de una sustancia, que abuse de ella y no tenga tolerancia a la misma.

La tolerancia se da cuando el cuerpo se adapta a la sustancia y una persona necesita

consumir más cantidad de dicha sustancia. El alcohólico, por ejemplo, necesita más cantidad de alcohol, para obtener el mismo efecto farmacodinámico.

En el caso concreto de los alcohólicos, se habla de la *tolerancia innata*. Sería el caso de los hijos de alcohólicos que, en principio, padecen una vulnerabilidad especial, es decir, que poseen menos sensibilidad al alcohol, de modo que con menores cantidades de alcohol generarían una dependencia más rápidamente.

Por otro lado, frente a la tolerancia innata, tenemos la *tolerancia adquirida*: la que se produce por la adaptación del organismo. La *tolerancia aguda* es la tolerancia que se desarrolla rápidamente, pero más que por factores biológicos se suele deber a que la persona ha consumido masivamente en un corto espacio de tiempo una determinada sustancia.

La persona que consume y lo hace de modo problemático, tiende a consumir cada vez más cantidades para conseguir el mismo nivel o el mismo efecto, pero también es cierto que «la tolerancia y el coste psicofísico pueden presentarse a juicios algo subjetivos» (Escotado, 2001).

Para evitar la subjetividad, también se puede estimar la tolerancia por los análisis de sangre. La tolerancia es necesidad de ingerir cantidades crecientes de una determinada sustancia para alcanzar el efecto deseado ante una notable disminución de los efectos de la sustancia. Obviamente, no se trata de que la eficacia de la sustancia se reduzca o disminuya; antes bien, lo importante es que el organismo se adapte. Por otro lado, el grado de tolerancia en las personas varía según el tipo de sustancia, pero también según la persona; su constitución, su peso, y a veces también depende de las expectativas, incluso del contexto.

Una persona consumidora que ha desarrollado una alta tolerancia puede consumir dosis de una misma sustancia que para otra persona, que no consume, podrían ser mortales. Como es de recibo, las personas no comienzan fumando dos paquetes de cigarrillos al día. «Los sujetos que consumen grandes dosis de opiáceos y estimulantes pueden presentar niveles de tolerancia considerables (por ejemplo, pueden multiplicar la dosis por diez), hasta llegar a niveles que serían letales para una persona que no consumiera la sustancia» (DSM-5).

En ocasiones, las mezclas que se aplican a las drogas hacen que la pureza sea pequeña. Esto es un peligro añadido, ya que si la persona, desconocedora del hecho, en el caso de consumir la misma cantidad en estado puro, puede provocarle una sobredosis. En los centros de drogodependientes, cuando un paciente abandona el tratamiento, se le suele avisar del peligro que puede tener consumir la misma cantidad que venía consumiendo. Algunas sobredosis suelen sobrevenir por este hecho: después de pasarse meses sin consumir, el paciente abandona el tratamiento y vuelve a ingerir la misma cantidad que venía consumiendo, pero su cuerpo ya ha cambiado y es muy posible que no aguante la misma cantidad.

Como decíamos, la tolerancia, aunque también dependa de las personas o los contextos, depende fundamentalmente del tipo de sustancia. Según Laporte (1976), «las drogas depresoras del sistema nervioso central, tienen gran capacidad para generar tolerancia y dependencia»; es el caso de la heroína y de la morfina.

Encontramos asimismo otros diferentes tipos de tolerancia, por ejemplo, la *tolerancia cruzada*, que acontece cuando una persona, tras consumir una sustancia,

desarrolla también tolerancia a otra droga que suele ser similar, del mismo tipo o de la misma familia. Podemos utilizar un ejemplo casi siempre mencionado, y es el de una persona que consume heroína fácilmente y desarrolla además tolerancia a la morfina. Y el alcohol, en menor grado, presenta tolerancia cruzada con los barbitúricos (Kramer y Cameron, 1975). También cabe destacar la *tolerancia invertida*, la cual se presenta cuando, al consumir pequeñas cantidades, los efectos son significativos, es decir que en vez de necesitar más, basta con una pequeña cantidad. Suele darse en alcohólicos y en personas que consumen psicoestimulantes.

## 5.7. Síndrome de abstinencia

*Como unas doce horas después de la última dosis de morfina o de heroína, el intoxicado empieza a sentirse a disgusto. Una impresión de debilidad se apodera de él; comienza a bostezar, tiembla y suda a un mismo tiempo. Sus ojos y la parte interna de la nariz segregan una sustancia acuosa con intensidad... Durante algunas horas solamente manifiesta una agitación anormal, y cae en un sueño sin descanso... Al despertarse, dieciocho o veinticuatro horas después de su última dosis de droga, el intoxicado entra en la parte profunda de su infierno personal. [...] Una mucosidad acuosa, mana de la nariz y los ojos lloran abundantemente. Las pupilas se dilatan, los cabellos y el vello se erizan, y la piel presenta la típica carne de gallina. Treinta y seis horas después de la última dosis el intoxicado presenta un aspecto lamentable. En un esfuerzo desesperado por alcanzar un cierto bienestar, se tapa con todas las mantas que pueda encontrar. Todo su cuerpo tiembla, y sus piernas dan puntapiés involuntarios. Incapaz de dormir, se agita, se levanta, camina, se tiende en el suelo..., y llena el ambiente de sus gritos desesperados (Laurie, 1967).*

Tras este panorama, bastante literal del síndrome de abstinencia sufrido por los consumidores de heroína, pasemos a la siguiente definición teórica y consensuada del síndrome:

conjunto de signos y síntomas que aparecen ante la interrupción brusca de la toma de un medicamento o sustancia tóxica hacia el que se ha desarrollado dependencia. Se caracteriza por ansiedad y diversas manifestaciones del sistema nervioso vegetativo, como sudoraciones y temblores. La intensidad del síndrome depende de diversos factores, entre ellos el tipo de droga que se ha utilizado, el tiempo durante el cual se ha estado consumiendo la sustancia, la tolerancia (Larousse, 2003).

En el caso inicialmente expuesto, nos encontramos ante un *síndrome de abstinencia agudo*, en el que surgen signos y síntomas en cuanto cesa el consumo, ya sea lentamente o de golpe. Pero la abstinencia no finaliza ahí. Al margen de los indeseables primeros momentos, el paciente llegará a otra fase, denominada *síndrome de abstinencia tardío*, y que se refiere a los efectos debidos a las drogas que se producen pasado un tiempo; por ejemplo, a los efectos que se producen principalmente después de una o varias semanas, aunque su duración puede extenderse a meses, incluso aparecer de forma esporádica durante años.

Otro síndrome descrito es el *síndrome de abstinencia condicionado*. Lo podemos explicar con este ejemplo: una persona tuvo problemas con la cocaína, se puso en tratamiento hace 16 meses y aún continúa bajo el mismo; ya no siente deseos de consumir, pero en una comida de trabajo se le cae el salero sobre la mesa, el camarero lo recoge diligentemente con un papel, pero deja una raya de sal sobre la mesa, en ese momento nuestro personaje siente un fuerte deseo de consumir, reaviva sus miedos, se siente ansioso, en fin... Técnicamente hablando, nos hallamos ante un estímulo ambiental que provoca un síndrome de abstinencia agudo cuando el paciente ya no consume. Es un condicionamiento que desencadena gran angustia en el paciente; los

síntomas de la abstinencia por lo general son opuestos a los efectos que origina la sustancia cuando se consume.

La abstinencia varía fundamentalmente con el tipo de sustancia que se haya consumido, pero también con el peso del que consume, o la cantidad que se administra; igualmente es importante la vía de administración, ya que las vías intravenosas, la ingesta inhalada o fumada, son vías más rápidas de absorción, más inmediatas, y generan mayor intoxicación, pues la droga llega más rápidamente a la sangre y al cerebro, con lo que también se puede desarrollar una dependencia mayor.

Tras esto, obviamente, debemos recordar que el síndrome de abstinencia dependerá de la sustancia. Así, podemos diferenciar diversos síndromes de abstinencia dependiendo de la clase sustancia; por ejemplo, el síndrome de abstinencia de los opiáceos, que, pese a ser extremadamente intenso, no hace correr peligro de muerte al consumidor. El síndrome de abstinencia de los opiáceos lo podemos dividir en cuatro fases: *a)* la primera fase aparece a las 8 horas, dándose signos como sudoración, rinorrea, ansiedad y lagrimeo; *b)* la segunda fase aparece a las 12 horas aproximadamente, y continúan los síntomas de la primera fase pero se incrementan en intensidad, y además se producen midriasis, piloerección, espasmos musculares, fases frío/calor, mialgias, artralgias, anorexia, etc.; *c)* la tercera fase aparece entre las 18-24 horas, los síntomas de la fase anterior se incrementan en intensidad, y además surgen hipertensión, taquicardia, hipertermia, inquietud, náuseas e insomnio; *d)* por último, en la cuarta fase, que aparece entre las 24 y las 36 horas, encontramos los síntomas de la tercera fase y además vómitos, diarreas, eyaculación espontánea (Jiménez-Lerma, Ariño y Iraurgi, 2002).

En cuanto al *síndrome de abstinencia a la cocaína*, según Gawin (1986), en la *primera fase* se da una abstinencia aguda también llamada *crash* que aparece al cabo de 6 a 12 horas aproximadamente y dura hasta cuatro días. Es una etapa de hundimiento psíquico y físico, con reducción progresiva del deseo de consumir sustancias. La sintomatología inicial más común es: agitación, depresión, anorexia, disforia, deseo de dormir y de consumir droga (*craving*). La sintomatología más tardía de esta primera fase se manifiesta en forma de agotamiento, hipersomnolia e hiperfatiga.

La *segunda fase* es una etapa de abstinencia retardada en la que vuelve a aparecer un gran deseo de consumir droga. Su duración oscila entre una y diez semanas. La sintomatología más común es leve ansiedad, anergia y aparición de un gran deseo de consumir droga.

La *tercera fase* es una etapa de extinción con crisis esporádicas de deseo de consumir la sustancia. La duración de esta fase es indefinida.

Según el *DSM-5*, «la abstinencia al alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia entre 4 y 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado». El síndrome de abstinencia al alcohol; como también ocurre con los barbitúricos, sí resulta más peligroso, pudiendo incluso ocasionar la muerte.

TABLA 6.—F1X.3 Síndrome de abstinencia CIE-10

Grupo de síntomas, variables en clasificación y gravedad, que se producen con el abandono completo o parcial de una sustancia psicoactiva tras un consumo persistente de la misma. El inicio y curso del síndrome de abstinencia es limitado en el tiempo y está relacionado con el tipo de sustancia psicoactiva y dosis consumida inmediatamente antes del cese o reducción del consumo. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

TABLA 7.—F1X.3 Criterios para el síndrome de abstinencia CIE-10

G1. Debe haber pruebas claras de un cese o reducción del consumo de la sustancia después de un repetido, y habitualmente prolongado y/o a altas dosis, consumo de dicha sustancia.

G2. Los síntomas y signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni tampoco por otro trastorno mental o del comportamiento.

G3. Los síntomas y signos no se justifican por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni tampoco por otro trastorno mental o del comportamiento.

El diagnóstico de síndrome de abstinencia puede especificarse más utilizando los siguientes códigos para el quinto carácter:

F1x.30 No complicado.

F1x.31 Con convulsiones.

## 5.8. Intoxicación

En primer lugar debemos recordar que si atendemos a los manuales de psiquiatría de hace casi un siglo, por ejemplo Fursac (1921), la intoxicación podía ser producida por el alcohol o la morfina, que entonces eran considerados venenos, pero dentro de la intoxicación por venenos también se incluía la intoxicación por el *óxido de carbono* o la *intoxicación saturnina*, es decir, por plomo. Así pues, en este trabajo nos referimos a la intoxicación por drogas.

Se trata de un estado transitorio consecutivo al consumo de drogas que puede producir alteraciones

de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento, del sueño o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas (Sánchez-Carbonell, 2000).

La intoxicación se suele revelar en que la persona manifiesta un comportamiento alterado: pérdida del equilibrio, desorden en la conducta psicomotora, alteración del juicio, menor capacidad de concentración, desbordamiento de los aspectos emocionales, inestabilidad del humor hasta llegar a desarrollar conductas más agresivas y desinhibidas.

Al igual que ocurre con otros conceptos, debemos matizar que la intoxicación dependerá de cada persona, de lo que crea esta que ocurrirá al consumir la sustancia, del contexto donde la consuma; dependerá asimismo de su masa corporal, de la dosis, del tipo de droga, de si está en ayunas o no, y de otras variables.

TABLA 8.—*F1x.0 Intoxicación aguda CIE-10*

Estado transitorio consecutivo a la administración de una sustancia psicoactiva, que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras respuestas y funciones psicofisiológicas. Las alteraciones están directamente relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo y con recuperación completa, salvo si el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación. Las complicaciones pueden ser traumatismos, aspiración del vómito, delirium, coma, convulsiones u otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de la sustancia y del modo de administración.

Embriaguez aguda en alcoholismo

«Mal viaje» (debido a drogas alucinógenas).

Embriaguez sin especificación.

Trastorno de trance o posesión en estado de intoxicación por sustancia psicoactiva.

Se entiende que una intoxicación es aguda y reversible cuando, aunque tenga consecuencias importantes, las personas se recuperan del exceso de dicha sustancia en el organismo, pues una intoxicación, por obvio que suene decirlo, se refiere a los efectos de una sustancia.

TABLA 9.—*F1x.0 Criterios para la intoxicación aguda CIE-10*

G1. Debe haber evidencia clara de consumo reciente de una sustancia psicoactiva (o sustancias) en dosis lo suficientemente elevadas como para poder dar lugar a una intoxicación.

G2. Debe haber síntomas o signos de intoxicación compatibles con el efecto de una sustancia en particular (o sustancias), como se especifica más adelante, y de la suficiente gravedad como para producir alteraciones en el nivel de conciencia, la cognición, la percepción, el estado afectivo o el comportamiento de modo clínicamente relevante.

G3. Los síntomas o signos no pueden ser explicados por ninguna enfermedad médica no relacionada con el consumo de la sustancia, ni por otro trastorno mental o del comportamiento.

La intoxicación aguda ocurre frecuentemente en personas que además presentan otros problemas relacionados con el consumo de alcohol o drogas.

Cuando existen tales problemas, por ejemplo consumo perjudicial (F1x.1), síndrome de dependencia (F1x.2) o trastorno psicótico (F1x.5), también deben ser registrados.

Puede utilizarse un quinto carácter, codificado a continuación, para indicar cuándo la intoxicación aguda se asocia con alguna complicación:

F1x.00 Síntomas de gravedad variable no complicados normalmente dosis dependiente.

F1x.01 Con traumatismo y otra lesión corporal.

F1x.02 Con otras complicaciones médicas (por ejemplo, hematemesis, aspiración del vómito).

No todas las sustancias tienen la capacidad de generar una intoxicación, tal y como lo entendemos; por ejemplo, el *DSM-5* no aplica la capacidad de intoxicación a la nicotina. Y al igual que ocurre con anteriores conceptos, depende mucho de la clase de sustancia utilizada. Así, la intoxicación por estimulantes suele traer como consecuencia el aumento de la presión arterial y de la temperatura del cuerpo. Por el contrario, la intoxicación por depresores del sistema nervioso conlleva una bajada de la presión arterial y un descenso la temperatura del cuerpo.

## 5.9. Vías de administración

En este terreno encontramos las siguientes posibles vías: oral, intravenosa, intramuscular, intradérmica, subcutánea, ótica, oftálmica, tópica, sublingual, rectal, vaginal, epidural, inhalatoria, nasal. Pero para explicar las vías de administración tomaremos como referencia a Salazar y Rodríguez (1994); según estos autores, existen cinco vías de administración:

a) Vía oral, que se subdivide en tres tipos: la ingestión (es la vía más lenta y la que comporta menos riesgo de intoxicación y dependencia), el mascado (la entrada de la sustancia activa se efectúa por medio de la trituración y de la absorción por la mucosa de la boca, y cuyo efecto es más rápido) y la sublingual, utilizada, por ejemplo, en el consumo de buprenorfina. La vía oral es la única vía de consumo del alcohol, y es la más utilizada para las anfetaminas, el *LSD*, los barbitúricos y drogas de síntesis.

b) Vía pulmonar, en que la sustancia puede ser inhalada y/o fumada. En cuanto a la primera, permite que la sustancia, tras la inhalación tarde entre 7 y 10 segundos en llegar al cerebro, generando cuadros de dependencia muy graves. Provoca serios problemas pulmonares y cerebrales. Es la vía característica para consumir tabaco y cannabis.

c) Vía nasal, en que la sustancia es aspirada (esnifada) a través de la mucosa nasal. Es la vía más utilizada para consumir cocaína, aunque casi todas las drogas pueden esnifarse.

d) Vía parenteral, que obliga a usar una jeringuilla hipodérmica como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Para muchos consumidores, que usan esta vía, existe toda una mística alrededor de la preparación de la dosis. Este ritual termina igualmente por «engancharse» por el proceso de condicionamiento clásico. Por otra parte, al administrarse de esta forma la sustancia, se precisa menor cantidad para obtener igual gratificación. La vía intravenosa, junto a la intramuscular y subcutánea, conforman los tres tipos de administración parenteral. La vía subcutánea es considerada la vía de los novatos, el paso intermedio entre fumar e inyectarse directamente en vena. La vía intramuscular es la vía de los «veteranos», utilizada como alternativa a la venosa cuando esta resulta de difícil acceso debido al deterioro de las venas por los frecuentes pinchazos. La vía intravenosa se puede llevar a cabo por cualquier tipo de vena, sobre todo la del antebrazo, y es la que suele ser escogida por heroinómanos y poli-toxicómanos. Según escribió Fursac (1921) en referencia a la técnica de los morfinómanos, «los sitios de elección para las inyecciones son: los brazos, antebrazos, muslos y piernas; siguen el vientre y el pecho. Frecuentemente estas regiones tienen cicatrices provocadas por inyecciones sépticas. Estas cicatrices son, por decirlo así, la marca de la morfinomanía, y permiten diagnosticarla a pesar de las frecuentes negativas del enfermo».

e) En esta clasificación también encontramos la vía rectal o genital. Según los autores de esta clasificación la sustancia se aplica sobre la mucosa anal o genital. Aunque no es una vía especialmente asociada al consumo de drogas, sí que se ha asociado a fármacos. En cualquier caso, tanto la vía rectal como la genital, son más utilizadas por los consumidores de cocaína y de heroína. También la antropología, de la mano de Marvin Harris (1980), nos ha dejado algún ejemplo del consumo de sustancias por esta vía. Según Harris, «el agente alucinógeno activo en los ungüentos de las brujas era la atropina, un poderoso alcaloide descubierto en plantas europeas

tales como la mandrágora, el beleño y la belladona. El rasgo más sobresaliente de la antropina es el ser absorbible a través de la piel intacta, [...] El empleo del bastón o escoba servía para aplicar la planta que contenía antropina a las membranas vaginales sensibles».

También en el año 2009 algunos medios de comunicación se hicieron eco de que algunas personas en la Comunidad Valenciana estaban consumiendo *LSD* líquido por la vía ocular, una vía hasta la fecha nunca utilizada o no registrada en ninguna clasificación anterior (Agencia Valencia, 2009).

Para tener una idea aproximada de la vía más frecuente del consumo de droga, señalaremos que, según datos del Observatorio Español sobre Drogas (OED), de un informe del año 2004, la vía oral la emplea un 6,0 por 100 de los consumidores, la pulmonar un 53,4 por 100, la intranasal un 22,2 por 100, la parenteral alrededor de un 15,5 por 100, y otras se reparten un escaso 3,0 por 100.

### **5.10. Clasificación y tipos de drogas**

Existen diferentes clasificaciones de las drogas, bastante consensuadas. Internacionalmente son importantes las clasificaciones que se incluyen en el Manual de Diagnóstico Estadístico (*DSM*) y la división que propone la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); también cobra especial relieve la que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Asociación Americana de Psiquiatría (*APA*), en su conocido Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*DSM-IV-TR*) del año 2002, divide las sustancias en 11 clases: alcohol, alucinógenos, anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar, cafeína, cannabis, cocaína, *fenilciclohexilpiperidina* más conocida como fenciclidina o bajo la abreviatura (PCP), arilciclohexilaminas de acción similar, inhalantes, nicotina, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos.

Para el *DSM-IV-TR*, existían dos tipos de trastornos. En primer lugar, trastornos por «consumir sustancias» de forma más o menos continuada, en cuyo caso entramos en el campo del abuso y la dependencia a sustancias, y en segundo lugar, existe otro tipo de «trastornos inducidos por las sustancias» como son la intoxicación, la abstinencia, el trastorno psicótico inducido por sustancias, el *delirium*, etc. Actualmente, estas divisiones eran las más seguidas mundialmente hasta la llegada del *DSM-5*.

TABLA 10.—*Efectos derivados del consumo de sustancias*

	Dependencia	Abuso	Intoxicación	Abstinencia
Alcohol	X	X	X	X
Alucinógenos	X	X	X	
Anfetaminas	X	X	X	X
Cafeína			X	
Cannabis	X	X	X	
Cocaína	X	X	X	X
Fenciclidina	X	X	X	
Inhalantes	X	X	X	
Nicotina	X			X
Opioides	X	X	X	X
Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos	X	X	X	X
Varias sustancias	X			
Otros	X	X	X	X

DSM IV-TR. En el DSM-5. Aparece la abstinencia por consumo de cannabis y de cafeína.

A renglón seguido, hemos de decir que a lo largo de la historia se han propuesto diferentes formas de clasificar las drogas. Por ejemplo, se distinguió entre drogas blandas y duras, una separación que hoy por hoy apenas se utiliza, ya que en cuestiones como la prevención no es demasiado conveniente utilizar dicha diferenciación.

Las definiciones han ido variando de una u otra manera, dependiendo del área que toquen así será su clasificación; cada una ha ido añadiendo matices o se ha ido ampliando la enunciación hacia uno u otro lado según la conveniencia. Así se ha llegado a establecer drogas de utilización industrial, de utilización médica, drogas institucionalizadas, por ejemplo, se estableció una diferencia simple entre drogas legales e ilegales, una clasificación que tuvo bastante éxito.

Hoy día esta separación *legal-ilegal* se conserva, entre otras cosas, por las leyes

vigentes que afectan al consumo y tráfico de drogas. Una clasificación que ha servido de referente a la sociedad para orientarse en el terreno de lo judicial, pero también ha sido orientativa para otros saberes, como la sociología.

Podemos encontrar otras clasificaciones que van en función de la separación que crean entre las sustancias que generan adicción y las que no. Otra clasificación que se ha utilizado en ocasiones con más o menos suerte ha sido separar las drogas en naturales, sintéticas y semisintéticas. Otra, ya clásica, es la de Lewin (1970); este autor realizó una clasificación con cinco divisiones: *a) euphorica*, euforizantes y calmantes de la vida afectiva, forman parte de este grupo el opio y sus derivados (morfina, heroína y la cocaína); *b) phantastica*, son los alucinógenos, los agentes de las ilusiones. Constituyen parte de este grupo drogas como la mescalina, el cannabis, la amanita, el estramonio, la belladona; *c) inebrantica*, los embriagadores, después de una primera fase de excitación cerebral dan lugar a una depresión. Integran parte de ella el alcohol y el éter; *d) hypnotica*, agentes del sueño, en este grupo encontramos los barbitúricos y el bromuro; y *e) excitantia*, estimulantes y tónicos, café, tabaco, cola, mate y kat.

A nuestro modo de ver, la diferenciación más sencilla y práctica se debe realizar en función de cómo afectan al sistema nervioso: las que lo estimulan o psicoanalépticos, las que lo deprimen o psicolépticas, y las que lo alteran o psicodislépticos.

Esta es una clasificación que a la hora de la prevención resulta muy útil y fácil de entender, y que se atribuye a Laporte (1976). Se trata de una clasificación similar a la que propone la OMS, salvo que la clasificación por grupos de la OMS tiene como fin exclusivo diferenciar su peligrosidad. Según Laporte, primero estarían las drogas depresoras del sistema nervioso central, que tienen gran capacidad para generar tolerancia y dependencia. Después vendrían las drogas estimulantes del sistema nervioso, que presentan tolerancia y dependencia psicológica pero cuya dependencia física es más difícil de observar. Por último, las drogas psicotomiméticas o psicodélicas, cuyo efecto principal no es la depresión ni la estimulación, sino la deformación de la percepción y de la sensación.

Hemos de afirmar que es una clasificación que se entiende fácilmente por ser didáctica y, por lo tanto, es la que más se utiliza.

# Capítulo 6

## Epidemiología de las drogodependencias

### 6.1. Tendencias actuales de consumo

Naciones Unidas estimó en su informe de 2007 que un 4,2 por 100 de la población mundial mayor de 15 años consume drogas.

En relación con la epidemiología sobre las sustancias psicoactivas, las encuestas más destacables en España son ESTUDES: Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias (estudiantes de 14-18 años de edad, se realiza desde 1994, siendo la última entrega en 2013) y la encuesta EDADES: Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (en población general residente en hogares de 15-64 años de edad, desde 1995 hasta entregarnos el último informe en 2012).

Según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías perteneciente al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, ambas encuestas, con resultados más generales y significativos, confirman que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y el cannabis la droga ilegal que presenta el consumo más elevado; que el policonsumo es un patrón que se generaliza entre los consumidores y en el que el alcohol participa en una mayoría significativa de casos. Por otro lado, ambos informes evidencian que se estabilizan los consumos de alcohol, heroína y cannabis, que el consumo de hipnosedantes es mayoritario entre mujeres y, como dato muy positivo, que, por primera vez, disminuye el consumo de cocaína, así como se aprecia una caída importante del consumo de tabaco a partir de la normativa aprobada de cara a la prevención del tabaquismo.

También hay que destacar, por lo que supone de preocupación, el aumento de los consumos intensivos de alcohol (borracheras y atracones o *binge drinking*), especialmente entre menores de edad.

A continuación nos referiremos al informe ESTUDES (2013). Como ya hemos indicado, se analiza un grupo de población más joven con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. La muestra de este informe es muy significativa, pues engloba 27.503 estudiantes de 747 centros educativos públicos y privados y 1.523 aulas.

Este informe nos pone de manifiesto el aumento de consumo de alcohol, a expensas, especialmente, de los más jóvenes (14 y 15 años).

El consumo intensivo, borracheras y *binge drinking* son muy frecuentes y se asocian a un mayor uso de drogas ilegales (policonsumo).

El cannabis sigue manteniendo una alta prevalencia de consumo entre los jóvenes, y el 16 por 100 que ha fumado cannabis en el último año presenta un consumo de riesgo. Esto tiene repercusión en los indicadores de problemas asociados al consumo de drogas, observándose un mayor protagonismo del cannabis en los servicios de tratamiento por drogas y en las urgencias hospitalarias.

Siguiendo con el informe de los jóvenes, ESTUDES (2013) destaca especialmente el cannabis, puesto que es la droga ilegal más consumida tanto entre los estudiantes de 14 a 18 años como en la población general. Es la tercera droga en generar demanda asistencial (18,1 por 100 del total de tratados), siendo particularmente relevante el número de menores de 18 años que acuden a tratamiento por problemas

asociados al consumo de esta droga (86,1 por 100 de todos los menores tratados); además, es la tercera sustancia más frecuentemente mencionada en las urgencias, con tendencia claramente ascendente. Pero debemos decir que en general el consumo de cannabis ha disminuido ligeramente.

Un dato destacable en los jóvenes es el aumento del consumo de hipnosedantes. Los hipnosedantes son la sustancia que mayor proporción de estudiantes consume después del alcohol, el tabaco y el cannabis. Se observa una tendencia ascendente del consumo y es más prevalente entre las mujeres (Mujer/Hombre = 1,5).

Según ESTUDES (2013), disminuye el consumo de tabaco; es más, en los últimos años se ha invertido la tendencia del consumo de tabaco. De 1999 a 2003 se percibe una tendencia al alza; a partir de 2004, coincidiendo con el debate social del proyecto de ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo, cae sensiblemente, para estabilizarse el consumo a partir de 2006, a pesar de lo cual los datos recogidos en las últimas encuestas son significativamente menores que al inicio de las series, y ello es particularmente llamativo en los consumos de los estudiantes: en 2004, el 21,5 por 100 de estudiantes de 14-18 años fumaba diariamente, frente al 14,8 por 100 en 2006 y al 12,3 por 100 en 2010. Este descenso es compatible con el hecho de que 9 de cada 10 estudiantes de 14 a 18 años consideran que fumar tabaco es peligroso.

Un dato muy positivo relacionado con los jóvenes es que disminuye el consumo de cocaína. En relación con los alucinógenos, heroína, éxtasis y anfetaminas, las prevalencias son bajas y se han estabilizado tras el descenso a partir de 2000.

Ahora pasamos a la encuesta de adultos EDADES en su edición 2012, que atesora una muestra de 22.128 cuestionarios válidos. En ella se observa que el consumo de heroína está estabilizado, manteniéndose las mismas prevalencias que en años anteriores. Disminuye el consumo de alucinógenos, anfetaminas, éxtasis y cocaína en polvo para la población general de 15-64 años de edad.

Subrayamos el consumo de hipnosedantes, tanto con prescripción médica como sin ella, los cuales están más extendido entre mujeres que entre hombres (tanto en población general como en estudiantes), siendo el grupo de mujeres comprendidas entre los 35-64 años el que incluye mayor proporción de consumidoras.

Por último, destacamos el denominado policonsumo (consumir varias sustancias), un patrón de consumo cada vez más habitual y en aumento que tiene por objeto modular (potenciando o compensando) los efectos de diferentes drogas o experimentar nuevas sensaciones, teniendo el alcohol una presencia permanente.

Para finalizar, en cuanto a la percepción de riesgo y disponibilidad percibida en ESTUDES (2013), el 90,4 por 100 de los encuestados consideró peligroso o muy peligroso el consumo de una cajetilla diaria de tabaco frente al 88,7 por 100 que valoró como tal el consumo habitual de cannabis.

Por otro lado, la población considera que cada vez es más fácil conseguir drogas. Según EDADES (2012), para los menores (14-18 años), la más accesible es el alcohol (93,3 por 100), seguido del cannabis (71,1 por 100), y la más difícil de conseguir es la heroína.

En cuanto a Hispanoamérica y según *el Informe de uso de drogas en las Américas* (2011), podemos sintetizar e indicar que si bien el consumo de alcohol entre estudiantes «secundarios» es frecuente en todos los países, las tasas más altas, cuando

se les pregunta por el consumo durante el último mes, se dan sobre todo en: Colombia, Dominica, Uruguay y Sta. Lucia. Las tasas más bajas de consumo de alcohol se dieron en Honduras y El Salvador.

En cuanto a la marihuana, los países donde los estudiantes de secundaria consumieron más esta sustancia en el último año fueron: Canadá, Estados Unidos, Sta. Lucia, Dominica y Granada. Los países donde las prevalencias anduvieron más bajas en cuanto al consumo de marihuana en estudiantes «secundarios» fueron: Perú, Honduras, República Dominicana, República Bolivariana de Venezuela y Haití. En general, destacan como países más consumidores los países del norte y el caribe.

En cuanto al consumo de inhalantes destacan las altas prevalencias de Brasil, Jamaica y Trinidad y Tobago.

El consumo de cocaína parece estar en aumento en América del Sur y disminuye en América del Norte. Para finalizar, el clorhidrato de cocaína se consume sobre todo en Uruguay, Estados Unidos, Chile y Guayana, y la pasta base se consume sobre todo en países del cono sur.

# Capítulo 7

## La evaluación de las drogodependencias

### 7.1. Evaluación de los pacientes

Para la evaluación se nos hacen imprescindibles pruebas psicodiagnósticas que aporten objetividad y valor añadido al juicio del terapeuta. Estas pruebas ayudan a la realización de un análisis descriptivo y explicativo de las personas, y podemos aseverar que es un proceso bajo el marco del método científico en cuanto a su diseño y su posterior validación.

Si en algo han cambiado las intervenciones terapéuticas en estos últimos 20 años, es en que ahora los terapeutas y psicólogos sanitarios ya no se basan tanto en sus interpretaciones ni se guían por la batuta de sus famosas intuiciones. Hoy los procesos están basados en guías que han sido diseñadas teniendo en cuenta las evidencias científicas, refiriéndonos a estudios estadísticos experimentales y al consenso de grupos de expertos. En las primeras comunidades terapéuticas primaba la intuición y el modelado. En no pocas ocasiones nos hemos encontrado con las siguientes sentencias de personas que se formaron como terapeutas en una Comunidad Terapéutica: «Esta manera de tratar funcionó para mí»; o bien: «Así es como era cuando pasé por ello»; o también: «Simplemente así se hacen las cosas» (De León, 2004).

En relación con el tema de la evaluación, existe mucha literatura sobre cuándo es el momento más adecuado y cómo hay que evaluar al nuevo paciente. Respecto a las pruebas psicodiagnósticas, por ejemplo, es requisito no padecer el síndrome de abstinencia, ya que puede distorsionar las respuestas de los cuestionarios. Pero en lo que hay menos debate es en el hecho de realizar una evaluación, obtener datos y poder extraer una visión integral adecuada del usuario; e igual de importante es, al emprender la evaluación, medir lo que realmente es necesario y no caer en el furor evaluativo ni en el exceso de burocracia. Encontramos que la burocracia es un arma de doble filo, y en demasiados casos pasa de ser algo necesario a ser un verdadero obstáculo que enlentece las asociaciones y por añadidura al propio usuario. En estos casos se necesita de personal que dedique tiempo extra para responder a las constantes nuevas demandas evaluativas y, obviamente, ese personal siempre está en detrimento de la atención directa a los pacientes.

Continuando con la evaluación de los pacientes, destacamos que las entradas a los programas suelen estar diseñadas de muy diferentes formas. A nadie se le escapa la cuestión nada desdeñable de la necesidad de acoger adecuadamente a los usuarios, escucharlos, ofrecerles información aclaratoria del centro y responder a cuantas preguntas formulen. Es importante saber qué consideraciones han motivado a la persona a realizar un programa terapéutico-educativo. Tras esto y no antes, y sin cambiar de escenario, poco a poco se comienza a realizar una evaluación en sentido estricto. Evaluación en la cual se recogen una serie de informaciones familiares, judiciales, psiquiátricas, biográficas y laborales, y también, si la entidad cuenta con los medios, un examen médico, que en estos casos incluye el análisis de posibles enfermedades que suelen ser comunes en este tipo de población, como la

tuberculosis, el VIH, etc.

En cuanto a las *pruebas psicodiagnósticas*, de forma muy general podemos distinguir diferentes instrumentos para la evaluación, instrumentos que dividiremos en tres bloques:

a) Los tests psicológicos. Son métodos estandarizados para identificar a un sujeto de forma fiable y válida respecto a la norma de su grupo. Bien conocidos son el 16 PF (*Cuestionario Factorial de Personalidad*, de R. B. Cattell, A. K. S Cattell y H. E. P. Cattell), el MMPI (*Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota*, de S. R. Hathaway y J. C. Mcklinley) o el WAIS-R (*Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos*, del D. Wechsler).

b) Las *escalas de valoración*. Son instrumentos estandarizados que permiten a diversos informantes (clínicos, familiares u observadores entrenados o no entrenados y al propio evaluado) cuantificar la conducta del paciente en áreas específicas. En esta línea encontramos el SCL-90 (*Cuestionario de 90 síntomas*, de L. R. Derogatis) o el STAI (*Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo*, C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene).

c) Las entrevistas semiestructuradas. Su objetivo es lograr que las respuestas de los entrevistados se ajusten a patrones uniformes de preguntas y sean directamente comparables y reproducibles. ASI (Addiction Severity Index de McLellan, Kushner, Metzger y Peters, 1992); PDE (Examen de los Trastornos de la Personalidad, de Loranger, 1987); la entrevista SCAN (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, de Wing, 1992; Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría, versión española de Vázquez-Barquero, 1993). Otro ejemplo puede ser el cuestionario SCID (Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del DSM-IV, de González y Iraugi, 2002).

A continuación pasaremos a exponer algunos cuestionarios específicos para las personas que padecen problemas de adicciones.

Primeramente encontramos numerosos cuestionarios que se han diseñado para una problemática concreta dentro de las adicciones; instrumentos que se denominan de cribado o barrido (*screening*). Son cuestionarios breves o muy breves que se pueden aplicar a mucha gente con el fin de detectar personas con problemas a sustancias, lo que en ocasiones se ha denominado hallazgo de casos; pero también son cuestionarios útiles para identificar la presencia de la problemática para la cual se han diseñado, aportando así información a la hora de plantear el diagnóstico cara a la planificación del tratamiento y, por añadidura, a la evaluación de los resultados. Entre los más conocidos y reconocidos podemos destacar un cuestionario para detectar problemas con el alcohol: el cuestionario CAGE (Ewing, 1984).

Después encontramos escalas de evaluación como la *Severity of Dependence Scale* (SDS) diseñado por Gossop y col (1995); o el cuestionario *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ) de los autores Stockwell, Murphy y Hodgson (1983); y también podemos destacar el cuestionario *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) de Raistrick, Bradshaw, Tober *et al.* (1994).

En cuanto a las entrevistas estandarizadas multidimensionales, destacaremos las siguientes: *Addiction Severity Index* (ASI) de McLellan, Kushner, Metzger y Peters

(1992); el *Opiate Treatment Index* (OTI) de Darke *et al.* (1992); y, por último, el *Maudsley Addiction Profile* (MAP), de Marsden, Gossop, Stewart, Best *et al.* (1998). Como muestra de ellos, diremos que el EuropASI consiste en una entrevista que nos ofrece mucha información relevante del usuario: de su situación social y comunitaria, de dónde obtiene el dinero, datos relevantes sobre su familia, de su relación con los amigos, su situación judicial y un largo etcétera.

Segunda parte  
LAS RELACIONES ENTRE DROGAS Y  
SEXUALIDAD

# Capítulo 8

## Como afectan las drogas a la sexualidad

Las drogas como espíritus neutros o imparciales, que al entrar en el individuo intensifican las inclinaciones naturales, buenas o al revés (Filón, de *Plant.*, XLI 171).

### 8.1. Introducción

A primera vista, se consumen drogas para obtener placer y desinhibición, y en no pocas ocasiones las sustancias se consumen como afrodisíacos. Ahora bien, al consumo de sustancias psicoactivas se le pueden adjudicar otras funciones, como evitar el rechazo, mitigar el miedo o la vergüenza o poder facilitar el contacto con los otros; así pues, el consumo de sustancias psicoactivas puede tener estas dos funciones: buscar el placer o evitar el malestar. Históricamente la lista de afrodisíacos que puede consumir una persona es extensa sin lugar a dudas, incluyendo comidas, hormonas, infusiones, etc.

Actualmente podríamos decir que no hay ninguna sustancia que aumente el deseo sin afectar a otras funciones del organismo. Existen ciertas sustancias, como la *yohimbina* (un alcaloide obtenido de un árbol africano), la seta *Thallus Impudicus*, o la *puira-muama*, que pueden actuar aumentando el volumen sanguíneo de los genitales, pero en principio no aumentan el deseo. En la mayoría de las ocasiones estos afrodisíacos no son ni fiables ni seguros y solo funcionan por su efecto como placebo. Por el contrario, sí atesoran claros efectos secundarios para el organismo.

Podemos encontrar en el mercado libros que incluyen recetas afrodisíacas. Isabel Allende, en su magnífico libro *Afrodita. Cuentos, recetas y otros afrodisíacos*, editado en 1997, comenta las creencias de cada cultura y hace toda suerte de recomendaciones. Por ejemplo, en la India se cree que el coco aumenta la calidad y cantidad del semen y cura enfermedades de las vías urinarias, que el dátil contiene muchas vitaminas y calorías y un puñado de ellos equivale a una comida completa, da energía y aumenta la potencia viril y la coquetería en las mujeres [...]. Con el jugo fermentado de la corona del árbol del dátil se prepara un licor afrodisíaco llamado vino de palma. El durazno y el albaricoque, tal vez las más sensuales de todas las frutas por su perfume delicioso, de textura suave y jugosa y color encarnado, son la representación elocuente de las partes íntimas de la mujer. El durazno es originario de China, donde se cultiva desde hace más de dos mil años. Shakespeare conocía su mágica reputación y en *Sueño de una noche de verano* las hadas lo usan como afrodisíaco. Y en estos términos se tratan otros productos o alimentos como la ciruela, la pera, la almendra, la granada, el higo, el membrillo, la fresa, la uva, el café, el té, el chocolate, el ajo, la alcachofa, el arroz, las espinacas, el pimiento, la miel y un sinfín de recetas derivadas de ellos, como la *mousse* de cangrejo y el aguacate, el suspiro de alcachofa o las peras al roquefort, etc. Quizá, anticipándonos a las conclusiones, podemos decir que lo más recomendable en cuanto a sustancias sea una dieta sana y equilibrada para una mejor sexualidad, y si a esta dieta sana le añadimos la práctica de ejercicio físico tendremos dos importantes variables para una adecuada salud sexual.

En un primer momento, cuando alguien consume drogas, podemos encontrar un aumento del interés sexual. Pero, si se consume una dosis alta y a largo plazo, todas las sustancias psicoactivas acarrearán consecuencias indeseables de una mayor o menor gravedad sobre la conducta sexual. Se debe apuntar que para que se produzca una alteración, el consumo, en general, debe ser agudo o muy cronificado, y que esto ocurriría tanto en los hombres como en las mujeres.

Sobre este particular, los estudios realizados varían: desde los análisis de los efectos de consumir sustancias psicoactivas a corto plazo y a dosis bajas, que indican una mejora en el funcionamiento sexual de forma efímera (Degenhardt y Topp, 2003; Emanuele y Emanuele, 1998; Hyatt y Bensky, 1999; Peugh y Belenko, 2001) hasta aquellos otros donde se analizan las consecuencias de consumir mayores dosis y durante un período de tiempo más prolongado. En este último caso hay un gran consenso en relación con los efectos «devastadores» que se muestran sobre la función sexual, tanto a nivel fisiológico (Cocores, Miller, Pottash y Gold, 1988; Johnson, Phelps y Cottler, 2004) como a nivel psicológico (La Pera, Giannotti, Taggi y Macchia, 2003; Peugh y Belenko, 2001; Rosen, 1991; Smith, 2007).

A pesar de contar con estudios de calado y relevancia, resulta difícil concretar con mayor exactitud los efectos del consumo de sustancias adictivas en la respuesta sexual, ya que la sustancia psicoactiva lleva implícitos —además de los efectos farmacológicos— otros factores como son la dosis, la predisposición psicológica, la motivación, la experiencia, el momento temporal actual de la persona que la consume, las expectativas del encuentro, la pareja sexual, los rasgos de personalidad, etc.; y así la sustancia concreta es una variable importante, aunque en el fondo solo una más dentro de todas las posibles.

Por otro lado, los psicofármacos también tienen efectos sobre la sexualidad; sin ir más lejos, los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos —los más recetados en la actualidad— son: anorgasmia, disminución de la libido, insomnio y agitación (González y Pérez, 2008). Aunque en este estudio no abordaremos los efectos secundarios sobre la sexualidad de los medicamentos y nos centraremos en las sustancias ilegales más el alcohol y el tabaco.

En otro orden de cosas, las sustancias psicoactivas pueden afectar a las diferentes fases de la respuesta sexual. Por consiguiente, los trastornos conforme a lo que acabamos de apuntar se pueden clasificar según la fase afectada, deseo, excitación u orgasmo: *a)* en general y con ánimo de sintetizar, con el paso del tiempo hay un descenso de la libido en fumadores crónicos de cannabis (Hollister, 1976), y también se ha observado esto mismo en grupos de fumadores de tabaco, bebedores de alcohol y consumidores de otras sustancias (Markez, 2002); *b)* en general, otra de las características es que las drogas, «sobre todo las depresivas», provocan somnolencia, lo cual dificulta el proceso sexual. Constatamos que la fase de excitación se ve afectada en alguna medida por la mayoría de las sustancias psicoactivas (dificultades para lograr la erección en el hombre o la lubricación en la mujer): Olazábal, Marcos, López y Fuertes (1990) apuntan que el 50 por 100 de heroinómanos, el 41 por 100 de alcohólicos y el 33 por 100 de cocainómanos, así como el 20 por 100 de fumadores diarios de hachís, presentan problemas de erección; *c)* finalmente, respecto a la fase del orgasmo, estos mismos autores informan que se padecen trastornos eyaculatorios

(retraso, incapacidad o eyaculación retrógrada) que afectan al 75 por 100 de heroinómanos y al 5-10 por 100 de alcohólicos, observándose en las mujeres un deterioro de la capacidad orgásmica.

Con la práctica totalidad de las sustancias psicoactivas obtenemos alteraciones en las diferentes fases de la respuesta sexual. Además, se sobreentiende que todos estos son problemas secundarios, es decir, son trastornos que surgen como consecuencia del consumo abusivo de sustancias, aunque también podría ocurrir que el trastorno sexual sea previo al consumo de sustancias, con lo cual sería un trastorno primario.

Antes de comenzar a comentar algunas cuestiones sobre el diagnóstico y los efectos sobre la sexualidad de cada sustancia psicoactiva, queremos apuntar algunas cosas sueltas. En líneas generales, se puede evidenciar con claridad que han sido más estudiados los efectos adversos o efectos secundarios de los medicamentos que los efectos positivos sobre la sexualidad, por ejemplo, el efecto negativo en la excitación sexual de los fármacos para tratar la hipertensión. Sin embargo, debemos admitir que con la llegada de la *Viagra*® esto ha cambiado bastante. Otra cuestión que hay que tener en cuenta y que suele pasar desapercibida es que se han estudiado más los efectos en el hombre que en la mujer.

En general existe bastante consenso en que el consumo de sustancias también propicia que las relaciones sexuales no sean seguras, es decir, que se realizan conductas de riesgo con el consiguiente peligro de transmitir enfermedades infectocontagiosas o provocar embarazos no deseados (Calafat, Juan, Becoña, Mantecón y Ramón, 2009).

## **8.2. En cuanto al diagnóstico**

El «Trastorno Sexual inducido por sustancias» se incluyó por primera vez como una categoría diagnóstica en el *DSM-IV* (1995) y en la *CIE-10* (OMS, 1992).

El *DSM IV-TR* (2000) incluía el «Trastorno Sexual inducido por sustancias» dentro de la categoría «Trastornos Sexuales» y nos pedía que detalláramos la sustancia específica que provocaba dicho trastorno sexual: «Trastorno sexual inducido por: Alcohol (F10.8 o 291.8), Sedantes, hipnóticos y ansiolíticos (F13.8 o 292.89), Cocaína (F14.8 o 292.89), Anfetamina o sustancia de acción similar (F15.8 o 292.89), Opiáceos (F11.8 o 292.89) y Otras sustancias o desconocidas (F19.8 o 292.89)».

Estas categorías se mantienen parecidas en el *DSM-5*; por ejemplo el «Trastorno Sexual inducido por sustancias» pasa a ser «Disfunción Sexual Inducida por Sustancias o Medicamentos».

En este último apartado (F19.8 o 292.89) se incluyen sustancias como los esteroides anabolizantes, medicamentos adquiridos sin receta o prescritos que no se han mencionado en las once categorías (entre otros, cortisol, antihistamínicos, benzotropina) y otras sustancias con efectos psicoactivos; incluyendo en esta categoría antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos, antihistamínicos, y otros.

Además, en esta clasificación se debe especificar si se da con alteración del deseo, con alteración de la excitación, con alteración del orgasmo o con dolor sexual. Al mismo tiempo, igualmente se debe especificar si la disfunción sexual tiene su inicio durante la intoxicación.

En el pasado 2013 salió a la luz el conocido Manual DSM en su 5.<sup>a</sup> versión, y en relación con la sexualidad se introdujeron algunos cambios que deseamos apuntar. Se eliminaron, por ejemplo, el trastorno por aversión al sexo y algunos subtipos del trastorno de identidad de género como la transexualidad.

### 8.3. Estudios con drogodependientes

En un estudio de aproximación al tema realizado por Mestre (2002), se evaluó qué dificultades acaecían a la hora de mantener relaciones sexuales diferenciando dos momentos: mientras tomaban la sustancia psicoactiva y tras el cese de tal sustancia. La muestra fue de 55 personas (48 hombres y 7 mujeres).

Respecto a los problemas más frecuentes, el 75 por 100 de los hombres indicó que mientras mantenía el consumo tardaba mucho en eyacular. En segundo lugar, la disfunción más frecuente que afectaba a uno de cada tres hombres fue el problema de la erección (no se especifica si no se obtiene en ningún grado, se obtiene parcialmente o se pierde a lo largo de la relación). En tercer lugar, los hombres apuntan que «no tienen ganas de empezar», es decir, el 31,25 por 100 señala que el deseo sexual se veía afectado «a la baja» mientras se mantenía el consumo.

TABLA 11.—*Dificultades acaecidas a la hora de mantener relaciones sexuales. Hombres*

Mientras se consumía		Al dejar de consumir
31,25 %	No tener ganas de empezar	10,41 %
20,83 %	Perder las ganas durante la relación	6,25 %
33,33 %	Problemas de erección	8,33 %
10,41 %	Eyacular muy pronto	45,83 %
75,00 %	Tardar mucho en eyacular	2,08 %
27,08 %	No sentir placer	4,16 %
8,33 %	Sentir dolor durante la penetración	4,16 %

Como se puede apreciar (véase Tabla 11), al dejar el consumo se produce una mejoría general en la respuesta sexual de los hombres y las disfunciones sexuales parecen presentarse en menor número de casos. A la vista de estos datos podemos sostener que mejora la respuesta sexual con el solo hecho de cesar el consumo, aunque también hay estudios que señalan que con el período de abstinencia no mejora la respuesta sexual (*Erectile Dysfunction Associated with Psychoactive Substances*,

Jiann, 2008; Vallejo-Medina y Sierra, 2012). Una excepción a lo anteriormente expuesto es el caso de la eyaculación precoz, una disfunción que afecta al 10,41 por 100 de los hombres durante la época de consumo y llega a presentarse en el 45,83 por 100 de los hombres al abandonar el consumo de la sustancia psicoactiva. Este dato puede parecer contradictorio. A simple vista la explicación puede ser que en las primeras relaciones sexuales y tras haber abandonado la sustancia el hombre suele decir que se excita rápidamente por varias razones. En primer lugar, el varón se presenta a una relación sexual sin ningún «intermediario», es decir, sin ninguna sustancia en su cuerpo que pueda enmascarar sus sensaciones o sentimientos; de alguna manera «está limpio». Si a ello le añadimos el posible tiempo que ha pasado desde su última relación sexual, en principio a causa de su proceso terapéutico educativo de desintoxicación y deshabitación en un centro residencial, es esperable una respuesta de rápida excitación.

Otra explicación posible es el efecto rebote que provoca en la respuesta sexual la ausencia del consumo. Carabal, Baldwin y Lesmes (2000) aseveran que el consumo de cocaína provoca un retardo en la eyaculación y en el orgasmo, prolongando el acto sexual más de lo habitual. Se supone que una vez que cesa el consumo, produce un efecto rebote en las personas que han consumido cocaína, provocándoles el efecto contrario, una rápida eyaculación en las relaciones sexuales.

Como consecuencia, a la hora de abordar el tema de la sexualidad en un grupo de hombres que están en proceso de abandonar el consumo debemos tratar este tema y ayudar a que no vivan la eyaculación rápida como un problema, sino como parte de su proceso de mejoría.

Este estudio nos da algunas pistas sobre qué es lo que ocurre con la respuesta sexual en las mujeres.

Mientras mantienen el consumo, la disfunción que afecta a un mayor número de mujeres es la anorgasmia (véase la Tabla 12), señalado por un 71,4 por 100. En segundo lugar, aparece la disminución del deseo sexual; el 57,14 por 100 afirma que «no tenía ganas de empezar» y el mismo porcentaje de mujeres señala que «perdía las ganas durante la relación».

TABLA 12.—*Dificultades acaecidas a la hora de mantener relaciones sexuales. Mujeres*

Durante el consumo		Al dejar de consumir
57,14 %	No tener ganas de empezar	0,00 %
57,14 %	Perder las ganas durante la relación	14,28 %
14,28 %	Dificultad para lubricar	28,57 %
71,40 %	No llegar al orgasmo	42,85 %
42,85 %	Sentir dolor durante la penetración	14,28 %

De nuevo la mayor parte de los problemas relacionados con la respuesta sexual mejoran al abandonar el consumo. Sin embargo, la dificultad para lubricar aumenta de un 14,28 a un 28,57 por 100. ¿Qué puede hacer que una mujer no se excite al dejar el consumo? Aunque entrevistas individuales con cada mujer podrían aportar mayor luz a este tema, nuestra hipótesis es que en ausencia de otras patologías orgánicas y de alguna medicación que pudiera interferir en la respuesta sexual, las creencias respecto de la sexualidad y lo que significan las relaciones sexuales podrían estar en la base de esta dificultad —la excitación— de la mujer que recientemente ha abandonado el consumo.

En TIRESIAS (Del Río y Cabello, 2011), una investigación realizada en 27 provincias españolas y en la que colaboraron 28 centros de tratamiento de drogodependencias con un Grupo Experimental de 1.054 personas y un Grupo Control de 211 personas, se analizaron las secuelas que el consumo de sustancias psicoactivas deja en la respuesta sexual mediante los siguientes cuestionarios: *a) Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)* (Golombok, Rust y Pickard, 1984; Rust y Golombok, 1986), que mide nueve escalas diferentes de la sexualidad (eyaculación precoz, disfunción eréctil, anorgasmia, vaginismo, insatisfacción, infrecuencia, no comunicación, no sensualidad y evitación); *b) Inventario de Ansiedad, Estado Rasgo (State Trait Anxiety Inventory, STAI)*; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) y; *c) la erotofobia-erotofilia mediante el cuestionario Sexual Opinion Survey (SOS)*; Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988).

Los primeros análisis indican que las personas que se encontraban en tratamiento por drogas presentaban los siguientes porcentajes de disfunciones (GRISS): eyaculación precoz (44,3 por 100), disfunción eréctil (36,7 por 100), vaginismo (65,1 por 100), anorgasmia (13,2 por 100), infrecuencia (49,3 por 100), no comunicación (30,6 por 100), insatisfacción (23,2 por 100), evitación (23,5 por 100) y no sensualidad (0,7 por 100), siendo la diferencia estadísticamente significativa con el

Grupo Control en todas las escalas. Además, las puntuaciones en los cuestionarios STAI y SOS señalaban que las personas que han consumido sustancias presentaban más ansiedad y una mayor erotofobia (unas actitudes sexuales más negativas que las personas que no las han consumido), y dicha diferencia es estadísticamente significativa, pues se verifica también en la práctica terapéutica diaria.

A nivel de la afectividad, otros estudios como el de Pérez, Lara y González (2010) nos han mostrado otra suerte de datos que tener en cuenta, como que un 51,4 por 100 de las personas en tratamiento informó haber tenido alguna vez relaciones sexuales a cambio de dinero o regalos, o que el 73,0 por 100 decidió alguna vez continuar historias de amor, aunque estas fueran violentas desde un punto de vista psicológico o físico.

A continuación se dividirán los efectos de las sustancias psicoactivas en tres apartados: *a)* drogas estimulantes del sistema nervioso; *b)* sustancias depresoras del sistema nervioso; *c)* drogas que alteran la conciencia; *d)* donde añadiremos un punto en el que se abordarán las consecuencias de las adicciones sin sustancia en la sexualidad.

#### **8.4. Drogas estimulantes del sistema nervioso**

Nos referimos a estimulantes vegetales como el café y la coca; y químicos como la cocaína, el crack y las anfetaminas (Escohotado, 2001). Por motivos de espacio, en este apartado solo se tratarán las sustancias que tienen una mayor repercusión y relevancia social: cocaína, anfetaminas y tabaco.

##### *Cocaína*

Clorhidrato de Cocaína, Pasta de Coca, Cocaína Base y Otras Sustancias que contienen alcaloides de Cocaína. La cocaína es una de las drogas estimulantes más consumidas actualmente y que más problemas está generando. Esta sustancia deriva de la planta de coca *Erithroxylon Coca* y es un alcaloide con acción anestésica en el sistema nervioso periférico y estimulante sobre el sistema nervioso central (Caballero, 2005).

En general, las drogas estimulantes desinhiben la conducta sexual, por lo que en principio pueden facilitar el encuentro con los otros.

Es una de las drogas que cuenta con más fama de ser capaz de aumentar la excitación sexual y el orgasmo, aunque lo cierto es que se observa un alto porcentaje de disfunciones sexuales, deseo sexual inhibido e incluso priapismo (erección mantenida que puede ser dolorosa, presentándose en ausencia de deseo sexual y sin eyaculación).

De lo que no hay duda es que cuando el consumo de cocaína es agudo y crónico afecta al deseo sexual, en un primer momento aumentándolo debido a su acción dopaminérgica, aunque también retardará el orgasmo (Saso, 2002).

Podemos encontrar testimonios como el de Alandete (2010), que en su libro diario de un adicto al crack narra lo siguiente:

*Me siento, por primera vez, más allá del deseo sexual, como si hubiera entrado en otro estadio del colócn, en que el sexo ya no importa. Y me siento aliviado: ese cuerpo que veo no es el cuerpo que me*

*gustaría que la gente viera [...]. Y aun así, el sexo es un trámite más. Igual que las drogas: era una forma de borrar la ansiedad, la timidez, el insoportable peso de la propia conciencia. Las drogas solo me hacían querer más drogas, más olvido. Así que cuando me drogaba, bebía más vodka, tenía más sexo, tomaba más drogas.*

En un principio la cocaína es una sustancia estimulante pero a dosis elevadas y a largo plazo causa pérdida del deseo e inhibe la respuesta sexual, provocando disfunción eréctil en los varones y falta de lubricación vaginal en las mujeres (Cabello, 2010).

Cuando alguien consume cocaína busca el efecto potenciador. Aunque la realidad sea, según Olazábal, Marcos, López y Fuertes (1990), que el 33 por 100 de los cocainómanos padece problemas en la excitación y en la erección.

La importancia de las expectativas y las sugerencias puestas en esta droga por sus consumidores llega al extremo de afirmar que frotar la punta del clítoris con coca aumenta la sensibilidad y la excitación, lo cual no deja de ser sorprendente dado su efecto demostrado y usado como anestésico local. La cocaína como estimulador central puede facilitar una transmisión más eficiente de los mensajes nerviosos. Además, sus efectos eufóricos pueden cambiar la percepción de uno mismo y de las propias experiencias. Pero también es cierto que tras la euforia viene la caída e incluso la depresión. La tendencia a largo plazo es a perder el interés por la actividad sexual y disminuir la capacidad de excitación por estímulos normales (Segura, 2004).

Las complicaciones más frecuentes en consumidores de cocaína son estas: disfunciones sexuales, amenorrea (ausencia de menstruación), ginecomastia (crecimiento excesivo de las mamas en los hombres), infecciones (VIH, hepatitis, endocarditis, abscesos) (Caballero, 2005). En cuanto a la reproducción, encontramos que hay un aumento de la prolactina, lo que puede causar infertilidad (Saso, 2001). En general, hay alteración en los ciclos menstruales, amenorrea, disminución de los ciclos ovulatorios y galactorrea (secreción láctea fuera del período de embarazo o lactancia) (Barreda, Díaz-Salazar, Cuesta y López, 2005).

### *Anfetaminas*

Las anfetaminas se utilizan normalmente por su efecto euforizante y por reducir significativamente la necesidad de sueño, de ahí su alto índice de consumo en estudiantes universitarios. Las anfetaminas aumentan las sensaciones relacionadas con el sexo debido a su activación generalizada del bienestar (McKay, 2005). El consumo a dosis elevadas provoca el retardo y la anulación del orgasmo y de la lubricación vaginal. El uso prolongado causa disfunción eréctil en los varones. También se observa un debilitamiento general. Las anfetaminas afectan al deseo sexual, pudiendo llegar la persona consumidora a un total desinterés por el sexo. Igual que en el caso de la cocaína, las anfetaminas excitan al principio, pero, con el consumo continuado o agudo, disminuyen el deseo y asimismo la respuesta de excitación (erección o lubricación vaginal). Esto ocurriría tanto a hombres como a mujeres.

### *El tabaco*

El tabaco disminuye el número de años fértiles y causa una mayor dificultad en

concebir (Bobo, 2002), dándose una mayor prevalencia de abortos (Alonso, 2001).

El riesgo de desarrollar disfunción eréctil es 1,6 veces mayor en fumadores (Chew, Bremner, Stuckey, Earle *et al.*, 2009). El mecanismo que parece estar implicado en este efecto es la alteración que el tabaco provoca en la síntesis del óxido nítrico endotelial, necesario para la relajación del músculo liso cavernoso del pene y que favorece la erección.

En la mujer el tabaco disminuye la excitabilidad y dificulta el orgasmo (Harte y Meston, 2008). El óxido nítrico también se hace necesario para la erección del clítoris y la lubricación vaginal. La mujer que toma anticonceptivos hormonales, si es fumadora, incrementa el riesgo de padecer problemas circulatorios (Pérez *et al.*, 2006). Estos mismos autores también señalan que a veces en la consulta sexológica algunas personas se quejan de mal aliento (halitosis) o del olor a tabaco de su pareja, lo que puede afectar de forma severa al deseo sexual e incluso provocar un rechazo al encuentro.

### **8.5. Drogas depresoras del sistema nervioso**

Eficaces depresores del sistema nervioso son los opiáceos, morfina, codeína, heroína, sucedáneos sintéticos del opio, tranquilizantes mayores, tranquilizantes menores, somníferos, los grandes narcóticos, cloroformo, éter, gas de la risa y fentanilos, vinos y licores (Escohotado, 2001). El consumo del opio está documentado en el año 4000 a.C. en la ciudad sumeria de Uruk, y en el año 1550 a.C., en Egipto, se realizaban hasta 500 remedios con esta sustancia (León, 1990). Sin cambiar de escenario, en Egipto se utilizaba como analgésico y calmante (pomadas, vía rectal y oral) para evitar que los bebés gritasen o llorasen fuerte. Su uso se extendió por Europa y Asia Menor (Pascual, 2009).

A continuación, por los graves problemas que ha generado, ahondaremos en la heroína.

#### *Opiáceos y Heroína*

La heroína se extrae de la planta llamada bellota de la adormidera (*papaversomniferum*) y es de color marrón. En su historia, como suele ocurrir con determinadas sustancias cuando todavía no se conocen bien, o cuando se desconocen con exactitud sus efectos secundarios, se utilizó como medicamento para los morfinómanos; la morfina, por su parte, es un alcaloide del opio, y se consumió principalmente en el siglo XIX (Pérez del Río, 2011).

Los efectos negativos sobre la sexualidad por abuso crónico de los opiáceos son bastante evidentes. El primero y más claro es la inhibición del orgasmo/eyaculación, y posteriormente un descenso severo del deseo y de la respuesta sexual (Carabal, Baldwin y Lesmes, 2000). En un estudio relativamente reciente (Phala y Esteves, 2002), se afirma que el deseo se inhibe en el 75 por 100 de los varones y en el 68 por 100 de las mujeres.

Otro de los efectos comunes del consumo de opioides son las anomalías hormonales. En las mujeres, aproximadamente el 50 por 100 son amenorreicas, aunque dicha amenorrea desaparece tras un período prolongado de abstinencia (Abel,

1984). Además, tanto los varones como las mujeres muestran bajos niveles de testosterona (Cicero, Bell, Wleat, Allison *et al.*, 1975).

Los problemas de erección se presentan en el 50 por 100 de los heroinómanos. Los trastornos eyaculatorios, retraso, incapacidad o eyaculación retrógrada afectan al 75 por 100. Entre las mujeres heroinómanas son frecuentes los desarreglos menstruales; el 90 por 100 presenta problemas de infertilidad y el 45 por 100 amenorrea. Se ven afectadas por embarazos de alto riesgo, con mayor número de abortos y mortalidad perinatal, pudiendo aparecer síndrome de abstinencia en el neonato y la transmisión del Virus B de la Hepatitis y del VIH al niño en caso de que la madre sea portadora (Olazábal, Marcos, López y Fuertes, 1990).

Por último, hay que mencionar que en no pocas ocasiones se ha asociado como comparación el consumo de heroína con un orgasmo. Se aduce por diversos autores que el propio efecto de la inyección de la heroína según los propios adictos es mucho más placentero, intenso y fácil de conseguir que un orgasmo; sustituye en los adictos a la propia respuesta sexual y por ello aparece este bajo deseo sexual tan habitual en estos sujetos (Hurtado, 1997).

### *Alcohol*

Hoy día, el consumo de alcohol es legal y forma parte de nuestro acervo cultural en muchos sentidos.

El componente del alcohol es el *etanol* o *alcohol etílico*. Podemos hacer una división sencilla de las bebidas alcohólicas en dos tipos. Por un lado, las bebidas fermentadas: vino, cerveza y sidra, que tienen una graduación entre los 4° y los 15° y que se producen por la fermentación de los azúcares de las frutas o de los cereales. Por otro lado, encontramos las que se obtienen de la destilación de las bebidas fermentadas, con lo que presentan mayor concentración de alcohol. El orujo, el pacharán, el *vodka*, el *whisky*, el ron o la ginebra tienen entre 40° y 50°. Esto supone que el 40 o el 50 por 100 de lo que se bebe es alcohol puro (*Guía sobre drogas*, 2007). El alcohol se consume por vía oral y puede llegar a permanecer en el organismo hasta 18 horas después, siendo la vía de eliminación principal el hígado. Además de ser una droga adictiva, el alcohol es la causa de unas 60 enfermedades y dolencias diferentes, incluso lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, afecciones gastrointestinales, cánceres, enfermedades cardiovasculares, pulmonares y músculo-esqueléticas, trastornos reproductivos, así como daño prenatal, mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer (Anderson y Baumberg, 2006).

Rathus, Nevid y Fichner-Rathus (2005) señalan la existencia de un estudio llevado a cabo por Laumann, Paik, y Rosen (1999) en el cual no encuentra relación entre el consumo de alcohol y los trastornos sexuales. Como veremos a continuación, disponemos de numerosos trabajos que apuntan en la dirección opuesta.

El alcohol en cantidades moderadas puede disminuir las inhibiciones y aumentar el interés y la excitación sexual, sobre todo en personas con problemas de deseo por ansiedad. Pero en grandes cantidades tendrá efecto depresor del sistema nervioso central, lo que podrá provocar disfunción eréctil, pérdida del placer y retraso o inhibición de la eyaculación en hombres; mientras que en las mujeres podrá producir una alteración en la excitación, ausencia de placer y anorgasmia por disminución de

vasocongestión genital (Pérez, Borrás, Sánchez y Casaubón, 2006).

Según estos mismos autores, el alcohol puede facilitar la aparición del impulso sexual, pero como también inhibe partes del sistema nervioso autónomo implicadas en la erección, dificulta que se alcance y como consecuencia la penetración y el coito. Shakespeare resumía con sabiduría los efectos del alcohol: *provoca deseo pero frustra la ejecución*.

Rathus, Nevid y Fichner-Rathus (2005), de forma clara, explican que los problemas pueden producirse cuando las personas atribuyen erróneamente los efectos inhibidores de la respuesta sexual de los depresores y el alcohol a ellos mismos. En otras palabras, si la persona es incapaz de mantener relaciones sexuales cuando ha tomado unas copas y no sabe que el alcohol puede inhibir la respuesta sexual, puede pensar que el fallo está en él. Esto puede crear ansiedad en la próxima ocasión, y esa ansiedad puede impedir el funcionamiento sexual normal. Un segundo fracaso puede poner en funcionamiento un círculo 'ansiógeno' en el cual la desconfianza produce ansiedad, y la ansiedad provoca repetidos fracasos y, asimismo, más ansiedad.

Por otro lado, su consumo continuado suele producir un serio deterioro orgánico, con trastornos endocrinos, neurológicos y circulatorios irreversibles que menoscaban de forma permanente la respuesta sexual (Hurtado, 1997; Pérez *et al.*, 2006). De hecho, el consumo continuado de alcohol llegó a considerarse como la segunda causa, después de la diabetes, de disfunción eréctil de origen orgánico (Olazábal, Marcos, López y Fuertes, 1990).

Barreda, Díaz-Salazar, Cuesta y López (2005) sostienen que, en la mujer, el alcohol produce aumento del deseo, pero también disminuye la respuesta de excitación, inhibe e incluso suprime la lubricación vaginal y la respuesta orgásmica. A largo plazo produce disfunción sexual tanto por su efecto depresor como por su acción sobre el sistema endocrino. La insatisfacción sexual resultante puede ser a su vez generadora de consumo como modo de afrontamiento. Hurtado (1997) apunta en la misma dirección cuando dice que en las mujeres lo más probable es que se produzca una alteración en la excitación sexual, ausencia de placer y fracaso en alcanzar el orgasmo, pues diversos estudios (Wilson y Lawson, 1976) han demostrado que la vasocongestión genital de la mujer disminuía conforme aumentaba la cantidad de alcohol ingerida.

El consumo abusivo de alcohol tiene consecuencias a nivel hormonal, se dan ciclos menstruales irregulares, ausencia de ovulación, riesgo de aborto y menopausia temprana (Gordis, 1994).

Finalmente, según Olazábal, Marcos, López y Fuertes (1990), los efectos del alcohol en la sexualidad son: entre los hombres, el 41 por 100 de los alcohólicos presenta problemas en la respuesta de erección; retraso, incapacidad o eyaculación retrógrada en el 5-10 por 100 de los casos, señalando asimismo una disminución de la fertilidad. En las mujeres, la capacidad orgásmica se deteriora en un 15 por 100 de las alcohólicas. El síndrome alcohólico fetal afecta al 56 por 100 de hijos de estos, cursando con retraso mental y deformidades en esqueleto, corazón y genitales.

## **8.6. Drogas que alteran la conciencia**

Consideramos sustancias que alteran la conciencia las denominadas visionarias y

alucinógenas; sustancias de potencia leve o media; MDMA o éxtasis; derivados del cáñamo: marihuana, hachís; sustancias de alta potencia: mescalina, LSD, ergina, hongos psilocibos y sus alcaloides, ayahuasca, iboga, kawa (Escohotado, 2001). En este apartado se tratarán el cannabis, los alucinógenos (LSD) y el éxtasis (MDMA).

### *Cannabis*

El cannabis que se extrae de la planta —*cannabis sativa*— es la droga ilegal que más se consume en España (Delegación del Gobierno para el PNSD, 2013). De la resina de esta planta se extrae el *hachís*, también llamado *costo* o *chocolate*, que se define como: «(Del ár. clás. *hasis*, hierba), compuesto de ápices florales y otras partes del cáñamo índico, mezcladas con diversas sustancias azucaradas o aromáticas, que produce una embriaguez especial» (RAE, 2001). Su aspecto, por lo general, es marrón y se deshace con el calor. Se fuman sus hojas y sus flores (*cogollos*), que es lo que se denomina marihuana. También se puede llamar de otras formas: «*hierba*», «*maría*», etc. Los efectos de esta sustancia suelen durar entre 2-3 a 6 horas. Tiene un efecto depresor. Quizá por esto algunas personas hablan de la utilidad de la marihuana para enfrentarse a la ansiedad asociada a situaciones relacionadas con la conducta sexual (Pérez, Borrás, Sánchez y Casaubón, 2006). Sin embargo, también es cierto que las expectativas y la autosugestión de quien la consume juegan un importante papel.

Como producen disminución de la secreción de FSH (hormona folículo estimulante), LH (hormona luteinizante) y prolactina, puede tener repercusiones en la reproducción. Por otro lado, se sabe que la inhibición de LH contribuye al aumento de ciclos anovulatorios (Hollister, 1986). Parece ser que la disminución de testosterona y de esperma tiene poca trascendencia en el adulto, aunque podría tenerla en el varón prepuberal consumidor de cannabis (Hall *et al.*, 1994). Existe evidencia sobre el efecto negativo del cannabis en la fertilidad, tanto en varones como en mujeres; de hecho, en los varones provoca una disminución en la producción de espermatozoides, en su movilidad y aumenta la cantidad de espermatozoides anómalos (Carabal, Baldwin y Lesmes, 2000). Y en principio no hay efectos sobre el sistema reproductivo (Zimmer y Morgan, 1997). El consumo esporádico provoca sequedad vaginal en el 15 por 100 de las mujeres (Kolodny, Masters y Johnson, 1979), lo que en ocasiones hace el coito más doloroso (Pérez, Borrás, Sánchez y Casaubón, 2006; Rosenthal, Gieringer y Mikuriya, 1999). Desde otro ángulo, los expertos del Instituto Nacional del Abuso de Drogas (NIDA) afirman en la actualidad que el porro no tiene ningún efecto permanente en los sistemas reproductores masculino o femenino. No se ha encontrado ni un solo caso de deterioro en la fertilidad entre los consumidores de marihuana de uno y otro sexo. Como mucho, la marihuana puede causar ligeros trastornos temporales de la ovulación, fertilidad o ciclos menstruales. Las investigaciones también han fracasado en su intento de demostrar las disminuciones en los niveles de testosterona y demás hormonas sexuales tanto en hombres como en mujeres.

Tratándose de una droga que se utiliza para alterar la conciencia, puede reducir las inhibiciones e incluso resultar afrodisíaca o erótica. En este sentido, un 18 por 100 de encuestados estudiados refiere haber participado bajo los efectos del cannabis en

prácticas sexuales arriesgadas, lo que solía incluir, siguiendo sus propias definiciones, la cópula sin preservativo, el sexo con desconocidos o desconocidas, etc. (Gamella y Jiménez, 2004).

Olazábal, Marcos, López y Fuertes (1990) también apuntan problemas de erección en el 20 por 100 de los fumadores diarios de hachís, y según Pérez, Borrás, Sánchez y Casaubón (2006), su consumo continuado suele conducir a cierto desinterés por el sexo.

Por otro lado, Kolodny, Masters y Johnson (1979) observaron que algunos varones consumidores crónicos de esta droga que padecían de disfunción erectiva recuperaron la erección a las pocas semanas de dejar de consumirla.

### *Alucinógenos (L.S.D.)*

Otra sustancia muy conocida es el LSD (Dietilamida de Ácido Lisérgico). El ácido lisérgico es un componente del moho del cornezuelo del centeno, un hongo denominado *Claviceps Purpúrea* que crece sobre el grano. Este fármaco produce cambios oníricos en el humor y el pensamiento y altera la percepción del tiempo y del espacio (Pascual, 2009). Fue descubierto por Hofmann en 1938. Lo podemos encontrar en los llamados «tripis», que mantienen el efecto hasta 8 ó 10 horas tras ser ingeridos. Es una sustancia de gran impacto y se suele presentar en papel secante, cuarteado para ser dividido con más facilidad, y sobre la superficie que se va a ingerir se suelen insertar dibujos que representan dragones, formas geométricas o personajes como Popeye. Se consume dejando el papel bajo la lengua hasta que se deshace. Otra de las características de esta sustancia es que no produce dependencia. Esta sustancia fue el mayor exponente del movimiento de la psicodelia y uno de sus máximos defensores fue Aldous Huxley, quien escribió el conocido libro *Las puertas de la percepción* en 1954, donde se planteaba una superación de la dualidad mente-cuerpo.

*LSD*, la *Dimetilriptamina* y la Mescalina son inhibidores en el sistema límbico, y también estimulan la libido al principio, pero en algunos casos se ha descrito actividad sexual disminuida, aunque no interfieren específicamente la erección (San Martín, 2006).

Han tenido mucha fama como afrodisíacos, aunque no se conocen muy bien los efectos. En un pasado muy reciente se llegaron a utilizar como tratamiento contra la anorgasmia (Ling y Buckman, 1966). Su única ventaja aparente sobre la sexualidad es que provoca cambios en la percepción, pero según algunos autores como Cabello (2010), en la mayoría de las ocasiones suele resultar desagradable.

### *Éxtasis (MDMA)*

MDMA, popularmente denominada *éxtasis*, es una droga sintética llamada de diseño. Se la han adjudicado muchos otros nombres, como «droga del amor», «adán», «pirujas» o «pastis». Esta sustancia comienza a encontrarse a finales de los años 80 y sobre todo se puso de moda en los 90. Como suele ocurrir, estuvo vinculada a las corrientes estéticas y sobre todo musicales de aquellos años: al estilo *new age*, a la música *tecno*, a la *música psicodélica* y al llamado «bacalao». Cada pastilla puede tener aproximadamente entre 60 y 110 miligramos de MDMA y sus efectos duran, como ocurre con otras drogas, entre dos y tres horas. Aunque a esta sustancia la

incluimos entre las alucinógenas, bien es cierto que en el mercado suelen estar mezcladas con otras sustancias, lo cual robustece el éxtasis con un efecto fascinador en algunos casos, estimulante y vigorizante en otros.

Por lo general se consume en forma de pastillas, pero también hay variaciones de la sustancia que se presenta en piedras, dentro de pequeñas bolsas o tarros, por lo que se la llama «cristal». También se presenta en polvo, o en una estructura rocosa en apariencia, y en ocasiones se envuelve en papel y se consume por vía oral, lo que se ha denominado popularmente como «bombas o bombitas», formato que se puso de moda a partir de 2005 (Pérez del Río, 2011). Cada una de estas variantes presenta diferencias en cuanto a las sustancias que posee. El MDMA incrementa en el cerebro la actividad de ciertos neurotransmisores como la serotonina (que regula el estado de ánimo, el sueño, las emociones y el apetito), la dopamina (responsable del sistema de gratificación cerebral, y por tanto, de los efectos placenteros de las drogas) y la norepinefrina (potente estimulante cerebral y cardíaco) (*Guía sobre drogas*, 2007). La sobredosis se manifiesta por taquicardia, hipertensión, alucinaciones visuales, hipertonía muscular, etc.; pero uno de los mayores peligros es el llamado golpe de calor que se produce en quienes realizan actividad física como bailar durante horas, lo cual aumenta su temperatura corporal de forma considerable y puede llegar a provocar un problema renal. Además de este riesgo, encontramos evidencias de problemas a largo plazo de índole psiquiátrico: depresión, psicosis, ataques de pánico, agresividad, etc.

En cuanto a los efectos sobre la respuesta sexual, los consumidores de éxtasis afirman que aumenta el deseo y la satisfacción (90 por 100 de varones y 93 por 100 de mujeres), aunque también informan de efectos negativos sobre la erección (40 por 100 de varones), además de retrasar el orgasmo (Zemishlany, Aizenberg y Weizman, 2001).

## **8.7. Adicciones sin sustancia**

En relación con las adicciones que se desarrollan sin sustancias psicoestimulantes, también podemos decir que se dan casos de disfunción eréctil y eyaculación precoz, por ejemplo en la ludopatía y en el caso de la adicción sexual.

En cuanto a las adicciones sin sustancia, no fue hasta el año 2007 cuando encontramos la publicación del libro *Nuevas adicciones ¿Adicciones nuevas?* (Pérez del Río y Martín), que planteó las consecuencias en la sexualidad de las personas que padecen adicciones sin sustancia, siendo el primer libro que incluía un capítulo sobre el tema. Conviene señalar que un componente principal que afecta a la respuesta sexual es la ansiedad y, precisamente, el alto nivel de ansiedad suele ser un compañero inseparable de la persona que padece una adicción sin sustancia.

Los investigadores están de acuerdo en rotular la importancia de la implicación de la ansiedad en diversas disfunciones sexuales (deseo sexual hipoactivo en la mujer y en el varón, aversión al sexo, trastorno de la excitación de la mujer, vaginismo, anorgasmia femenina, disfunción eréctil, eyaculación precoz, trastornos del orgasmo masculino), siendo además un aspecto descrito y contrastado en diferentes investigaciones (Cabello, 2010; Carrobles y Sanz, 1998; Graña, 1999; Heiman y LoPiccolo, 2006; Kaplan, 1978; Seco, 2009). Por consiguiente, a pesar de no haber

ningún estudio que relacione las diferentes disfunciones sexuales con la adicción sin sustancia, el consenso de expertos y la práctica diaria nos llevan a concluir que puede afectar a la respuesta sexual, como se ha señalado anteriormente, aunque serían necesarias más investigaciones.

# Capítulo 9

## Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta

### 9.1. Introducción

Recientes estudios en España (Pérez del Río, Lara y González, 2010) muestran, en el caso de mujeres que han estado en tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas en Comunidad Terapéutica, una correlación significativa positiva entre el consumo de drogas y haber sufrido abusos sexuales por un adulto durante la infancia o adolescencia.

En ese mismo año de 2010 y en la misma Comunidad Autónoma de Castilla y León (Redondo y Santos, 2010) publicaron un extenso estudio donde ofrecían los siguientes porcentajes: el 30 por 100 de las mujeres en tratamiento tanto ambulatorio como residencial por problemas de adicción habían sufrido maltrato físico, maltrato psicológico el 44,9 por 100 y abusos sexuales el 18,4 por 100.

La relación entre haber sufrido abusos sexuales en la infancia (ASI) y padecer una drogodependencia en la edad adulta es un tema escasamente abordado en las drogodependencias. Lo que antecede constituye un tema relevante y se entiende de este modo que el presente capítulo ofrezca una aproximación a esta cuestión.

### 9.2. Definición de las variables

El abuso sexual a menores puede definirse como la actividad encaminada a proporcionar placer sexual, estimulación o gratificación sexual a un adulto que utiliza para ello a un niño, aprovechando su situación de superioridad. Se considera igualmente que existe abuso sexual cuando se dan las circunstancias de asimetría: *a)* de edad entre víctimas y agresor; *b)* de poder, cuando el abusador tiene algún tipo de autoridad con respecto a la víctima; *c)* de conocimientos o habilidades, cuando el que abusa utiliza su astucia y habilidades de manipulación; y *d)* de gratificación, cuando se presiona al niño de forma sutil (regalos, viajes, etc.) para que consienta el abuso (Sánchez-Meca, Alcázar y López, 2001).

Por otra parte y sentado lo anterior, la drogodependencia o toxicomanía es definida en el año 1964 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como:

*... el estado psíquico, y a veces físico, resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona.*

### 9.3. Prevalencia del abuso sexual en la infancia

Pues bien, en el año 1977 se fundó la revista *Child Abuse and Neglect*, canal de expresión de la *Internacional Society for Prevention of Child Abuse And Neglect*. A partir de esa década podemos encontrar estudios rigurosos sobre el tema y se puede evidenciar cómo los porcentajes de personas que han sufrido abusos sexuales fueron

aumentando desde la década de los 70 hasta los años 90, momento a partir del cual se produjo un declive.

En 1979 Finkelhor comprobó que «el 19 por 100 de las mujeres y el 9 por 100 de los hombres revelan una experiencia de agresión sexual, que parece haber tenido efectos nocivos prolongados sobre su auto-imagen y su capacidad de mantener relaciones sexuales». Cuatro años después, otro autor, Russell (1983), puso de manifiesto que el 30 por 100 de las mujeres informaba haber tenido una experiencia de agresión sexual antes de los 18 años. En cuanto a estudios epidemiológicos realizados en España, podemos destacar el trabajo de López (1997); con una muestra de 2000 personas entrevistadas, encontró una prevalencia de abusos sexuales en la población general de 19 por 100 (15 por 100 varones y 23 por 100 mujeres).

Para continuar explicando esta parte añadimos unos hechos que marcaron un antes y un después. Decíamos que la incidencia del abuso sexual aumenta hasta los años 90, momento en que paulatinamente comienza a disminuir. Numerosas publicaciones así lo confirman: Jones y Finkelhor (2001); Almeida, Cohen, Subramanian y Molnar (2008); McCarroll, Zizhong, Newby y Ursano (2008); Miller y Rubin (2009). Hemos de detenernos un momento y explicar por qué se produjo este cambio de tendencia. En principio, este hecho se pudo deber a múltiples factores, entre ellos el aumento de los servicios sociales, y, aunque no se pueda evidenciar con claridad, diferentes autores consideran que la prevención realizada sobre este tema fue otra variable muy importante. Para terminar, y con ánimo de sintetizar, otros factores pudieron ser los cambios en las normas y prácticas sociales, el cambio de actitud de la sociedad y, por último, el que el abuso sexual llegara a ser un hecho del cual se informaba y tenía importantes consecuencias incluso legales (Jones y Finkelhor, 2003; Finkelhor y Jones, 2004; Finkelhor y Jones, 2006). Este declive no solo se produjo en Estados Unidos, también se dio en otros países occidentales como Australia o Israel (Dunne, Purdie, Cook, Boyle y Najman, 2003).

Cuando se da un carrusel de publicaciones sobre un mismo tema suele desembocar en un meta-análisis. A nivel internacional, uno de estos meta-análisis, del año 2009, manifiesta que la tasa de victimización (el porcentaje de personas que informan haber sido víctimas) oscila entre el 7,4 de los varones y el 19 por 100 de las mujeres (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009).

#### **9.4. Consecuencias del ASI**

En relación con las consecuencias estudiadas del abuso sexual, la revisión de Trickett y McBride-Chang (1995) mostró la existencia de múltiples resultados, como conductas disruptivas, delincuencia y mayor sintomatología disociativa. Bien sabido es también que las consecuencias pueden ser a corto, medio o largo plazo (López, 1994; Jumper, 1995; Paolucci, Genuis y Violato, 2001; Pereda, 2010).

A poco que se hojee, la bibliografía al respecto lo ha relacionado con episodios depresivos (Wiss, Longhurst y Mazure, 1999); otros autores han encontrado relaciones entre haber sufrido ASI y padecer en la edad adulta un Trastorno de Estrés Posttraumático (TEP) (Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003; Marty y Carvajal, 2005), padecer un trastorno límite de la personalidad (Jerez, 1997) y, asimismo, se ha

relacionado con los trastornos en la alimentación y más concretamente con la bulimia (Behar, 2000). Trabajos más recientes han confirmado la presencia de problemas de tipo afectivo sexual, por ejemplo, vivir una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, o conductas de riesgo sexual (como el mantener relaciones sexuales sin protección, un mayor número de parejas y una mayor presencia de enfermedades de transmisión sexual y de riesgo de VIH) (Pereda, 2010).

Igualmente, se han establecido conexiones entre el abuso sexual infantil y el desorden de personalidad múltiple o, si se prefiere, el trastorno de la identidad disociativo, término utilizado en el *DSM-IV* y mantenido en el *DSM-5*. Incluso ha llegado a entenderse dicho desorden como un mecanismo de defensa para poder sobrellevar el dolor o el miedo provocado por un abuso sexual repetido durante la infancia (Huertas, 2011). En los años 80 del siglo XX, numerosas referencias científicas establecieron una relación entre el abuso sexual infantil y la personalidad múltiple, pero, como es bien sabido, una correlación positiva entre dos variables no implica causalidad. Es decir, no podemos establecer una relación causal y, al mismo tiempo, no tener en cuenta otras muchas variables. No es obligatorio que algo tenga que ocurrir porque otra cosa haya ocurrido (Wittgenstein, 1999).

Para concluir esta sección, Ibaceta (2007) señala que no es posible determinar que la agresión sexual sea el factor etiológico único y específico en el desarrollo de esas patologías en la edad adulta. Del mismo modo, tampoco se puede establecer que los efectos de la agresión sexual deriven en un síndrome único y homogéneo.

Teniendo en cuenta estas lógicas precauciones, como veremos a continuación, actualmente podemos decir que sí encontramos trabajos que nos muestran una correlación positiva entre haber sufrido ASI y padecer algún tipo de dependencia a sustancias en la edad adulta.

TABLA 13.—*Efectos mejor comprobados de los abusos sexuales*

Afectivos	Depresión, ideas de suicidio, ansiedad, etc.
Personalidad	Baja autoestima, menor poder de control, etc.
Escolares	Fracaso escolar, falta de concentración, etc.
Familiares	Relaciones familiares conflictivas, huida de casa, desconfianza, etc.
Conducta antisocial	Delincuencia, drogadicción, hostilidad, desconfianza, etc.
Sexualidad	Prostitución, miedo al sexo, patrones inadecuados de intimidad, rechazo de actividad o agresividad ante demandas, disfunciones sexuales, hipersexualidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.

Fuente: F. López y A. del Campo (1999), *Prevención de abusos sexuales a menores, Guía para padres y educadores*, Salamanca, Amarú ediciones.

### 9.5. Relación entre ASI y drogodependencia

En esta aproximación al tema encontramos y nos hemos apoyado en 17 investigaciones de revistas científicas publicadas en los últimos 30 años que relacionan el ASI y haber padecido una drogodependencia en la vida adulta. La mayoría de los estudios los hemos extraído de la revista *Child Abuse & Neglect*. Por otro lado, hemos encontrado tres libros en los cuales se expone la relación entre ASI y dependencia a sustancias psicoactivas.

De entrada es necesario recalcar que, dada la importancia del problema, no se trata de investigaciones aisladas o marginales sin relieve científico. Encontramos algunos trabajos que relacionan claramente ambas variables (López, Carpintero, Hernández, Martín y Fuertes, 1995; Jarvis y Copeland 1997; Molnar, Buka y Kessler, 2001; Dunlap, Golub y Johnson, 2003; Owens y Chard, 2003; Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton *et al.*, 2003; Sartor, Lynskey, Bucholz, McCutcheon *et al.*, 2007; Bentley y Widom, 2009).

A partir de aquí seguimos un orden cronológico. En el año 1988 Briere y Runtz señalaron que las personas que han sufrido abuso sexual en la infancia afirman posteriormente haber tenido más problemas con las drogas en comparación con la población que no ha sufrido abuso sexual (20,9 vs. 2,3 por 100), y en cuanto a la relación entre alcohol y abusos sexuales ocurre algo similar (26,9 vs. 10,5 por 100).

También nos topamos con trabajos que sostienen que la incidencia de las mujeres alcohólicas que han sufrido incesto es más elevada que en la población general (Hurley, 1991).

Según Moreno, Prior y Monge (1998), estudios con muestras amplias demuestran que las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia presentan mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias y muestran mayores porcentajes de intentos de suicidio y mayores tasas de consumo de fármacos. Y como suele ser habitual, a mayor gravedad y frecuencia de los abusos, mayor gravedad y psicopatología se detecta.

López y del Campo (1999), al igual que la mayoría de los autores, apuntan que los efectos de los abusos sexuales pueden ser muy distintos, dependiendo del tipo de agresión, la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, su frecuencia, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc. Y si bien estos autores reconocen que los efectos a largo plazo de los abusos sexuales son difíciles de estudiar por la interferencia de otros factores, señalan como una de las consecuencias mejor comprobadas la drogadicción. Siguiendo este hilo conductor, más recientemente y gracias al nivel de optimización alcanzado en aquellos indicadores que miden adecuadamente las variables, diversos estudios muestran que estos porcentajes siguen aumentando hasta alcanzar cifras considerablemente altas. Así encontramos la revisión realizada por el Grupo Europeo IREFREA (2001), donde se concluye que entre un 50 y un 80 por 100 de las mujeres con problemas de adicción han sufrido abusos sexuales en su infancia. En otro meta-estudio se sostiene que el porcentaje de mujeres diagnosticadas de una dependencia de sustancias y que han sufrido abusos sexuales oscila en un arco entre el 23 y el 74 por 100 (Meneses, 2002). Tres años después, Rathus, Nevid y Fichner-Rathus (2005) en la sexta edición de su manual *Sexualidad Humana*, y citando un estudio sobre experiencias adversas en la infancia de Edwards, Holden, Felitti y Anda (2003), escriben que los niños que son objeto de abusos sexuales pueden sufrir una variedad de dolencias psicológicas a corto o largo plazo, entre las cuales incluyen el abuso de drogas. También ese mismo año, Llopis (2005) asevera que la incidencia del abuso sexual y malos tratos entre las adictas europeas estudiadas es del 69 por 100.

Finalmente, Pérez del Río y Martín (2007), aunque en este caso el libro se centraba en las adicciones sin tóxico alguno (*compras, sexo, juego, etc.*), expusieron la clara relación entre adicciones y abusos sexuales, y destacaron la importancia de abordar la sexualidad desde el inicio del tratamiento. En España, más recientemente como indicamos en la introducción, encontramos otros estudios como Pérez, Lara y González (2010) y Redondo y Santos (2010), que relacionan ambas variables.

Llegados a este punto, debemos insistir y dejar claro, en primer lugar, que, como hemos mostrado, haber sufrido abusos sexuales correlaciona de forma positiva no solo con el grupo de personas con adicciones, sino también con muchas otras patologías y colectivos, por ejemplo bulímicas, estados depresivos, personas que cumplen condena en Centros Penitenciarios, etc. En segundo lugar, a partir de los datos expuestos aquí no debemos caer en el error de pensar que las adicciones son consecuencia directa de los abusos sexuales, aunque tampoco descartamos que en algunos casos así sea. Lo que deseamos subrayar en este capítulo es que tener una

historia de abuso sexual es frecuente entre las personas que padecen una drogodependencia, sobre todo entre mujeres, y esto debe ser tenido muy en cuenta a la hora del tratamiento.

A continuación ofrecemos un caso que puede ilustrar al lector.

## **9.6. Descripción de caso: Martín**

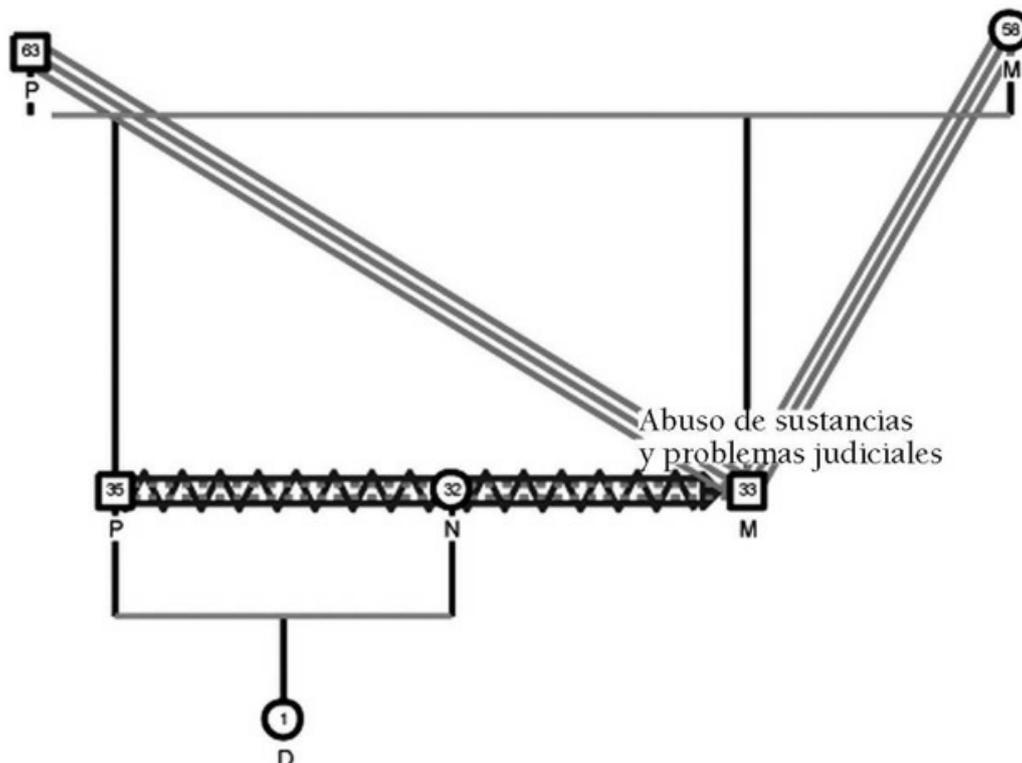
### *Descripción del caso*

*Varón de 33 años. Comienza a consumir a una edad temprana y a cometer actos delictivos. Proviene de una familia de clase social media y tiene un hermano dos años mayor que él.*

*A partir de los ocho años comienza a ser víctima de abusos sexuales por parte de su hermano hasta los 11 años, y es en este período cuando empieza tener dificultades personales. Adopta una postura de sumisión hacia su hermano, con quien accede a sus demandas sin cuestionarlas. Al mismo tiempo en otras áreas se muestra rebelde: no cumple algunas de las normas establecidas en casa, dedica menos tiempo al estudio y comienza a bajar su rendimiento escolar.*

*Ya en la adolescencia empieza a salir más de casa y, ante la postura rígida de sus padres, decide irse de casa, pero cuando tiene dificultades (económicas, laborales, legales o de pareja) regresa nuevamente al domicilio familiar. Esta pauta relacional se mantiene durante años, es decir no llega a desvincularse de su familia y vivir de forma autónoma, aunque se fuera de casa en varias ocasiones. Como patrón general, se observa a lo largo de su vida una tendencia a complacer y cumplir las expectativas que se tenían puestas en él.*

### *a) Genograma*



### b) Hipótesis diagnóstica

*El paciente empieza a consumir a una edad temprana y entra en una espiral de la que no es capaz de salir (delitos, salidas de casa).*

*Al igual que hacía con su familia, tiende a cumplir las expectativas de los demás, como forma de buscar el refuerzo y valoración de los otros.*

*Tras ser víctima de abusos sexuales, su comportamiento en el sistema familiar cambia radicalmente: adopta una postura sumisa hacia su hermano y de rebeldía hacia sus padres de quienes, a su vez, no recibe apoyo sino recriminaciones. Esta vivencia continuada durante años ha condicionado tanto su identidad personal como su estilo relacional con los otros, con quienes reproduce lo aprendido: se sitúa en una postura bien de sumisión o bien de rebeldía, por lo que le resulta muy difícil establecer vínculos que sean enriquecedores.*

### c) Intervención

*El trabajo psicoterapéutico ha ido enfocado en diversos aspectos. En primer lugar, se ha ido trabajando la relación de confianza, tanto con el terapeuta de referencia como con el grupo de iguales, y con el tiempo se han observado cambios significativos. En las relaciones con sus iguales ha sido capaz de mantener una postura más cercana, pudiendo expresarles cariño, pero también más crítica, siendo capaz de cuestionarles conductas que no eran de su agrado. En la relación con su familia ha mantenido una postura menos sumisa: es capaz de mostrar su disconformidad y afrontar su miedo al rechazo o a no sentirse querido.*

*En segundo lugar, se ha ido trabajando la seguridad personal y la valoración.*

*Buscaba la seguridad en los demás, familia, compañeros y terapeuta, lo cual le mantenía en exceso dependiente de la opinión y aprobación de otros. Esto ha mejorado, siendo capaz de dar su opinión, de definirse y asumir riesgos, de proponer y progresivamente ir ganando en seguridad personal y autoestima. Ha ido valorándose de forma progresiva, y lo que más le ha ayudado ha sido, por un lado, recibir feedback de que es capaz de hacer muchas cosas y el ir viéndose capaz, a través del cambio en sus propias conductas, de asumir sus responsabilidades.*

*En tercer lugar, ha ido resolviendo su tendencia a huir ante dificultades y no afrontar los problemas que le iban surgiendo, dificultad que tenía identificada y que él mismo definía como problema principal que le llevaba al consumo de drogas. Igualmente, se ha trabajado el episodio traumático vivido durante la infancia, la expresión de sentimientos y el ir afrontando miedos.*

## **9.7. Discusión y conclusiones**

Estudios rigurosos, como el mencionado de López (1997), encuentran que la prevalencia de abusos sexuales en población general residente en España es del 23 por 100 entre las mujeres. Por otro lado, diversos estudios con mujeres europeas que presentan problemas de adicción establecen porcentajes que abarcan desde el 23 por 100 hasta el 80 por 100 de incidencia de abuso sexual.

Si bien son necesarios más estudios sobre el tema, los datos de este primer acercamiento avalan la idea de una mayor incidencia de abusos sexuales durante la infancia entre las mujeres con problemas de adicción que en la población general, por lo que consideramos que a la hora del tratamiento esto debe ser tenido en cuenta en las mujeres que han sido diagnosticadas de drogodependencia.

Las conclusiones a que llegan estas investigaciones y libros revisados confirman nuestra hipótesis, que surge de la práctica terapéutica diaria y de la acumulación de evidencias.

Sabemos que las sustancias psicoactivas pueden cumplir una función: la de no sentir, no sentirse despreciable, no pensar, evadirse del problema, evitar esas situaciones temidas (Pérez del Río y Martín, 2007), en definitiva, crear una situación ficticia a través de la relación con un objeto.

Dada la correlación encontrada entre ambas variables, podemos sostener entonces que:

1. Terapeutas y educadores de los programas de atención a drogodependientes deben recibir una correcta formación sobre sexualidad en general. Dicha formación debiera incluir el conocimiento de las consecuencias de los abusos sexuales, de modo que puedan detectar las necesidades de personas que los han sufrido e integrarlas en lo posible, dentro del proceso de cambio que el usuario ya ha iniciado.

2. Por otro lado, los programas deben contar asimismo con recursos y profesionales cercanos que dispongan de formación en sexología en los que apoyarse y a los que puedan derivar casos con problemáticas específicas que escapen a las competencias del centro.

3. La evaluación inicial de todo nuevo caso debe contemplar y tener en cuenta el área de la sexualidad. Por otra parte, sabemos que, aunque una persona haya sufrido

abusos sexuales y ello pueda estar relacionado con su historia de abuso de sustancias, inicialmente la persona puede que no revele lo ocurrido. De modo que el programa debe habilitar espacios libres de prejuicios y favorecedores de expresión, donde libremente se traten traumas o heridas emocionales vividas.

4. Los trabajos presentados detectan una mayor incidencia de ASI entre mujeres que entre hombres. Este hecho debe ser tenido en cuenta por los programas. (Sí es cierto que los tratamientos psicológicos en drogodependencias han mejorado mucho desde los años 80, pero fue a finales de los 90 del siglo XX cuando se produjo un desarrollo de las intervenciones terapéutico-educativas diferenciales en cuanto al género).

En la siguiente tabla mostramos un listado de características y habilidades que consideramos saludables y que podrían cumplir una función protectora frente a las vivencias traumáticas. De modo que un programa psicoterapéutico (terapéutico y educativo) que fomente estas habilidades estará favoreciendo los recursos personales de sus usuarios para afrontar las dificultades.

Respecto a la terapéutica del ASI y teniendo en cuenta el hecho de que, en muchas ocasiones, el agresor suele ser conocido por la víctima, una de las tareas del terapeuta que recibe a una persona que ha sufrido abusos sexuales durante su infancia será ayudar a construir un patrón fiable de relación con ella misma y con el mundo que le rodea. Quienes lo han padecido es más probable que experimenten dificultades en construir y afianzar vínculos seguros y en desarrollar relaciones basadas en la confianza. No solo porque la persona agresora transgrede un vínculo inicial de confianza, sino también porque puede darse la circunstancia que otras personas adultas (quienes tenían a su cargo al menor, «padre, madre o ambos») que podrían haberle protegido, no lo hubieran hecho. Este será un elemento esencial a la hora del tratamiento.

TABLA 14.—*Características personales que suponen elementos de protección frente al trauma*

- a) Personas que reconocen las propias emociones y encuentran formas, tiempos, espacios y personas adecuados para expresarlas.
- b) Disponen de una positiva autoestima, ni alta ni baja. En terminología de Nathaniel Branden: se sienten merecedoras de felicidad y se consideran competentes para hacer frente a los desafíos de la vida.
- c) Su estilo de vida es más equilibrado: cuidan su cuerpo (descanso, alimentación, ejercicio) y mantienen un equilibrio entre obligaciones y ocio/diversión.
- d) Disponen de apoyos, no exclusivos ni excluyentes, sino diversos y compatibles (familia, amigos, ocio, trabajo...). En momentos de dificultad los reconocen y se permiten apoyarse en ellos.
- e) Aceptan las limitaciones y frustraciones propias o que les impone la vida.
- f) Se marcan objetivos realistas a corto y largo plazo que, a su vez, no son inamovibles sino flexibles. Establecen prioridades según sus circunstancias presentes.
- g) Gozan de aficiones gratificantes en su tiempo libre.
- h) Disfrutan de sentido del humor.
- i) Poseen sentido espiritual, que les ayuda a trascender las dificultades del presente.
- j) Realizan adecuadas atribuciones de las situaciones y problemas. Distinguen aquello que depende de ellas de aquello que no. *Al César lo que es del César.*

*Fuente:* Fernando Pérez y Manuel Mestre (2012). Tomando como referencia: F López y A. del Campo (1999), *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores*, Salamanca, Amarú ediciones.

En la superación de los traumas, consideramos necesario reconocer y respetar el ritmo de cada persona. Determinados criterios «clínicos» por ejemplo, establecen un límite de tres meses a partir de los cuales la persistencia de algunos síntomas se considera un «duelo patológico», sin embargo, se sabe que cada persona necesita un tiempo, es decir, hay personas que tardan mucho más en elaborar los duelos y en estos casos sería un error considerarlo como un duelo patológico. De hecho, cuando el vínculo es muy cercano y muy grande la pérdida, el duelo puede necesitar más tiempo de lo estipulado en los manuales de diagnóstico. De la misma manera ocurre

con la superación de un trauma. En suma, debemos respetar los tiempos y ritmos que marca la propia persona.

Como es previsible, la alianza terapéutica constituirá un elemento básico. No olvidemos que la calidad de dicha alianza representa la mayor parte de la varianza de los resultados del tratamiento, y que es hasta siete veces más influyente en el cambio que el modelo de tratamiento que se esté aplicando (Wampold, 2001; Duncan, Miller y Sparks, 2004).

Para finalizar, queremos apuntar que, además de tener en cuenta el hecho ocurrido y las características individuales, no debemos olvidar el contexto social y familiar que rodea a la persona. El tratamiento debe asumir tanto la realidad social como el entorno más próximo en que vive inmersa la persona (costumbres, creencias, valores...), pues de lo contrario corremos el riesgo de perder objetividad.

En líneas generales, no existen paquetes terapéuticos que podamos aplicar del mismo modo y de forma exitosa para todas las personas, sino que debemos adaptar el tratamiento a la realidad de la persona.

## Capítulo 10

### Sobre la adicción al sexo

Debemos remontarnos a la mitología griega para encontrar al sátiro o satiriaco. El sátiro (en griego *Eámpoi, Satyroi*) es una criatura masculina que acompaña a Pan y Dioniso, seres descritos con un importante apetito sexual, en ocasiones un deseo descontrolado. Mucho después, Tardieu (1866) retoma el concepto de *satiriasis* para definir la dependencia al sexo. En 1886, Krafft-Ebing (1840-1903), en su *Psicopatía sexual*, define la hipersexualidad como *hiperestesia sexual*. Según este autor, algunas personas tendrían un vigor anormal de las sensaciones y representaciones sexuales, del que resultan violentos y frecuentes impulsos para lograr la satisfacción sexual. Como se puede ver, para acercarse al trastorno que nos ocupa se han empleado, de forma más o menos afortunada, diferentes acepciones, como ninfomanía o furor vaginal (vinculado a mujeres), andromanía, satiriasis o donjuanismo (referido a hombres), promiscuidad, autoerotismo compulsivo o impulso sexual excesivo (terminología utilizada en la CIE-10).

#### 10.1. Comenzando a definir la adicción al sexo

A la hora de definir el trastorno, diferentes autores mencionan criterios o características que pueden ocurrir sin que exista una verdadera adicción o dependencia. Sin ir más lejos, un criterio utilizado para diagnosticar adicción al sexo que apunta Carnes (1992) es la obsesión, que describe como la «repetición frecuente de la conducta» (sexual). De entrada, un criterio tan poco claro como este deja a la interpretación del lector lo que significa la expresión repetición frecuente. Repetir frecuentemente la conducta sexual es una aspiración de muchas personas. Resulta extremadamente difícil, y a nuestro parecer desacertado, establecer un estándar general que pueda aplicarse a todas las culturas, situaciones y personas, sobre cuál es la frecuencia adecuada y saludable de conducta sexual. Hay personas que mantienen actividad sexual una o más veces al día (conductas autoeróticas o en pareja), y esta frecuencia, que podría ser considerada (según el criterio utilizado) como elevada, no les provoca problemas de adaptación a su entorno ni falta de atención a sus responsabilidades ni sentimientos de culpa ni ningún otro malestar asociado o derivado. Incluso siendo estas relaciones con diferentes parejas y, suponiendo que no todas ellas fueran relaciones seguras, ¿sería esto argumento suficiente para diagnosticar una adicción al sexo? Nuestra respuesta es no. El diagnóstico sería falta de conciencia de riesgo o, si lo prefieren, falta de sentido común. El trabajo educativo sería informar y concienciar sobre los riesgos asociados a las conductas sexuales, sobre la necesidad de su prevención y, lo más importante, dotar a la persona de las habilidades necesarias para poner en práctica dichas conductas seguras.

De modo que la mera repetición frecuente de la conducta sexual, siendo un criterio necesario para el diagnóstico de adicción al sexo, no es suficiente.

De la misma manera, diversos autores, como el ya mencionado Carnes, caracterizan la adicción al sexo por la presencia de sentimientos de vergüenza, así

como por los esfuerzos dedicados a ocultar las propias conductas sexuales. En este sentido, hemos recibido consultas de parejas heterosexuales en las que el hombre llevaba a cabo, de forma oculta, conductas autoeróticas. La reacción y el malestar de la pareja cuando descubría este hecho favorecía la aparición de intensos sentimientos de culpa, vergüenza y miedo por la posible pérdida de la relación. Por otra parte, vivimos en una cultura judeocristiana, muy restrictiva respecto a la sexualidad y la vivencia del placer. Hemos atendido a personas que sienten deseo sexual y, a la vez, mantienen creencias que asocian este sentimiento con algo negativo, malo o pecaminoso. La persona, en este caso, vive en un intenso desacuerdo interno, una parte suya siente deseo de obtener satisfacción sexual y otra parte censura tal vivencia o sentimiento. El trabajo terapéutico consistirá en ayudar a la persona a, desde sus propios valores y principios morales, conciliar ambas partes.

En estas situaciones anteriores la conducta sexual se vive o se asocia con la culpa, pero no por ello podríamos hablar de adicción al sexo. De nuevo, la presencia de sentimientos de culpa y/o vergüenza y la ocultación de conductas sexuales, por sí mismos, tampoco son criterios suficientes para concluir que existe una adicción al sexo. Sin embargo, coincidimos con estos autores en que los mencionados criterios están presentes en la adicción al sexo.

## 10.2. Características y ciclo

Entendemos que la adicción al sexo no es tanto un problema de excesivo deseo sexual como de *falta de control y la desorganización de una conducta*. El deseo sexual elevado y la búsqueda de placer pueden estar presente en el inicio del ciclo que lleva a la formación y mantenimiento de un trastorno por adicción al sexo, pero a medio y largo plazo la actividad sexual se torna no deseada, incluso puede desaparecer el deseo sexual. Sin embargo, a la persona aunque lo intente, no le es posible detener la conducta aprendida. Llegado ese punto, la función de la actividad sexual no es la de cubrir un deseo de búsqueda de placer o de contacto íntimo, sino la de disminuir el malestar, es decir, la conducta se mantiene por un mecanismo de refuerzo negativo. Estamos ante una adicción.

A la hora de entender la adicción al sexo, quizá la aportación más difundida haya sido la de Carnes (1992). Según él, se caracteriza por estos tres elementos: 1. Vergüenza por los comportamientos; 2. Ocultamiento; y 3. Obsesión (repetición frecuente de la conducta). A continuación, presentamos un cuadro en el que, recogiendo las aportaciones de varios profesionales en estas dos últimas décadas, exponemos los criterios, a nuestro entender, definitorios de la adicción al sexo.

Expondremos ahora las características esenciales de la adicción al sexo siguiendo el ciclo de dicho trastorno. Entendemos que aquello que define la adicción al sexo es la presencia de todos o la mayor parte de estos síntomas de forma permanente.

### a) Cambio en la función de la conducta sexual

Estamos ante una conducta donde el encuentro sexual no siempre asume la función de generar placer, sino la de ser un alivio de emociones desagradables (ansiedad, tristeza, aburrimiento, irritabilidad...). La función principal de la conducta sexual es la

de evitar o escapar de estados incómodos como el dolor o la tensión, reduciendo así el malestar. Las razones por las cuales las personas realizan este movimiento, que podemos llamar compensatorio, sustitutivo y/o de carácter represivo, son tantas como individuos, ya que, según afirma Martín (2003), «cada persona, de alguna manera, inventa su propio síntoma» que en este caso es la dependencia al sexo. Autores como Mellody (1997) se inclinan por definirla como «una conducta que reduce el malestar y compensa estados anímicos disfuncionales». «Una conducta sexual irrefrenable que genera autogratificación y, especialmente, el alivio del malestar interno» (Echeburúa, 2000).

TABLA 15.—*Criterios para el diagnóstico de la Adicción al Sexo*

En una situación de adicción al sexo se dan todos o la mayor parte de los siguientes criterios:

- Se produce una repetición frecuente de la conducta sexual.
- Existe un esfuerzo o deseo constante de limitar la conducta sexual, a pesar de lo cual el sujeto no logra detenerla.
- Se trata, pues, de conductas sexuales no deseadas. Aquí radica la diferencia con la promiscuidad.
- Debido a la actividad sexual, la persona descuida o desatiende obligaciones (laborales, familiares) e incluso otras actividades (sociales, recreativas) que antes le resultaban gratificantes.
- Las conductas sexuales se viven con sentimientos de culpa y vergüenza. La persona dedica esfuerzos para mantenerlas en secreto.
- La adicción al sexo se caracteriza porque el objetivo de la conducta es más la reducción de un malestar que la obtención de un placer.
- Aparición de una respuesta de tolerancia que lleva a una búsqueda de experiencias que «superen» a las anteriores.
- Aparición de un síndrome de abstinencia cuando no se puede llevar a cabo la conducta sexual, con síntomas como irritabilidad, cefaleas, temblores o insomnio.

*Fuente:* Fernando Pérez y Manuel Mestre (2012). Tomando como referencia las aportaciones del Carnes (1992) y Echeburúa (2000).

La persona adicta al sexo se apoya en un mecanismo que podríamos llamar compensatorio: el sujeto opta por un estado emocional propio de la adicción con el que puede defenderse de sentimientos intensos de angustia, de culpa, de abandono, de dolor, rabia, vergüenza, o atenuar su vacío, etc. En definitiva, puede sustituir determinados sentimientos que interpreta como peligrosos por otros estados emocionales relacionados con el placer. En este sentido la dependencia cubre un

malestar, una insatisfacción, y superpone al malestar otro estado mental y emocional proporcionado por la adicción, una actividad *a priori* estimulante.

#### b) Ausencia de control de la conducta

Caso 1. *Un hombre de cuarenta y cinco años, casado y con dos hijos. Acude semanalmente entre 7 y 10 veces a diferentes clubes de prostitución de la región. Reconoce que al principio disfrutaba y le relajaba mucho. Ahora tal conducta es vivida con miedo y angustia a ser descubierto por su mujer, a contraer el sida y al descalabro económico; en cada ocasión se promete que será la última vez, sin embargo, le resulta imposible dejarlo* (Isidoro Martín, 2007).

Al principio, aunque se sienta que algo no funciona bien, todavía no hay razones para sospechar ningún deterioro y menos aún para cambiar nada al respecto, pero lo cierto es que el ciclo se va transformando en ansioso, aparece la tensión, la preocupación y la irritabilidad, y los primeros esfuerzos por reducir o controlar la conducta sexual terminan fracasando.

Generalmente, como en otras dependencias, se observa un fallo en la regulación de la conducta; el sujeto se da cuenta que no puede controlarla, aunque le perjudique y dedica un *plus* de esfuerzo para ocultarla. El 40 por 100 pierde a su pareja, el 73 por 100 ha alimentado ideas obsesivas o recurrentes de suicidio, el 27 por 100 tiene problemas laborales y el 68 por 100 está en riesgo de contraer el sida u otras enfermedades (*National Council of Sexual Addiction, NCSA, 2003*). Estos datos son muy similares a los que frecuentemente se dan en otras dependencias, salvo el último porcentaje que es propio de la dependencia al sexo.

#### c) Gran dedicación de tiempo y energía

Este ciclo ocupa su dedicación, su energía y esfuerzos de forma continua; en este sentido se suele decir que las personas no viven realmente. Con el tiempo, este patrón (mental, emocional y conductual) supone un alto precio para el individuo, quien con una elevada probabilidad llegará a sentir vergüenza de su conducta, como sostiene Carnes (1992).

De forma semejante a lo que ocurre con los dependientes a las drogas, vemos que el paciente puede mostrarse muy excitado y ansioso ante el próximo encuentro. Puede imaginarlo y prepararlo perseverantemente.

#### d) Refuerzo negativo

En el ciclo de la dependencia al sexo, como en el ciclo de otras adicciones, en un primer momento la conducta se mantiene por un mecanismo de *refuerzo positivo* que posteriormente pasará a ser de *refuerzo negativo*. De hecho, Irons y Schneider (1997) manifestaron que esta patología correlaciona con otras adicciones, ya que lógicamente el proceso es muy similar. El placer sexual, que al principio actuaba como un refuerzo positivo e inmediato, ya no es tan importante; ahora lo más apremiante es aliviar el malestar.

Otro aspecto que contribuye claramente al mantenimiento del problema son las

*creencias* de la persona respecto a sí misma y al sexo, convicciones que cumplen la función de justificar la propia conducta, una conducta mantenida por el refuerzo de creencias de que el sexo es lo más importante (Pérez del Río y Martín, 2007).

#### e) Se cronifica

Esta actividad, que suele ser progresiva, va erosionando, y el devenir de esta conducta empieza a tornarse un poco más insatisfactorio, convirtiéndose finalmente en algo repetitivo, apresurado, obsesivo en pensamientos y fantasías relacionadas con el sexo. Los sujetos suelen establecer la estrategia de relacionarse con personas cada vez más desconocidas, procurando así su anonimato. Finalmente, el ciclo de la conducta termina en culpa, en remordimientos que se entremezclan.

Con una alta probabilidad ya se ha resentido el entorno próximo, se ha deteriorado la relación de pareja, o se han dejado de cumplir obligaciones laborales. Otros síntomas que se pueden presentar son infecciones de transmisión sexual.

La conducta sexual abusiva es la fórmula que ha utilizado la persona para evitar el contacto con sus sentimientos temidos, pero ya se ha dado cuenta de que no le lleva a resolver su problema, sino que se hace crónico. Nada le llena, nada le calma, salvo la conducta sexual como vía de escape, pero el descontento y la irritación continúan, y así posiblemente no sabe cómo salir de este círculo que comienza a ser una especie de cortocircuito o bucle emocional.

Paradójicamente, y no sin mucho tardar, aparte de la culpa, la irritabilidad y la tensión, aparece el dolor emocional que pretendía evitar. Lo que suele ocurrir es que con una frecuencia insidiosa el dolor, la fuerte angustia que se pretendía soterrar vuelve a reaparecer, porque realmente nunca se fue, y para evitarlo, la persona intenta repetir la conducta placentera una vez más, puesto esto es lo que ha aprendido a hacer el adicto: tapar con placer los sentimientos que valora como peligrosos. En este punto los pacientes llegan a la conclusión de que no es que no se resuelva el problema, sino que se tienen dos, el original y el añadido como efecto de la dependencia (Pérez del Río y Martín, 2007).

### 10.3. Diagnóstico diferencial

A primera vista vemos que se ha estudiado más la falta que el exceso de conducta sexual. Una primera dificultad es que existen pocos cuestionarios psicodiagnósticos que evalúen la «adicción al sexo», así que en ocasiones es difícil determinar la frecuencia, gravedad y complejidad del problema. Esta puede ser una de las razones —entre otras— por la cual no se haya incluido hasta ahora en las clasificaciones internacionales.

Por nuestra parte, entendemos que la adicción al sexo es un concepto más amplio que la «hipersexualidad» o el impulso sexual excesivo tal y como lo propone la *CIE-10*. La adicción al sexo puede incluir un impulso sexual excesivo, pero además implica mayores desajustes emocionales, sociales y de conducta (culpa, vergüenza, descuido de otras áreas de la vida, falta de control...), cambia la finalidad de la actividad sexual (no se busca el placer, sino el huir de un malestar) y, como en otras adicciones, aparece un síndrome de abstinencia asociado.

En cuanto al diagnóstico, lo más destacable es que se debe diferenciar de los estados maníacos o hipomaníacos. La adicción al sexo no se debe a la fluctuación anímica sino que es algo continuado en el tiempo. En su momento, Helen Singer Kaplan (1979) ya aseveraba que era importante establecer un correcto diagnóstico diferencial entre el verdadero deseo sexual hiperactivo primario (*ninfomanía* o *donjuanismo*) y los altos niveles de deseo sexual correspondientes a los estados maníacos e hipomaníacos, donde un ajustado diagnóstico y su terapéutica con sales de litio tiende a regular la sexualidad exacerbada.

Respecto al diagnóstico diferencial con la ninfomanía, coincidimos con Echeburúa (2000) cuando señala que la diferencia radica en que, en esta, las conductas sexuales son deseadas, mientras que en la adicción al sexo las conductas sexuales se vuelven no deseadas.

Más difícil resulta establecer las diferencias con el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), entre otras razones porque todo adicto tiene rasgos obsesivo-compulsivos.

Helen S. Kaplan (1979) diferenciaba el deseo sexual hiperactivo de los «estados sexuales compulsivos y obsesivos», concepto que sí guarda semejanzas con la adicción al sexo. Respecto a estos estados sexuales compulsivos y obsesivos, afirmaba que, en sus casos más extremos, pese a masturbarse diez o más veces al día, en realidad tales pacientes no sienten un deseo sexual, la actividad sexual se convierte entonces en una compulsión y no en un verdadero deseo sexual hiperactivo. Es decir, tanto en los «estados obsesivos» como en la «adicción al sexo», la conducta no viene motivada por el deseo sexual, es más, puede que este ni siquiera esté presente.

A pesar de estas similitudes sí podemos apuntar un pequeño matiz diferenciador con el TOC, y es que, en la adicción al sexo, inicialmente uno de los objetivos de la conducta sexual fue la búsqueda de placer o intimidad sexual. Solo a medida que avanza el ciclo adictivo la finalidad principal de esa conducta será la de calmar un malestar. En cambio, en el TOC las conductas compulsivas siempre han tenido como objetivo básico la reducción del malestar o la prevención de algo desagradable. Es muy probable que estos rituales nunca hayan sido ni sean, por sí mismos, placenteros para el sujeto.

También se hace necesario diferenciar una conducta sexual excesiva causada por el consumo de sustancias psicoactivas de una verdadera adicción al sexo, que puede tener asociado un consumo de drogas.

Finalmente, otra cuestión aparte es que seguimos considerando que sería necesario tratar todas las adicciones sin sustancia con el mismo diagnóstico, es decir, lo más adecuado sería tratar todas las variantes (ludopatía, compras, sexo, etc.) como un trastorno adictivo, que es su denominador común, y, a continuación, describir los matices que las distinguen. Para ello, habrá que abordar cómo diseñar un diagnóstico general que aglutine a las adicciones sin sustancia y así dar la espalda al empeño por poner de moda multitud de trastornos adictivos, coyunturales y oportunistas que pueden venir muy bien a la industria farmacéutica pero poco más. A fin de cuentas, en todos los casos se trata de promover la autonomía y alejarse del trastorno discapacitante, tenga el título que tenga (Iñaki y Pérez del Río, 2012).

#### **10.4. Tratamiento**

¿Es posible el tratamiento de la adicción al sexo? Tanto los estudios realizados como la experiencia clínica nos dicen que sí.

En el caso de la adicción al sexo, como es de recibo, no se puede perseguir la abstinencia definitiva. No se trata de vivir sin sexo sino sin sexo compulsivo. Uno de los objetivos iniciales será tratar la *conducta repetitiva* en relación con el sexo. Hay programas que recomiendan la abstinencia durante determinados períodos de tiempo, por ejemplo, dos o tres meses. En este período de abstinencia será conveniente que la persona disponga de un buen número de *apoyos*. En primer lugar, debe disponer de espacios donde expresar y nombrar lo que siente, lo que piensa, lo que le pasa, donde sienta que es mirado, escuchado y tomado en consideración. Somos conscientes que las personas crecemos a través de la mirada de los otros. Es decir, para llegar a aceptarse a sí mismo, primero necesitará de una aceptación exterior. Por ello, la mirada del terapeuta debe ser desde la aceptación, desde la valoración como persona, puesto que también está en juego la identidad. Aceptar no significa asentir a todo o falta de límites. Este primer momento, además de trabajar la abstinencia, constituirá una oportunidad para comprobar si el sexo es tan imprescindible como cree la persona.

Otros apoyos se pueden materializar en disponer de alternativas a la respuesta de huida ante la frustración o, más adelante, comenzar a vislumbrar planes de futuro.

Consideramos importante que cada persona pueda comprender su propio proceso, que entienda cómo ha llegado a ese punto. Favorecer una visión, una comprensión global de su propia vida y del sentido o la función que ese síntoma (adicción al sexo) tiene o ha tenido dentro de esas circunstancias vitales.

También será conveniente revisar las excepciones al problema, es decir, aquellos momentos de su vida en que no estaba presente la dificultad y reconocer las estrategias o modos de funcionar que entonces le fueron útiles. Estas situaciones le darán pistas para encontrar soluciones.

Pero, sobre todo, habrá que entender el *ciclo adictivo*, cómo se inicia y cómo se mantiene. En primer lugar, analizar cuáles son los desencadenantes de la conducta: pensamientos, emociones, situaciones o circunstancias que preceden y favorecen la aparición de la conducta. Por ejemplo, determinadas frustraciones, estrés, preocupaciones en el trabajo, problemas en casa, sentimientos de soledad o enfado, cansancio, etc. Es conveniente que el paciente tome conciencia de cómo influyen en su vida determinadas creencias con las cuales justifica su conducta, como las que describe Briet (2004): «Los hombres necesitamos más sexo que las mujeres». «Es mi manera de relajarme». «No es tan malo cuando todo el mundo lo hace». «El sexo es una necesidad importante». Entender esta secuencia será muy importante por dos razones: primera, para parar la conducta problemática en una fase inicial del ciclo y, segunda, para evitar recaídas, puesto que el paciente sabrá qué pensamientos, actos o situaciones le pueden llevar nuevamente a la repetición de lo que desea evitar.

Si el paciente está consumiendo sustancias, es importante tratar estos consumos, puesto que no abordar esta dependencia a sustancias psicotrópicas suele ser un posterior motivo de recaída en la adicción sexual.

Una de las herramientas más adecuadas a la hora de trabajar con personas que tienen problemas de adicción es el trabajo grupal. El grupo puede favorecer el

aprendizaje de modos y habilidades para enfrentar dificultades, y es muy eficaz a la hora de prestar un apoyo emocional al paciente.

Por supuesto también es conveniente la educación sexual, que ayudará a tener unas expectativas realistas en las relaciones sexuales, a conocer qué es importante para poder disfrutar de la sexualidad, a concienciar de los riesgos asociados a las conductas sexuales ofreciendo los conocimientos y las habilidades necesarias para prevenirlos, a reconocer que el sexo es algo bueno y positivo pero, vivido al estilo de don Juan, conlleva un gran sufrimiento.

Finalmente, si fuera el caso, puede ser necesario trabajar junto con la pareja (Pérez del Río y Martín, 2007).

Más adelante tendrá lugar una fase de regulación personal y de mantenimiento cuando, al igual que en las drogas, el paciente ha de trabajar y hacer hincapié en la prevención de recaídas: controlar los antecedentes a la conducta problemática, qué disparadores encuentra en el entorno o en sí mismo, cómo puede parar la secuencia una vez comenzada y cómo puede pedir ayuda. Cómo puede calmar la ansiedad en esos momentos críticos, etc. En esta última fase la relación sexual debe poder elegirse con libertad.

Aunque una persona adicta al sexo se recupere, al igual que sucede con otras adicciones, siempre tendrá que estar alerta y no bajar la guardia para no repetir esquemas y así evitar una recaída, aunque esta pueda formar parte de su propio proceso de cambio. Teniendo en cuenta esto, podrá conseguir una vida equilibrada.

# Capítulo 11

## La dependencia emocional en las adicciones

### 11.1. Introducción

Tradicionalmente, el concepto de dependencia ha formado parte de las caracterizaciones de la personalidad y se ha reconocido como un continuo (dependencia-independencia) donde podemos situar la forma de relacionarse de cada persona. Por tanto, una persona con problemas de adicción podría ubicarse en cualquier punto de este continuo.

En este texto nos detendremos en la dependencia emocional que padecen no pocos adictos en su forma más aguda, problema este importante de tratar, sobre todo en las fases de reinserción, puesto que la excesiva dependencia de la persona y sus dificultades en el modo de vincularse con los otros podrían suponer un verdadero obstáculo en su recuperación y, por consiguiente, un riesgo de recaída. La razón para detenernos en la dependencia emocional la encontramos en el hecho de que una adicción ya supone por sí misma una dependencia; en este caso concreto, a una sustancia u objeto. En cambio, cuando la adicción se presenta asociada a una dependencia emocional, nos topamos con dos dependencias en principio diferentes —pero hechas de la misma pasta— que se pueden entrecruzar una con otra creando un verdadero quebradero de cabeza a nivel teórico. Lejos de nuestra intención está adentrarnos en un laberinto de terminologías resbaladizas y confusas que se trastabilen unas a otras; antes bien, preferimos realizar un ejercicio de transparencia fruto de la experiencia directa con nuestros propios pacientes.

Resulta obvio que no todas las personas diagnosticadas con un trastorno de personalidad dependiente se hacen adictas (Pérez del Río y Martín, 2007), ni todos los adictos presentan el mismo nivel de dependencia emocional. No obstante, partimos de la base de que en el tratamiento de un adicto, más tarde o más temprano, por muy independiente o autónomo que se sienta el sujeto, habrá que tratar tanto su dependencia «a ese algo, sustancia u objeto, del que depende», como el hecho de que las relaciones y vínculos que establece con las sustancias lo establece, de igual manera, con las personas con las que se relaciona.

Entrando ya en la dependencia en cuanto tal, se aprecia a primera vista que esta es una circunstancia denostada en nuestra cultura occidental, donde ser productivo e independiente se ha vuelto lo deseable. Esto pudiera deberse a modelos neoliberales de corte individualista que han ido restando importancia al carácter social del ser humano: aspiramos a ser el hombre independiente «hecho a sí mismo» como modo de alcanzar el bienestar personal o el éxito social.

En general, la sociedad occidental nos transmite la idea de que el mero hecho de depender de alguien o algo es perjudicial, tóxico, negativo y, al igual que aquellos rasgos o emociones calificadas de «negativas», ha de ser tratado por un especialista.

Sin embargo, nosotros queremos matizar esta concepción. En primer lugar, no consideramos las emociones como positivas ni como negativas, más bien existen emociones agradables o desagradables de sentir. En este sentido, coincidimos con autores como Soler y Conangla (2013) cuando señalan que la positividad o

negatividad de las emociones dependerá, entre otras cosas, de cómo se gestionen.

Asimismo, entendemos que vivir es vincularse, y «que somos seres hechos para el contacto y la vinculación» (López, 2009). Esto significa algo tan evidente y loable como que necesitamos a los otros. Tanto los necesitamos que, si no entramos en contacto y nos relacionamos con ellos, si no establecemos lazos de unión con otras personas podemos —aunque suene un tanto drástico— llegar literalmente a «morir».

Los vínculos que construimos a lo largo de la vida nos afectan de formas diferentes. Para bien o para mal, aquello que haga o deje de hacer mi pareja, aquello que le ocurra a mi hijo, lo que le pase a mi vecino, aquello que me cuente un amigo, me va a influir; me voy a sentir afectado por lo que acontezca a las personas significativas de mi vida.

Es en este sentido comunitario en el que afirmamos que, como seres sociales, somos simple y llanamente dependientes, y que necesitar a los otros no es algo patológico sino una realidad humana. Estamos pues en consonancia con autores como Bornstein (1998), quien describe una forma de dependencia adaptativa a la que denomina dependencia madura como aquella en la que los individuos son capaces de adaptar su comportamiento de acuerdo a la situación y su relación con los demás. Todo lo cual no implica que sea imposible alcanzar una *autonomía personal*.

Ahora bien, ser autónomo no significa ser autosuficiente. Veamos. Ser una persona autónoma significa ser un sujeto que construye su proyecto de vida, que

es capaz de vivir en silencio y soledad y convivir —aunque no aislado y desconectado— sin ahogar ni dejarse ahogar por los demás. Alguien que sigue su propio criterio, que respeta y es capaz de respetar a los otros; una persona consciente de sus necesidades y de sus deseos, de sus pensamientos, valores y emociones; un ser independiente que no utiliza a los demás como medios para llenar los vacíos de su vida (Soler y Conangla, 2013).

Ser autónomo es una aspiración legítima para todo ser humano; ser autosuficiente (creer que no se necesita de nadie en la vida) es una ilusión, una fantasía.

Por otro lado, consideramos que no se cumple la fórmula de que cuanto más tienes de un polo, menos tienes del otro (lo que se denomina en teoría de la negociación «Ganar-Perder»), sino que una persona puede ser muy independiente en una determinada área de su vida, por ejemplo el mundo laboral, y a la vez muy dependiente en otros campos del vivir, como el de las relaciones de pareja.

Dado que un primer reto, y nada fácil, es acotar lo que es patológico y lo que no lo es, nos parece importante decir e incluso nos vemos obligados a subrayar nuevamente que no toda dependencia es patológica, ¡ni mucho menos! Más bien se trata de una cuestión de grados. Como advertíamos al inicio, lo sensato para nuestra identidad es asociarnos, convivir con otros. Nuestra vida se desarrolla en una negociación y a veces en un sano y necesario conflicto entre nuestras necesidades personales y las del grupo, entre el individuo y el medio.

Creemos, en suma, que todas las personas somos inter-dependientes de nuestro entorno, de nuestra familia y amigos, y la diferencia entre lo sano y lo patológico nos lo indicará lo extremo de nuestros comportamientos, su intensidad y frecuencia, así como su discrepancia respecto a los comportamientos normativos o al contexto en el que tienen lugar y, sobre todo, la angustia que manifiestan las personas que padecen este problema de forma aguda.

Aclarado esto, podríamos comenzar a hablar de una dependencia que en algunos casos puede llegar a ser patológica: cuando no somos libres para poder separarnos. Nos referimos por tanto a una dependencia excesiva que angustia, limita e invalida a la persona.

## **11.2. Características de la dependencia emocional**

La dependencia emocional ha sido entendida de diferentes formas. Sin ir más lejos, Castelló (2005) la define como un «patrón crónico de demandas afectivas insatisfechas que llevan a la persona a buscar desesperadamente satisfacerlas mediante relaciones interpersonales estrechas». En la Tabla 16 exponemos diferentes características que podemos encontrar en una persona con dependencia emocional.

### 11.2.1. Negatividad sobre sí mismo

Para comprender la dependencia excesiva, en primer lugar, debemos conocer cómo son los diálogos internos de una persona y si esta mantiene una visión negativa y limitada de sí misma. Con diálogo interno nos referimos a las conversaciones que tenemos con nosotros mismos y, aunque gran parte de ellas nos puedan pasar desapercibidas, tienen gran importancia ya que:

1. En ese diálogo con nosotros mismos nos definimos, es decir, tal y como nos hablamos internamente así va desarrollándose nuestra identidad.
2. El diálogo interno puede contener pensamientos negativos sobre uno mismo, y esos pensamientos, si no los trabajamos, crearán tendencias que gobernarán nuestras vidas (Vicente Cuevas, 2013).

TABLA 16.—*Características habituales en una persona con dependencia emocional*

Negatividad sobre sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creencias negativas sobre sí mismo del tipo: no valgo, solo no voy a poder.</li> <li>• Diálogo interno auto-descalificante.</li> <li>• Falta de confianza en sí mismo.</li> </ul>
Excesiva fusión con sus parejas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intenso deseo de permanecer en la fusión (estoy contigo) y gran dificultad en vivir la separación (estoy conmigo).</li> <li>• Repetición de un patrón de vinculación estrecho a lo largo de su vida.</li> <li>• Sitúan el centro de su vida en el otro.</li> <li>• Constante demanda de atención y de muestras de amor a sus parejas.</li> </ul>
Ansiedad de separación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temor a la soledad. Experiencia de vacío emocional cuando no estoy con el otro.</li> <li>• Frecuentes preocupaciones, miedos e incertidumbres relacionados con perder el amor de la pareja.</li> <li>• Necesidad de sentir que se tiene el control de la otra persona y sobre la relación.</li> <li>• Altibajos emocionales generalmente relacionados con haber logrado o no el control sobre la pareja.</li> </ul>
Otras características	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralidad de lo emocional en su vida.</li> <li>• Presencia de distorsiones o errores de pensamiento, se utilizan muchos imperativos o «deberías» relacionados con la relación.</li> <li>• Escasa conciencia y dificultad en reconocerse como dependiente.</li> <li>• Descuido del propio desarrollo personal.</li> </ul>

Fuente: Pérez del Río, Mestre y Verdugo (2014).

Un ejemplo de todo ello sería el siguiente: Si creo y me repito que «no valgo», creeré cada vez con mayor convicción que soy una persona no válida, me identificaré con ese rasgo y tenderé a actuar de determinadas maneras que, a su vez, confirmen esa creencia.

Los pensamientos negativos que una persona mantiene sobre sí misma, del tipo «yo no valgo», «yo no soy suficiente», «a mí no me van a querer», explicarán en gran

medida las dificultades de esa persona para superar heridas afectivas, sus dificultades para poner límites al amor o su dependencia tanto psicológica como emocional.

Dicho esto, desde esta perspectiva el trabajo terapéutico tendrá que centrarse y abordar necesariamente los diálogos internos de la persona. No es lo mismo una dependencia del tipo «cuando no estoy contigo te echo de menos» que otra del tipo «si me dejas, muero». Parte del cambio estriba en parar o, al menos, en aminorar la intensidad del diálogo interno descalificante. Cuando esta voz interna mengua o se detiene, la vida se ve de otra manera (Cuevas, 2013).

### 11.2.2. Excesiva fusión con sus parejas u otras personas

Para comprender este punto resulta útil conocer dos conceptos claves como son Fusión (F) y Separación (S). La autora Fina Sanz (1995) nos habla de ellos como dos claves para entender los vínculos amorosos. «F y S son dos conceptos interrelacionados y complementarios que tienen que ver con cómo nos situamos y percibimos en las relaciones afectivas». No debemos confundir la F con simbiosis ni la S con la ruptura de una relación. Mirémoslo más de cerca.

La F es una sensación de bienestar en la unión con el otro, una unión en la que se pierden total o parcialmente los límites personales. Es un estado en que cuesta distinguir lo que es propio y lo que es ajeno. El sentimiento amoroso se caracteriza por un deseo de fusión, de unión total.

La vivencia de S, en cambio, se experimenta como lo opuesto. Es la toma de contacto con uno mismo como algo distinto. Tomo distancia física y emocional de lo otro para reconocermé a mí mismo.

Ambas son experiencias de placer, pero para ello han de poder ser vividas de forma fluida y permanente. En una relación sana pasamos por la F (estoy contigo) y por la S (estoy conmigo). Pero cuando un individuo queda rígidamente fijado en una de ellas se puede convertir en fuente de problemas.

La persona con un problema de dependencia emocional (DE) desea permanecer en la F y teme, no sabe vivir la S. Siente un gran anhelo de tener y mantener una relación sentimental a toda costa, necesita del otro para completarse, así que no es difícil entender que este tipo de personas tenga una gran dificultad de afrontar la vida por sí misma. Podríamos decir que se da en ellas una especie de fobia a la autonomía, siendo la otra persona un refugio idóneo, mágico, una especie de objeto salvavidas (Pérez del Río y Martín, 2007).

En las relaciones dependientes patológicas constatamos una solicitud constante de atención de la pareja, intensas y frecuentes demandas afectivas que nunca son suficientes, en el sentido de que no llegan a colmar la angustia que experimenta la persona dependiente. Continuando con esta lógica, estas personas pueden llegar a crear relaciones asfixiantes, y a su vez, y como consecuencia de ello, pueden sentirse frustradas, puesto que es difícil que sus expectativas se vean cumplidas. Además, por otro lado, la persona asfixiada intentará alejarse o marcar algún tipo de límite saludable, y este alejamiento supondrá que se enciendan todas las alarmas en el dependiente que, con inmediatez, intentará maniobras de todo tipo para evitar cualquier clase de distanciamiento. Por lo general las personas dependientes dan más,

ofrecen más, son más dadas y con frecuencia preguntan si el otro está bien: ¿Estás bien...? ¿Qué te gustaría...? ¿Te ha gustado...? Interrogan. Sin embargo, con frecuencia todos estos esfuerzos por mantener un ideal de relación llegan a cortocircuitar la propia relación.

### 11.2.3. Ansiedad de separación

La persona dependiente teme la soledad y se asusta ante la posibilidad de una existencia independiente. «No poder vivir sin una persona. Esa necesidad puede derivar de muchos tipos de apegos: dependencias, adicciones o intoxicaciones personales» (Marina, 2006).

La persona dependiente tiende a colocar al otro en una especie de pedestal: no soy sin el otro, puesto que el otro me completa y sin él me pierdo. Y aunque esto pueda parecer un ejemplo caprichoso, incluso las fantasías que posee sobre la otra persona suelen ser intensas.

Solo el pensar en una posible ruptura le genera una fuerte angustia. El temor a ser abandonado se despierta, por ejemplo, ante situaciones como una discusión, un simple retraso en el horario o cuando comprueba que en la vida de su pareja existen además otras prioridades o personas significativas. Todo lo cual le produce una enorme inseguridad.

De este temor y primordial fuente de inseguridad, se intentará proteger de varios modos. Puede adoptar conductas pasivas, poco asertivas, y así evitar los conflictos o incluso dejar que sea el otro quien tome las decisiones, mostrándose en exceso sumiso; pero también puede tratar de imponer determinadas normas respecto a cómo debe funcionar la relación, normas que le harán sentir más seguro.

Sea de la manera que fuere, todas estas estrategias responden a su gran necesidad: sentir que tiene el control —aunque sea ficticio— de la relación y evitar perder el amor de la pareja. Incluso el hecho de que se atribuya las culpas o responsabilidades de un acontecimiento, aun cuando no sea responsable, supone un modo de sentir que controla la situación y tiene la solución (Norwood, 1985).

Ligados a esta sensación de mayor o menor control surgirán unos u otros estados de ánimo y encontraremos una explicación a sus altibajos emocionales.

### 11.2.4. Otras características

Podemos afirmar que el dependiente sitúa en el otro el centro de su vida. La persona «vive de cara a las necesidades o los deseos de las personas a las que quiere y está dispuesta a hacer cualquier cosa por el bienestar de aquellas» (Haranburu, Esteve, Balluerka, Gorostiaga y Guerra, 2011). Pero este hecho de vivir centrado y en cierto modo escudado en el otro se cobra un precio, entre otros el descuido de uno mismo y del propio desarrollo personal. En palabras de Lemos, Londoño y Zapata (2007), este aferramiento excesivo a la pareja da lugar a una falta de construcción personal. El miedo a la soledad de forma continuada le lleva a centrarse, a apoyarse en el otro y a abandonar su propio desarrollo individual sin ser consciente de sus propias potencialidades y recursos.

Estos mismos autores, Lemos, Londoño y Zapata (2007) encuentran evidencias de

un procesamiento de la información diferente en personas con dependencia emocional. Estas diferencias se concretan en la presencia de distorsiones cognitivas o errores de pensamiento que jugarían un importante papel en el mantenimiento de la problemática. Las más significativas serían los «deberías» y la «falacia de control». El primero de estos errores consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo deben suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se consideraría algo así como insoportable. Por otro lado, la distorsión denominada «falacia de control» se refiere a que suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien se ven impotentes y sin ningún control sobre los acontecimientos de su vida.

Aunque haya caído en el mismo error con todas sus parejas, a la persona con esta problemática le es difícil reconocerse como dependiente, no siendo demasiado consciente de cómo su forma de pensar y actuar le limita o le daña, tanto a ella como a su relación, pudiendo incluso aflorar un mecanismo de defensa denominado *denegación* (Freud, 1973). Este término *denegación* se usa para hablar de la irrupción en el discurso de los pacientes de contenidos reprimidos, los cuales aparecen en modo de negaciones sin que aún sean capaces de admitirlos como propios.

De todo lo descrito se deduce que los dependientes emocionales dan una importancia vital a sus relaciones sentimentales y todo el carrusel de problemas, discusiones, rupturas, fracasos que se van acumulando a lo largo de su vida es vivido con mucho dolor y angustia, ya que no encuentran solución a sus problemas, a pesar de emplearse a fondo con sus parejas.

### **11.3. Evaluación de la dependencia emocional**

Describimos a continuación los instrumentos creados para determinar el grado de dependencia de las personas.

La mayoría de las formas de determinar dependencia son medidas estructuradas basadas en autoinformes que requieren que la persona juzgue y declare su propio comportamiento. Los autoinformes suelen tener el problema de que la persona sabe qué es lo que se mide y por consiguiente el individuo suele incurrir en un sesgo hacia la deseabilidad social o simplemente ser poco capaz de juzgar su propia conducta.

La medida poco estructurada más usada es el *Roscharch Oral Dependency (ROD;* Masling, Rabie y Blondheim, 1967), en el que se exponen 10 tarjetas de Roscharch y se pide una descripción de lo que se ve. Bornstein (1996) encontró que el *ROD* tenía buena validez. Otra medida poco estructurada es el *Thematic Aperception Test (TAT;* Murray, 1943), que ha sido menos usada que el *ROD*. Masling desarrolló un sistema de puntuación que denominó *TOD*; aunque en un principio los resultados de este se correlacionan con los del *ROD*, no se han hecho suficientes estudios para validarlo en muestras significativas (Mitchel, 2009).

El *MMPI* (Butcher, Daelstroom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989) y el *Inventory of Interpersonal Problems (IIP;* Horowitz, Roisenberg Baer, Ureno y Villaseñor, 1988) también tienen una subescala de dependencia. El instrumento psicométrico derivado de la teoría de Millon es el *Inventario Clínico Multiaxial de la Personalidad* (Millon, 1983). En principio diseñado para establecer los perfiles de personalidad, así como para establecer trastornos de personalidad, utiliza categorías

de diagnóstico que se corresponden con el DSM. Es un instrumento usado con mucha frecuencia y goza de un sólido respaldo científico. Sin embargo, parece que en cuanto a los trastornos de personalidad, lo que mide realmente son estilos de personalidad.

Como prueba específica para medir dependencia es muy usada el *Interpersonal Dependency Inventory (IDI)*, creado por Hirschfeld, Klerman, Gough, Barrett, Korchin y Chodoff (1977). Los autores parten del concepto de Dependencia Interpersonal: pensamientos, creencias, sentimientos y comportamientos relacionados con la necesidad de asociarse de forma cercana con otros. El instrumento tiene 48 ítems y 3 subescalas: Dependencia emocional en otra persona, Falta de autoconfianza social en sí mismo y Aserción de autonomía. Hay que tener en cuenta que mide la dependencia de forma general (Castelló, 2005).

La *Spouse Specific Dependency Scale (SSDS)* fue creada por Rathus y O'Leary (1997) para medir dependencia emocional. Es una escala con tres componentes diferenciados por género, de 10 ítems cada uno: *a)* apego ansioso; *b)* dependencia exclusiva; y *c)* dependencia emocional. Fue diseñada para la detección e intervención en violencia conyugal, de tal modo que está más orientada a esta población y tiende a evaluar la dependencia desde los rasgos del trastorno de personalidad por dependencia, por lo cual hay que tener estas características en cuenta a la hora de aplicarla a la población general. La adaptación castellana fue realizada por Valor-Segura, Expósito y Moya (2009), dejando ver en sus conclusiones que su mejor aplicación es la relación entre las conductas violentas y la dependencia dentro de la pareja.

El *Relational Profile Test (Test de Perfil Relacional RPT)* fue construido por Bornstein y Languirand (Bornstein, Geiselman, Eisenhart y Languirand, 2002). Esta escala mide los siguientes constructos cercanos a la dependencia emocional: *a)* sobredependencia destructiva; *b)* desapego disfuncional; y *c)* dependencia saludable. También en este caso se considera que los ítems están muy cercanos al Trastorno de Personalidad por Dependencia del que fuera *DSM-IV*.

Lemos y Londoño (2006) construyeron un Cuestionario de Dependencia Emocional. Identificaron dos factores centrales disparadores de la dependencia, como son la ansiedad de separación y el miedo a la soledad, además de localizar las estrategias interpersonales típicas de la persona dependiente para mantener a su pareja: la expresión afectiva de la pareja, la modificación de planes, la búsqueda de atención y la expresión límite.

Otra forma de medir puede ser la diferenciación propuesta por Bowen: la diferenciación completa existe en personas que han resuelto por completo el vínculo emocional con su familia; son responsables de ellos mismos pero no participan o no se hacen responsables de la irresponsabilidad de otros (Vargas, Ibáñez y Armas, 2009).

#### **11.4. Relación entre la dependencia emocional y las adicciones**

Como indicábamos al inicio, creemos que en todos los procesos adictivos, de una u otra forma, está en juego la relación afectiva con los demás dentro de sus múltiples formas y significados; la adicción es un problema funcional y relacional, de tal suerte que no sería aventurado decir que un adicto siempre tiene algo de dependiente

emocional, aspecto que deberá tenerse en cuenta a la hora del tratamiento.

Entendemos que las personas adictas, aunque no todas lleguen a cumplir los criterios para ser diagnosticadas de un trastorno de personalidad dependiente, suelen mostrar un fuerte rasgo dependiente (a sustancias o cosas pero también a personas) de modo que, para llevar a buen puerto el tratamiento, ha de tenerse en cuenta el factor «dependencia emocional». La persona debe encontrar su punto justo: ser autónomo y libre de argollas del tipo que sean, en forma de máquinas tragaperras o en forma de sustancias que le asfixian y, a la par, sentir que necesita a los otros de una forma sana. En los tratamientos debemos respetar el estilo de cada uno, pero independientemente de las maneras individuales; se ha de marcar un límite con los demás, una vinculación diferente se hace imprescindible en todos los casos.

### 11.5. Consideraciones para el tratamiento

Imaginemos por un momento cómo sería la realidad de una persona que presentara varias de las características que hemos descrito; de entrada, un bajo concepto sobre sí misma y un gran miedo a la soledad. Ante este panorama es esperable una fuerte necesidad de fusión (de estar junto al otro como fuente de seguridad), unida a una gran ansiedad ante la separación. A su vez, todo ello despierta una poderosa necesidad de controlar al otro como fórmula para evitar su gran temor: ser abandonada. Podemos observar que, en este marco, la emoción principal desde la que se mueve la persona es el miedo, quedando fuera aspectos básicos como la convicción de valía personal, la confianza en uno mismo o la sensación de seguridad.

En general, podríamos decir que aquello de lo que más adolece y, por tanto, aquello que más necesita el dependiente emocional es sentirse seguro. Tener seguridad no significa que nunca se dude de nada. Cuando a una persona de las que entendemos por seguras se le plantea una duda razonable, busca información, contrasta opiniones y finalmente toma la decisión que considera más adecuada. Es decir, las dudas no lo paralizan; a pesar de ellas, no deja de actuar. Podrá acertar o, por supuesto, podrá equivocarse pero, en definitiva, estar seguro de algo no evita la posibilidad de equivocarse. Acertar o errar, ambas posibilidades debemos asumirlas para no quedar en un *impasse* propio tanto de los dependientes emocionales como de los adictos a sustancias psicoactivas.

Abraham Maslow, en su conocida jerarquía de necesidades humanas, coloca la necesidad de seguridad en el segundo nivel, justo después de las necesidades fisiológicas básicas como respirar, alimentarse o descansar. Cubrir estas necesidades situadas en la base de la pirámide es condición necesaria para poder atender otras necesidades superiores: sociales, de estima o de autorrealización.

Tras lo expuesto, sostenemos que la seguridad es una necesidad humana básica. Tiene que ver con sentirse protegido, con conservar lo que se tiene, con evitar pérdidas y malestares, de modo que podemos entender su importancia. Las personas tendemos a buscar cada vez más seguridades, hasta el punto de que «podemos llegar a sacrificar buena parte de nuestras libertades a fin de obtener una mayor seguridad y certidumbre en nuestras vidas» (Soler y Conangla, 2013).

Entendemos que en un primer momento se usan las sustancias psicoactivas de forma lúdica, para la diversión, pero después, con el paso del tiempo, las sustancias

pasan a ser un refuerzo negativo y cumplen una función para el sujeto que las consume, por ejemplo, la búsqueda de seguridad, que puede estar detrás de muchas de las dependencias a sustancias psicoactivas. Desde esta perspectiva, la intervención terapéutica pasa por entender la función del síntoma y ayudar a que el usuario se sienta más seguro, con mayor confianza en sí mismo y supere el *impasse*. De igual manera es recomendable promover la autovaloración, dotar al sujeto de recursos que favorezcan la comunicación interpersonal, la resolución de conflictos o la adecuada gestión de emociones desagradables y experiencias de fracaso.

Con todo ello ayudaremos al desarrollo de su autoconfianza; la confianza de poder hacer frente de manera adecuada a las dificultades que la vida le depara.

En otras palabras, se trata de favorecer el empoderamiento de la persona y, aunque suene poco académico, de suscitar la sensación de «poder interno»; nos referimos a una fuerza, una energía, un deseo, un recurso que se vivencia como la sensación de sentirse capaz, con confianza para alcanzar metas o al menos intentarlo y seguir «nuestro camino a nuestro modo» (Vicente Cuevas, 2002). Toda intervención que favorezca esta sensación de poder interno será positiva para la persona con dependencia. En palabras de Haranburu (2011), el objetivo de la terapia es conseguir progresivamente la autonomía, la autoconfianza y el sentimiento de autoeficacia del paciente.

Respecto al formato de la terapia, individual o grupal, señalar que ambas posibilidades tienen sus ventajas e inconvenientes. El formato individual permite que la persona construya junto con el terapeuta una relación equilibrada que no llegue a convertirse en una fusión, siendo de este modo una experiencia correctiva. El formato grupal, por su parte, permite que la persona tenga muchos puntos de vista sobre su conducta interpersonal, además de dificultar que monopolice la atención del terapeuta.

Sabemos que, dentro de ciertas similitudes, cada caso es diferente, de modo que el terapeuta deberá atender los temas o dificultades concretos que cada persona plantee y seguir un proceso personalizado utilizando el formato que considere más adecuado.

Proponemos aquí un conjunto de estrategias que han sido de utilidad en nuestra práctica terapéutica y de las que el profesional puede echar mano según el caso particular y su propio criterio.

#### *Valoración externa, refuerzo positivo:*

Sabemos que las personas crecemos a través de la mirada de los otros, sobre todo de los otros significativos. Por ejemplo, si otras personas importantes para nosotros nos miran, nos etiquetan y nos tratan repetidamente como incapaces, es muy probable que llegemos a creernos e identificarnos con esa característica.

TABLA 17.—*Intervenciones favorecedoras de seguridad personal*  
(Mestre, 2014)

Característica	Dinámicas o propuestas de trabajo
Negatividad sobre sí mismo	Formato grupal: Ver taller «Aprendo a Conocerme y Valorarme». <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar mi afecto.</li> <li>✓ El árbol de logros personales.</li> <li>✓ Descubriendo pensamientos erróneos.</li> <li>✓ Mi relación con el error.</li> </ul>
	Formato individual: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Valoración externa, refuerzo positivo.</li> </ul>
Miedo a la soledad	Formato grupal: Ver taller «Aprendo a Conocerme y Valorarme» <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover espacios de relajación, asociados a momentos de soledad y silencio.</li> </ul>
	Formato individual: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Programar tareas para realizar de forma individual.</li> </ul>

La negatividad sobre uno mismo, la creencia de que uno no vale, fácilmente puede proceder de haber escuchado muchas veces la insidiosa frase «tú no vales» o mensajes similares.

Cuando una persona no cree en sí misma puede ayudar que el refuerzo y la valoración vengan de fuera para que progresivamente pueda: *a)* ver o ser consciente de sus capacidades; *b)* permitirse actuar; y *c)* creer y sentirse capaz. Por ello, va a ser importante que el usuario encuentre un terapeuta que sepa dar valoraciones en su justa medida, sin excederse tampoco en ningún caso. Saber dar valoraciones significa saber que no es necesario valorarlo todo ni en todo momento. Se trata de valorar justo aquello que queramos desarrollar y esté en consonancia con el deseo y objetivos del paciente y siempre que sea cierto. Por otra parte, es importante recordar que la excesiva compasión, ayuda y falta de límites en el tratamiento son enemigos naturales del drogodependiente y, por qué no, también del terapeuta.

*Programar tareas que realizar de forma individual:*

Uno de los puntos clave en la terapia es que la persona en tratamiento vislumbre la posibilidad de existir de forma autónoma respecto de otras personas o que comience a confiar en su propio criterio.

Para aproximarnos a ello debemos brindarle oportunidades de llevar a cabo determinadas acciones de forma individual; del mismo modo que a andar se aprende andando y a nadar se aprende nadando, a ser autónomo o independiente se aprende

practicando cosas de forma autónoma confiando en un criterio propio. Se trata de que el paciente plantee, con la aquiescencia del terapeuta, tareas u objetivos asequibles a los recursos que él posee, de modo que con alta probabilidad pueda resolverlos de forma favorable. Con ello perseguimos un doble objetivo: por un lado, nos permitirá, *a posteriori*, ofrecer los logros conseguidos como refutación de su supuesta falta de capacidad para afrontar problemas y salir adelante por sí misma; y por el otro, comenzaremos a devolver a la persona la responsabilidad sobre su propio proceso. Se trata de conseguir equilibrar la vida del dependiente incrementando su implicación activa en la satisfacción de sus necesidades sin requerir un apoyo excesivo de los demás (Ortega, Rubio y Pastor, 2003).

Es de recibo que debemos adaptarnos a la persona. Primero es recomendable planear tareas más sencillas y luego aquellas más complejas o que, por alguna razón, le resulten más difíciles de llevar a cabo. Sirven para ello cualquier tipo de actividades como, por ejemplo, salir a comprar unos zapatos, preparar una comida, limpiar una habitación, ir solo al cine o tomar decisiones como el menú de un día, la actividad que realizar una tarde, etc.

Si consigue cumplir la tarea es probable que a continuación la desvalore; es decir, que reste valor a lo logrado. Si ocurre así, podemos hacer consciente este mecanismo, preguntarle si en él es habitual quitarle mérito a las cosas que ha conseguido, incluso animarle a que retroceda en el tiempo: antes de haber completado la tarea, ¿cómo te sentías?; seguramente antes de conseguirlo le parecía algo difícil.

Otra opción es que no haya podido completar la acción programada o que haya cometido un error. Es momento de ayudar a relativizar el error entendiéndolo como parte del proceso de aprendizaje [el lector puede consultar el epígrafe 14.7.3 actividad e) mi relación con el error].

Cualquiera que haya trabajado con adictos sabe que son pacientes complicados con una alta probabilidad de abandonar el tratamiento. Pero los adictos con rasgos fuertes de dependencia emocional a los que nos referimos aquí, presentan un perfil distinto. De hecho, tienen como característica una buena adhesión al tratamiento y transmiten la sensación de ser buenos pacientes, cumplidores y ávidos de ayuda. El deseo de ser buen cliente puede llevar, incluso, a que guarde información relevante para conservar su ideal presentación de sí mismo. Lo que, a su vez, puede llevar a que terapeuta y cliente tengan diferentes percepciones de los problemas a que se enfrentan (Mitchel, 2009). Otra de las características de los pacientes dependientes es que toleran mal las ausencias del terapeuta y, en etapas más avanzadas del tratamiento, el tiempo entre sesiones puede ser una herramienta para ir desarrollando la autonomía progresivamente. Uno de los desafíos más importantes es saber ir separándose de su terapeuta y superar positivamente ese duelo bajo el análisis y la tutela que supone el proceso terapéutico.

Antes de finalizar, queremos señalar dos importantes aspectos que hay que tener cuenta durante en el tratamiento, como son la revisión de creencias y el entrenamiento asertivo.

En general, en las personas dependientes encontraremos creencias altamente limitantes sobre ellas mismas del tipo «no puedo funcionar en el mundo sin asistencia de los demás» o «no puedo sobrevivir sola». Estas creencias se refieren al concepto

que la persona tiene de ella misma, es decir, a su identidad. Otras creencias se referirán al mundo y a los otros, como, por ejemplo, «los otros están ahí para cuidarme». Todo este conjunto de creencias se retroalimentan, consiguiendo que el individuo cada vez las materialice más en su vida (Sperry y Mossak, 1996). Reconocerlas y confrontarlas sustituyéndolas por otras más adaptativas será una tarea primordial.

En cuanto a la agresividad e impulsividad sabemos que, por lo común, las personas que poseen problemas con las drogas son impulsivas, manipuladoras, que tergiversan la comunicación, que puntúan alto en los cuestionarios de búsqueda de sensaciones y, por consiguiente, su tratamiento pasa por imponer límites muy claros y establecer un marco de referencia con las menores fisuras posibles. La intervención conlleva estructurar el tiempo de ocio y aprender a prever y organizarse en todas las áreas; en definitiva, darles una contención de la que carecen. Por el contrario, los adictos con alta dependencia emocional tienden a reprimir la agresividad, puesto que es un factor que podría amenazar sus relaciones de pareja y es probable que asuman respuestas pasivas en oposición a respuestas asertivas. Al no dar expresión a los sentimientos pueden presentar una tendencia a somatizar de diferentes formas. Por todo ello será conveniente dar a conocer y favorecer la asertividad como una habilidad fundamental, con importantes beneficios tanto para ellos como para sus relaciones.

Para terminar, queremos señalar que tradicionalmente se ha visto como dependiente emocional solamente a quien adopta un rol de sumiso; sin embargo y en buena lógica, también las personas excesivamente dominantes están expresando así su dependencia, ya que no pueden vivir sin que alguien se «enganche» a ellas: ambos se necesitan. Se trata de un modo particular de relación en el cual una persona depende de otra que a su vez es dependiente. Ambos dependen del otro. Es posible observar esta conducta co-dependiente entre por ejemplo esposas e hijos de alcohólicos u otros drogadictos (Andreas y Andreas, 2003).

# Capítulo 12

## Género y adicción

### 12.1. Introducción

Históricamente, la visión social de la mujer ha sido siempre la de una persona menos capacitada para afrontar el dolor, lo cual ha servido de excusa para justificar que recurra con mayor frecuencia a la medicación.

Sin ir demasiado lejos, en pleno siglo XIX, en Estados Unidos, la cocaína, los opiáceos y el cannabis fueron prescritos para tratar dolencias relacionadas con problemas ginecológicos y combatir la «neurastenia», una dolencia relacionada con el agotamiento del sistema nervioso (Kandall, 1998). A partir de 1950 se prescriben tranquilizantes para ayudar al ama de casa a mantenerse estable y a las mujeres más jóvenes a enfrentarse con sus actividades diarias.

En España, la problemática asociada al consumo de drogas se inicia en las primeras décadas del siglo XX, especialmente debido al uso de cocaína entre las prostitutas y el uso de morfina entre las mujeres de clase alta (Usó y Arnal, 1994). Pero no será hasta finales de los 60 cuando tímidamente se empiece a reconocer el problema y cómo afrontar las adicciones en mujeres (Cruz y Herrera, 2001). Una década después, a partir de los años 70, comienza a producirse un cambio significativo en el manejo de estas sustancias, reduciéndose su uso terapéutico a favor de otra forma de uso más lúdico (Meneses y Falcón, 2002). Durante los años 70 y 80, los estudios internacionales empezaron a evidenciar las consecuencias de su utilización durante el embarazo y la maternidad; pero el consumo de drogas en las mujeres seguía siendo una forma desviada de la feminidad «normal» y lo explicaban, en el mejor de los casos, como una compensación de las deficiencias físicas o mentales, y en el peor de los casos, como mera enfermedad (Rosembaum, 1981). La inclusión de la perspectiva de género comenzó a cobrar importancia en los años 90 del siglo XX. Se comprende fácilmente que supusiera un cambio profundo que afectó a la manera de concebir el tratamiento de las drogodependencias en la práctica diaria.

Un primer error muy habitual es detenerse tan solo en las diferencias biológicas e insinuar que lo «anatómico determina el destino».

Además, otro problema que se arrastraba a la hora de hacer frente a los problemas que supone el consumo de drogas era considerar a la población como un conjunto homogéneo, cuando en realidad un 15 por 100 de las personas atendidas son mujeres, según reflejan las encuestas año tras año (PNsD, 2013). Teniendo en cuenta estas complicaciones, no es de extrañar que los informes de las últimas décadas, la guía *Drogas y Género* (2009) entre ellos, insistan en recalcar puntos como los siguientes: *a)* no se le presta la debida atención a los consumos femeninos; *b)* se somete a las mujeres con problemas con las drogas a un mayor nivel de rechazo o sanción social; y *c)* no se percibe que las consecuencias o problemas que se derivan de los consumos sean diferentes en hombres y mujeres.

*El Observatorio 2013 sobre el perfil de las personas con problemas de adicción en tratamiento*, concluye que las mujeres dependen en mayor medida de su red primaria de apoyo en lo referente al soporte económico. Y actualmente, las mujeres que

acceden a tratamiento lo hacen, en mayor medida, por problemas de alcohol, frente a los hombres, que solicitan el tratamiento por problemas con la cocaína. Asimismo se inician más tarde que los hombres en el mismo.

De esta manera, la «perspectiva de género» en salud amplió considerablemente nuestras miras (Romo, 2013). Al señalar todo esto solo intentamos dar una puntada al desgarrón. Queda claro que cuando se habla de drogas es importante incorporar la perspectiva de género, que define y analiza las medidas a la hora de hacer frente a las desigualdades.

## **12.2. La drogodependencia desde la perspectiva de género**

Entender las drogodependencias desde una perspectiva de género supone asumir los factores físicos, psicológicos y sociales que condicionan y motivan el consumo de drogas. Pero, a la hora del tratamiento, también se hace imprescindible conocer los distintos patrones de uso y sus desiguales efectos; asimismo, y sin vacilación alguna, es necesario mitigar e incluso eliminar las desigualdades que existen a la hora de acceder a los dispositivos de prevención y asistencia en adicciones. En cualquier caso, diferentes motivos son los que llevan a una mujer a consumir psicofármacos, como por ejemplo la necesidad de huir de los problemas familiares o el estrés provocados por la doble jornada laboral (trabajar fuera y dentro de casa). Otras razones para consumir psicofármacos son la angustia, el nerviosismo y el insomnio (De la Cruz, Fariñas, García y González, 2001).

Hasta el momento, está ampliamente documentado que la gravedad de los problemas de adicción es superior entre las mujeres y que el impacto familiar y social de las adicciones femeninas es superior al de las masculinas. Asimismo, las mujeres tienen dificultades añadidas para incorporarse al tratamiento de las adicciones y abandonar el consumo de drogas (Blake, Amaro, Schwartz y Flinchbaugh, 2001).

Conviene apuntar que otros trabajos extraen parecidas conclusiones. En primer lugar, el consumo de psicofármacos para la mujer es una forma de afrontar el trabajo doméstico y su jornada laboral; en segundo lugar, constituye un modo de afrontar problemas que conllevan insatisfacción personal y pérdida de confianza en sí mismas (EDIS, 2000). Actualmente, las mujeres recurren en mayor porcentaje que los hombres a los hipnosedantes.

TABLA 18.—Consumo de varones y mujeres en los últimos 12 meses

Sustancia	Varones	Mujeres
Alcohol	83,2%	69,9%
Tabaco	44,2%	36,0%
Hipnosedantes	7,6%	15,3%
Cannabis	13,6%	5,5%
Cocaína	3,6%	0,9%
Éxtasis	1,0%	0,4%
Anfetaminas	0,9%	0,3%
Alucinógenos	0,6%	0,2%
Inhaladores volátiles	0,1%	0,1%
Heroína	0,2%	0,0%

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas (2011) Plan Nacional sobre Drogas.

Las mujeres utilizan el alcohol ante situaciones de estrés y emociones negativas, y sus recaídas están asociadas mayormente a problemas interpersonales. Además, las mujeres informan de mayor angustia subjetiva antes y después de los consumos. Sin cambiar de escenario, los hombres son más propensos a consumir alcohol para incrementar las emociones positivas o ajustarse a un grupo. En ellos las recaídas se asocian a experiencias positivas y, después de los consumos informan de mayor sintomatología depresiva (Fernández, 2013). Como advertíamos, hay una visión negativa del consumo de cualquier sustancia que toman las mujeres, siendo quizá menos grave la percepción diferencial en el caso del tabaco y los psicofármacos (De la Cruz, Fariñas, García y González, 2001). Ahora bien, es importante señalar que en las últimas décadas, entre la población joven, los porcentajes de chicas que consumen drogas legales son superiores a los de chicos (PNsD, 2012).

### 12.3. Impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres

#### *Área social*

Recientemente se vuelve a insistir, como una cuestión que urge plantear, en que consumir drogas no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es

valorado del mismo modo por los demás. Para ejemplificar lo que decimos, tomamos en este caso el Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer (2009) como podíamos haber tomado otros informes de este tipo. Es notoria la divergencia de posiciones que en él encontramos. 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. Esta visión se sitúa en las antípodas de la realidad, por este motivo es posible que las mujeres con adicción a las drogas soporten un mayor grado de reproche social y tengan menor apoyo familiar; además, podría explicar porqué muchas mujeres optan por ocultar el problema y no pedir ayuda alguna.

Como se puede advertir, la mujer tiene más miedo que el hombre a ser estigmatizada como adicta y sufrir el rechazo de su pareja, familia y entorno próximo. Y a la postre, afirmamos con vehemencia que las consecuencias negativas de esta vivencia pueden ser muy diversas: desvaloración personal, tensiones y conflictos familiares, cuando no violencia doméstica, lo que provoca —como si se tratara de un cortocircuito— su instantáneo aislamiento social.

La premisa es que el uso de drogas ilegales es visto por la sociedad con mayor desviación en la mujer que en el hombre (Inciardi, Lockwoos y Pottieger, 1993), lo cual, en esta encrucijada podemos pensar que, representa una de las causas de su escasa participación social, incluso puede llegar a condenarla a una soledad no deseada. Según nuestra propia experiencia, la evidencia nos muestra que las mujeres cuentan con menor apoyo familiar y social para enfrentar los problemas y, por consiguiente, disponen de menos recursos, en especial cuando tienen hijos menores (Pérez del Río, 2011). En estas condiciones, bloqueadas muchas de sus posibilidades de escapar de su penosa situación, se suele dar un proceso imitativo de las conductas masculinas de consumo como forma de escenificación: es decir, la mujer imita algunas conductas y características de los varones para poder adaptarse al medio.

La mujer, merced al distanciamiento que se va produciendo respecto a «una vida normalizada», cada vez se encuentra con menos espacios de realización personal y, en consecuencia, con menos oportunidades de superar sus problemas.

### *Área de salud*

Según el Plan Nacional sobre Drogas (2011), el inicio del consumo de drogas en las mujeres es generalmente más tardío y más reducido que en los hombres; sin embargo, los trastornos físicos derivados del consumo son más frecuentes y graves y conllevan un mayor riesgo de sufrir enfermedades asociadas a dicho consumo. Las consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva son severas, produciéndose alteraciones en el curso del embarazo, reducción de la fertilidad, transmisión de enfermedades infecciosas, aparición de ciclos menstruales irregulares y abortos espontáneos.

En todo caso, existen diferencias en la respuesta de varones y mujeres respecto al consumo de drogas; la investigación sugiere abiertamente que existe una mayor vulnerabilidad femenina. Aunque tampoco podemos perder de vista que la alteración de la salud como efecto del abuso de sustancias depende no solo de las consecuencias

directas de las mismas, sino también del estado previo del organismo sobre el que actúa en las tres dimensiones fundamentales de la salud: biológica, psicológica y social (Instituto de la Mujer, 2003).

### *La Salud Mental*

Basándonos en nuestros anteriores trabajos, podemos concluir que la mujer drogodependiente suele presentar una mayor tendencia a la depresión, baja autoestima, sentimientos de ineficacia, culpabilidad y dependencia emocional de la pareja (Pérez del Río, Lara y González, 2010). En su historia personal con frecuencia aparecen vivencias de maltrato, mayor prevalencia de trastornos duales y presencia de trastornos alimentarios. Una reciente revisión de trabajos sobre abuso sexual durante la infancia (Pérez del Río y Mestre, 2013) encontró evidencias de una mayor ocurrencia de abuso sexual entre mujeres que entre hombres y, a su vez, se confirmó una mayor frecuencia entre mujeres con problemas de adicción que entre mujeres que no presentaban tal problemática.

A nadie se le escapa que pueda darse la presencia inicial de un trastorno psiquiátrico, y que el paciente, en consecuencia, use las sustancias como forma de aliviar los síntomas de dicho trastorno lo que se ha denominado como la teoría de la automedicación; o puede, también, darse el consumo de drogas como situación primaria, y la aparición de uno o varios trastornos psiquiátricos sean consecuencia de un consumo previo. Así, como que pueda suceder, que ambos trastornos se den juntos en el tiempo sin ningún tipo de implicación causal (Pérez del Río, 2011). Un estudio norteamericano (Kessler, Berglund, Demler, Jin *et al.*, 2005) concluye que la prevalencia de patología dual en mujeres adictas se sitúa entre el 57,9 y el 71 por 100, llegando al 72,4 por 100 entre las que abusan del alcohol y al 86 por 100 entre las dependientes a dicha sustancia. Este estudio concluyó que los trastornos de ansiedad y de estado de ánimo eran los más frecuentes en las mujeres. En teoría, podemos pensar que a las mujeres adictas les cuesta valorarse porque han asumido una cultura que rechaza y castiga más duramente la transgresión que supone el consumo.

### *Área familiar*

Ha llegado el momento de explicar un tema esencial, el cual no es otro que los factores de riesgo, factores que son claramente distintos en hombres y en mujeres (Wright, 2001). Recientes estudios en España muestran que los factores precipitantes del uso abusivo de alcohol, tabaco y tranquilizantes en población femenina son el consumo de alcohol y drogas en el entorno familiar.

En relación con las características y dinámica de la familia de origen, podemos subrayar algunos trabajos destacados. Como el estudio de Eldred y Washington (1976), que señalan que, al inicio del consumo, el 73 por 100 de los varones viven con los padres, frente a un 42 por 100 de las mujeres; al iniciar el tratamiento, el 57 por 100 de los varones viven con los padres, mientras que solo el 33 por 100 de las mujeres lo hacen. Según Rodríguez (2001), las mujeres drogodependientes abandonan su casa paterna a una edad más temprana y, aun viviendo todavía en ella, manifiestan un mayor nivel de autonomía. La familia no suele enterarse nunca del problema por la propia persona consumidora, sino a consecuencia de situaciones

límite o hechos fortuitos. En algunas ocasiones, incluso mostrando la drogodependiente síntomas claros de deterioro como pérdida de peso o cambios notorios en sus hábitos de higiene y alimentación, no se producía hasta muy tarde la detección del problema y posterior petición de ayuda por parte de los padres. No nos es posible reproducir aquí detalladamente todos los matices, pero con demasiada frecuencia la madre de la mujer adicta suele vivir el consumo como una transgresión que afecta a su rol materno, como un fracaso en la crianza y educación de su hija. Por otro lado, la relación con el padre suele estar marcada por la ambivalencia. Es fácil argumentar la definición de «padre periférico». Desde el modelo de la psicología familiar estructural, un tipo de funcionamiento familiar típico es el caracterizado por la sobre implicación de uno de los progenitores de la persona adicta y el papel periférico del otro progenitor.

De este modo, la intervención terapéutica debe centrarse en fortalecer la estructura familiar; en concreto, en establecer una jerarquía generacional adecuada con límites claros.

En relación con las diferencias entre varones y mujeres drogodependientes, nos encontramos con los siguientes aspectos diferenciales.

Tratándose del varón drogodependiente, la madre suele hacerse cargo de forma más clara de la problemática del hijo, incluso puede llegar a asumir como suyas la responsabilidad y consecuencias de su consumo; en tal caso decimos que la tendencia es centrípeta. Según la RAE: *Centrípeto*, ta. (Del lat. cient. *centripetus*). 1. adj. Mec. *Que se mueve hacia el centro o atrae hacia él*. Traducido a términos psicológicos, quiere decir que se tiende a dar respuesta al problema en el propio seno de la familia; por consiguiente, se observa un mayor grado de cohesión alrededor del hijo adicto y se invierten elevados recursos afectivos e incluso económicos con el fin de lograr su positiva recuperación.

Con la mujer drogodependiente las formas casi se sitúan en el lado opuesto; en este caso la madre muestra más dificultades para conocer o percibir el consumo de la hija, y vemos que existe una tendencia mayor a provocar la salida del entorno familiar de la mujer o a que esta se autoexcluya. Decimos que la tendencia en este caso es centrífuga. *Centrífugo*, ga. (Del lat. cient. *centrifugus*). 1. adj. Fís. *Que se aleja del centro o tiende a alejar de él*. Sentado lo anterior, esta situación se caracteriza por la presencia de conductas evitativas con relación a la drogodependencia de la mujer, y en este caso la atención a la enferma suele delegarse en una sola persona que controla la evolución de la enfermedad.

Sin cambiar de escenario, un factor que suele estar siempre presente es la presencia de historias de adicción en la familia. Tanto en mujeres como en varones, lo más lógico es pensar que existe una fuerte correlación entre sufrir un problema de adicción y tener un padre o madre consumidores de drogas, y ciertamente es así, lo que nos sitúa desde el inicio en familias donde los hijos presentan un distanciamiento emocional de los padres y débiles vínculos afectivos entre unos y otros. En la práctica es complejo desentrañar las identificaciones del paciente con sus padres consumidores para que el paciente no repita las mismas pautas disfuncionales que durante muchos años aprendió en el seno familiar.

No son infrecuentes, pues, familias desintegradas que han roto sus lazos o

protagonizan casos de violencia familiar y de género.

### *Características y dinámica de la relación de pareja*

No puede negarse que en las parejas encontramos conflictos de todo tipo; ahora bien, lo que llama la atención es la sensación de sobreexigencia o sobrecarga física y emocional respecto a la mujer derivada del trabajo dentro y fuera del hogar.

La mujer drogodependiente en general busca otro consumidor como pareja, y aquí es notoria la divergencia entre posiciones masculinas y femeninas, pues el varón establece relaciones con personas claramente no consumidoras. Como ya hemos indicado, el hecho de que ellas busquen parejas consumidoras es quizá uno de los problemas más complicados a la hora de encarar su tratamiento y posterior reinserción, pues siempre es más difícil y encorsetado el tratamiento cuando se tiene una pareja que también consume. Es cosa sabida que las mujeres drogodependientes suelen comenzar su consumo abusivo de drogas durante la relación de pareja con un hombre consumidor, y también es habitual que las rupturas de relaciones supongan el comienzo en el consumo de las mujeres o lo incrementen (Castaño, 2012).

De hecho, estudios exploratorios indican que el 68 por 100 de las mujeres mantienen relaciones con una pareja consumidora frente al 16 por 100 de los varones (Barreda y López, 2005). Resultados muy similares obtuvieron Mosteiro y Rodríguez (2005).

Una de las razones que más se ha expuesto sobre este hecho es que posiblemente las mujeres busquen protección, pero, sobre todo, la razón más esbozada es que no se valoran a sí mismas lo suficiente como para buscar otro tipo 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 (Bowen, 1991) es que la necesidad de pertenencia en las mujeres sea mayor que la necesidad de individuación, con lo cual tienden con más probabilidad que los hombres a mantener relaciones de pareja, incluso aunque estas sean poco gratificantes. Como si fuera un *continuum* en todas las encuestas, ellas manifiestan insatisfacción con las relaciones afectivas y sexuales.

Cuando se trabaja en terapia es frecuente ver que estas necesidades suelen estar relacionadas con las vivencias y valores transmitidos en la familia de origen de la mujer drogodependiente. Autores como Stanton y Todd (1985) han afirmado que la drogodependencia sería una pseudo-individuación de la familia de origen, y el establecimiento de la relación de pareja, un intento «fallido» de separación de su familia. Se admite en general que, para mantener la relación de pareja, la mujer tiende con más frecuencia a sacrificar aspectos personales de su propia vida relacionados con sus posibilidades de autonomía y a atribuir las dificultades de la relación a factores internos —«no funciona por mi torpeza»—, por lo que suele aumentar el sentimiento de culpa y la dependencia a la relación.

En esta primera aproximación vemos que toda pareja constituye un sistema único con sus propias creencias, valores y mitos que son la combinación de las creencias y valores individuales que cada cónyuge ha aprendido en su familia de origen. Con todo, dichos perfiles de conducta son dinámicos y por tanto «por fortuna», pueden ser

modificados.

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

1. *Salvador-salvado*: él no es drogodependiente y ella sí padece el problema, él tiene la necesidad de salvarla y ella de ser salvada. Cada uno de los dos asigna al otro el rol que piensa que necesita. Por consiguiente, se establece un contrato implícito en la pareja de deudas y agradecimientos en los que la mujer en ocasiones se somete a situaciones insostenibles para pagar la deuda contraída con la persona que le permitió cambiar su vida.

2. *Cuidador-cuidado*: Si ambos miembros de la pareja son drogodependientes. La mujer suele ejercer el papel de cuidar al hombre y este de ser cuidado por ella.

En ambas situaciones, el equilibrio emotivo de la pareja oscila entre el polo de la fusión y la diferenciación. Es decir, cuando la cercanía afectiva es percibida como excesiva o amenazadora el consumo actúa como regulador, distanciando a la pareja hasta que de nuevo se produce un acercamiento. De modo que, independientemente del rol que se desempeñe, la sustancia cumple la función de ser el regulador afectivo de la cercanía-lejanía de la pareja.

Así pues, y en buena lógica, los hijos de personas drogodependientes son considerados como un grupo de riesgo. En muchas ocasiones deben afrontar la crianza de los hijos ellas solas, con nuevas dificultades y en situaciones precarias. Bajo esta presión, como es previsible, pueden producirse períodos de abandono en función de si se encuentran en fases de abstinencia o consumo activo y delegan con demasiada frecuencia el cuidado a sus familias de origen.

#### **12.4. Perfiles de mujeres adictas**

Nuestra investigación quizá haya arrojado alguna luz sobre el asunto que nos ocupa, pero de lo que no cabe duda es de que la identificación de diferentes perfiles de mujeres consumidoras facilita la comprensión, el análisis y posterior diseño de estrategias preventivas y de tratamiento. A continuación exponemos una tipología.

Mujeres jóvenes experimentadoras o con abuso de sustancias psicoactivas.

Se integran en este grupo las mujeres jóvenes de 16 a 25 años cuyas pautas de consumo se aproximan cada vez más a las de los varones. Consumen para divertirse en los tiempos de ocio. No tienen conciencia de su problema y piensan que si se lo propusieran, ellas mismas abandonarían el consumo. No suelen acceder a los centros de atención específicos y es más frecuente que sean familiares quienes acudan 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, consumidoras de alcohol u otras sustancias psicoactivas a las que pueden ir asociadas conductas adictivas como el juego patológico. Se trataría, tal como lo denomina Bogani (1982), de consumidoras «clandestinas», ya sean amas de casa o mujeres con autonomía profesional. El consumo se da de forma individual o en círculos muy restringidos y aislados de su entorno habitual; pueden conseguir cierto autocontrol para poder

mantener una eficacia básica en las tareas de casa y en el trabajo, y así conservar el silenciamiento. Raramente llegan a los centros de tratamiento, salvo que exista una situación crítica. Es más factible que quien acuda a los centros de atención sea un familiar para solicitar información.

Mujeres con signos manifiestos de adicción. Se trata de mujeres entre 40 y 50 años, que accedieron a las drogas fundamentalmente a través de la pareja. Son poli-consumidoras y que, mayoritariamente, acuden solas al tratamiento, indicando que no quieren que la familia sea conocedora del problema, o con bajo apoyo familiar.

## 12.5. En cuanto a los programas residenciales de tratamiento

Las primeras Comunidades Terapéuticas semidirectivas democráticas para el tratamiento de las adicciones se diseñaron y tuvieron su arranque en el continente europeo. En su origen eran «medio-sanatorios», ya que estaban ubicados en espacios hospitalarios (Pérez del Río, 2010). Según el psiquiatra francés Rogues de Fursac en su *Manual de Psiquiatría* de 1921,

el asilo de alcohólicos (o asilo de bebedores) propiamente dicho, debe ser un establecimiento de tratamiento y redención moral. Recibirá todos los sujetos susceptibles de enmienda. [...] El medio más eficaz es meterlos en las sociedades de abstinencia, donde encuentran ayuda, protección, vigilancia y vida social.

Fursac, entre otras cosas médico jefe de los asilos del Sena, expone en 1921 cómo las medidas preconizadas por la Comisión sueca *La lutte antialcoolique dans les Pays scandinaves* (acción directa e individual sobre el bebedor), tuvieron una influencia importante y, por otro lado, destaca la importancia de ubicar en establecimientos especiales a los reincidentes e incorregibles; disponerlos en lugares donde pudieran realizar diferentes tareas, por ejemplo, agrícolas, de tal modo que su manutención no ocasionara demasiado gasto a la sociedad. Pero en relación con este último punto, subraya a modo de conclusión satisfactoria que estas experiencias de asilos para bebedores ya estaban realizándose concretamente en Alemania desde hace años, al parecer con buenos resultados.

Los clínicos alemanes del siglo XIX iban tanteando diferentes formas de actuar, y algunos observaron la importancia de implantar un cuidado especial para gente muy deteriorada. Todo esto fue desembocando en la particular propuesta del neurólogo y psicoanalista alemán Ernst Simmel en los años 20 del siglo XX. Este clínico creó un modelo terapéutico en Tegel (Berlín), donde el personal informaba de los actos de los pacientes adictos (Pérez del Río y Martín, 2007).

Para Simmel (*Psychoanalytic treatment in a sanatorium*, 1929), se trataba esencialmente de reunir toda la información y los distintos aspectos de la transferencia que él pudiera interpretar sin limitación. Paralelamente, se restringía expresamente la vida pulsional de los pacientes, es decir, nada de relaciones sexuales, prohibición de consumir alcohol, dietas estrictas y otras limitaciones análogas. Cabe mencionar que, en sus inicios, este tipo de tratamiento estaba especialmente dirigido a pacientes toxicómanos (Álvarez, Esteban y Sauvagnat, 2004).

Dejando a un lado los debates, muchos consideramos a Simmel el fundador y creador de las comunidades terapéuticas.

Podemos destacar también otras aportaciones e ideas sobre el tratamiento para

adictos (Simmel, 1937) un sistema que el autor calificó en su día de metapsicología: *a)* en primer lugar, se precisa tratar al paciente *in situ*, conviviendo en la estructura diseñada para tal efecto; *b)* el personal trabaja en equipo, concibiendo propuestas y elaborando conjuntamente los planes individualizados; de este modo, todo el equipo conocía los objetivos y desarrollo de cada paciente; *c)* su estructura y forma de trabajar confiaba en los recursos de las personas, en su fuerza, en que ellos fueran realizando un trabajo en interacción: un trabajo interpersonal. Como consecuencia, el Centro se constituye como lugar de entrenamiento donde los pacientes van regulando su conducta y donde se van encontrando salidas aceptables a sus tendencias; *d)* se trabajaba el contexto familiar y los roles familiares si el caso lo precisaba; *e)* se trata de un sistema donde —ya en los años 20— se abordó el objetivo de que los terapeutas expertos formasen a los nuevos. Exactamente tal y como se hace hoy día. Sin duda, lo puesto en práctica por Simmel nos recuerda a lo que hacemos actualmente; cierto es también que otras cuestiones como, por ejemplo, el importante concepto de autoayuda entre los pacientes, no fueron explicitadas por Simmel en sus textos. Pero, como veremos, no fue hasta mucho después cuando se empezó a poner verdadero interés en el tratamiento de las mujeres.

Históricamente, el porcentaje de mujeres que demanda tratamiento es mucho menor que el de hombres: «solo el 20 por 100 de los residentes en las Comunidades Terapéuticas (CT) son mujeres» (Noels y Wydoodt, 1996). Es un hecho conocido que en los centros hay un porcentaje mayor de hombres; según estima el Plan Nacional sobre Drogas (PNsD), en España es de aproximadamente un 85 por 100, frente al 15 por 100 de mujeres. Lo mismo ocurriría en el resto Europa, según el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2011).

La Comunidad —procedimiento hegemónico para el tratamiento de las adicciones— es un espacio singular que se creó originariamente para dar respuesta a los problemas de personas con problemas de dependencia. Pero el hecho fue que la mayoría de las personas con problemas de adicción eran hombres, y esto tuvo como consecuencia que las comunidades fueran diseñadas inicialmente para ellos, ajustándose al rol masculino, a sus necesidades. La mujer adicta era un caso más circunstancial, aunque las diferencias entre una y otros son muchas e importantes (véase tabla 19).

Tras dejar atrás los años 80 e inicios de los 90, período en que claramente el objetivo fue paliar los efectos de la epidemia de heroína, los tratamientos fueron mejorando y se empezaron a dar condiciones más adecuadas para las mujeres. Los centros empezaron a tener una menor carga asistencial y, por otro lado, se dio una mejora económica que ofrecía la suficiente libertad en forma «de tiempo» como para poder evaluar mejor y adaptar los tratamientos a las diferentes necesidades.

A todas luces, la historia de los tratamientos ha sido una historia masculinizada y es algo que se ha mantenido así por el simple hecho de que las personas que solicitan tratamiento son varones (Llopis y Rebullido, 2006). En el año 2006, en una pequeña muestra de adictas en tratamiento, volvieron a encontrar el mismo perfil de mujeres que en el año 1988: presentaban similares problemáticas y arrastraban las mismas necesidades. Por todo lo dicho, creemos que es un tema todavía no resultado definitivamente.

## HOJA DE TRABAJO

### VIH-SIDA: ¿QUÉ COMPORTAMIENTO PRESENTA RIESGO?

Señala el grado de riesgo de contraer el VIH que tienen los comportamientos que se describen a continuación:

	SIN riesgo	POCO riesgo	GRAN riesgo
1. Compartir ropa con una persona seropositiva.			
2. Compartir duchas, lavabos o váteres.			
3. Usar siempre el condón durante cualquier tipo de relaciones coitales.			
4. Relaciones coitales en una relación mutuamente monógama con una persona no infectada.			
5. Dar la mano o abrazarse con una persona infectada.			
6. Usar drogas que inhiben el discernimiento sobre los asuntos sexuales (incluido el alcohol).			
7. Relaciones coitales sin usar condón.			
8. Compartir agujas para inyectarse drogas o para otros fines.			
9. Cualquier comportamiento donde NO hay contacto de sangre, semen o secreciones vaginales de una persona infectada con sangre de una persona sana.			
10. Acariciarse o masturbarse mutuamente.			
11. Besos con lengua en la boca.			
12. Compartir vaso o cubiertos con una persona seropositiva.			
13. Sexo oral (contactos boca-genitales).			
14. Donar sangre.			

Según la doctora Martens, directora de una Comunidad Terapéutica en Spiegel, Bélgica,

podemos definir los dos extremos; el estilo de las «machas»: rechazadoras frente al estilo de las

«felpudo» aceptadoras, donde las machas aparentan ser muy fuertes, y capaces de vivir por su cuenta, aunque en verdad solo son duras y tienen miedo a la intimidad. Las «felpudo» no pueden vivir por su cuenta y harían cualquier cosa para no estar solas; parecen carecer de autoestima. Sus estrategias frecuentes son: coquetear con todos los hombres o elegir un «chulo» que las proteja de los demás hombres.

Durante la década de los 90 y en los albores del siglo XXI se expuso la necesidad de crear programas específicos para mujeres y poco a poco se fue evidenciando la importancia de implantar intervenciones que tengan en cuenta las diferencias de género.

Uno de los debates suscitados entre especialistas es la conveniencia o no de separar las mujeres de los hombres en las Comunidades Terapéuticas. Según Stocco (2007), ex director de la Comunidad Terapéutica «Villa Renata» en Venecia (Italia),

se aconseja la organización de Comunidades Terapéuticas «mixtas» que sepan favorecer una mayor conciencia sobre la propia identidad y sexualidad, favoreciendo así una elaboración grupal de la feminidad y de las diferencias de género [...]. Se trata de incrementar el número de servicios que tengan en cuenta las diferencias de género, promoviendo intervenciones que permitan acrecentar la independencia afectiva, la capacidad de tomar decisiones y expresar las propias opiniones.

A medida que progresamos en nuestra labor y se ahondan nuestros conocimientos, vamos encontrando cierto consenso y nuevos estudios que nos aportan luz. Hay investigaciones que reflejan que durante el transcurso del tratamiento las usuarias están satisfechas y piensan que ser mujer no es impedimento ninguno durante el tratamiento: «el nivel de satisfacción de las mujeres con el tratamiento que están recibiendo era de 86 por 100» (Arañes, Benavente *et al.*, 2005). Otros trabajos afinan más en sus observaciones: las mujeres residentes en la Comunidad Terapéutica son personas más observadas y más señaladas por los hombres y por ellas mismas cuando se saltan las normas, perpetran pequeñas transgresiones y sus comportamientos son inadecuados o erróneos. Y en todo caso, también son ellas las que más ejercicios realizan para cambiar estas actitudes y comportamientos. Por tanto, padecen más presión por sus conductas, siendo asimismo más activas, implicadas y comprometidas con su propio proceso de cambio (Aljama, 2006).

Al ser un tema complejo, no es extraño que en cada centro se trabaje de diferente manera. Hay Comunidades donde, después de tener como pacientes solo a una o dos mujeres, tomaron la decisión de tratar únicamente a hombres, ya que tratar a una o dos mujeres rodeadas de 20 o 30 hombres conllevaba serias dificultades. Aunque esto, en realidad, representa una excepción, puesto que la mayoría de Comunidades, tras realizar los ajustes necesarios, integran a las mujeres.

También hemos encontrado entidades asistenciales de drogodependientes que por su propia historia han tenido los dos tipos de tratamiento, es decir, han tenido Comunidades Terapéuticas solo para mujeres y posteriormente Comunidades mixtas. Tras haber atesorado ambas experiencias aconsejan el tratamiento conjunto, mixto, de hombres con mujeres, pero separados en zonas de la casa bien diferenciadas.

Con el paso del tiempo, lo que sí es común en todas las Comunidades es el haber desarrollando programas específicos para mujeres, talleres especiales, grupos delimitados especialmente para ellas. La razón principal es establecer un diseño que permita a las mujeres entender el tipo de relaciones afectivas que establecen y aprender a regular tales pautas de manera positiva.

Otra variante son las Comunidades para mujeres con carga familiar, mujeres que tienen hijos de entre uno a cinco años aproximadamente, o embarazadas. En general, los tratamientos para mujeres con hijos son muy escasos. Algunas de estas Comunidades —conjugadas oportunamente por equipos mixtos—, tienen como objetivo tratar a las mujeres mientras estas conviven con sus hijos. El objetivo principal es que las madres se responsabilicen de su situación. Suelen ser programas más cortos en el tiempo, de seis a nueve meses de duración, y de menor exigencia, pues presentan menos intensidad en el tratamiento y menos peticiones de cambio. En estos programas, los instrumentos se aplican de formas diferentes: las diferentes peticiones educativas, por ejemplo, no se hacen en presencia de sus hijos. Se imparten seminarios donde se enseña a jugar con los niños y a iniciar a la madre en la estimulación de su hijo. Sin duda la maternidad es un buen momento para tratar los conflictos de otra manera.

## **12.6. El trabajo específico con mujeres**

Un intento especialmente enérgico en esta dirección son los nuevos programas para mujeres. A primera vista, las mujeres tienen más problemas para realizar un proceso y en muchas ocasiones dependen más de la decisión de su pareja. Un dato llamativo que invita a reflexionar es que «el 29 por 100 de las mujeres adictas que no recibían tratamiento decían que su pareja no se lo permitía» (Llopis y cols., 2002).

En este sentido, Stocco (2007) nos hace unas sugerencias a la hora de trabajar con mujeres drogodependientes. Es importante, dice, trabajar la identidad femenina, informar sobre la sexualidad, la maternidad, la fertilidad y la elaboración de la vivencia de fracaso social, así como trabajar los prejuicios sociales y tratar la violencia de género, entrenamientos estos que aumenten la capacidad de tomar decisiones y de expresar las propias opiniones. Se intenta pues favorecer el inicio de cualquier actividad que suponga la independencia afectiva de la mujer sin asumir actitudes pasivas.

Se trata, en suma, de dotar de estrategias a las mujeres, de fomentar su autonomía, puesto que se entiende que las mujeres todavía no están preparadas para mantener una relación equilibrada. Un objetivo es la adaptación a la propia Comunidad Terapéutica. En esos grupos se trabaja *in situ* las diferentes problemáticas. Grupos donde en un primer momento se puedan identificar tranquilamente las mujeres, donde se puedan sanear sus conflictos y aprendan a protegerse unas a otras. En estos grupos se podrá trabajar sin distractores y se trabaja por ejemplo las seducciones y juegos con los hombres, y de qué forma afecta a la mujer, ¿para qué lo hace?; un espacio donde se puedan interiorizar otro tipo de relaciones, puesto que, como ya se ha señalado, uno de los problemas de las mujeres es la falta de identificación en grupos psico-educativos, mayoritariamente masculinos.

En las Comunidades no se permite tener pareja, y bien conocemos las razones. Cuando esto ocurre, casi instantáneamente dichas parejas se aíslan del grupo, dejan de hacer proceso terapéutico y se desvinculan del entorno para terminar abandonando el tratamiento antes de que finalice satisfactoriamente. Las relaciones sexuales intra-centro son un grave problema, un quebradero de cabeza para la Comunidad y los terapeutas. Este tipo de problemáticas puede ser trabajado más fácilmente en este tipo

de grupos puesto que les ofrece mayor tranquilidad para poder centrarse en ellas mismas. Y en ellos es donde podemos detectar cuál es su mayor problema: las drogas, el maltrato, etc.

Dependiendo del centro, se trabaja más o menos con las mujeres. Hay Comunidades Terapéuticas donde se realizan seminarios, periódicos «magazines» femeninos; en otras comunidades, por ejemplo, una vez al mes se organiza el día de las mujeres y se juntan todas en una especie de convivencia. En algunas Comunidades Terapéuticas suele haber instaurada la figura de una mujer que se conoce como «hermana mayor» o «madrina», alguien que lleva más tiempo en el centro y ayuda a la nueva ingresada en su proceso de adaptación. En resumidas cuentas, la mayoría de las acciones son grupos de ayuda mutua dedicados a las mujeres donde se hace una lectura fina de las interacciones de las personas.

## **12.7. Casuística**

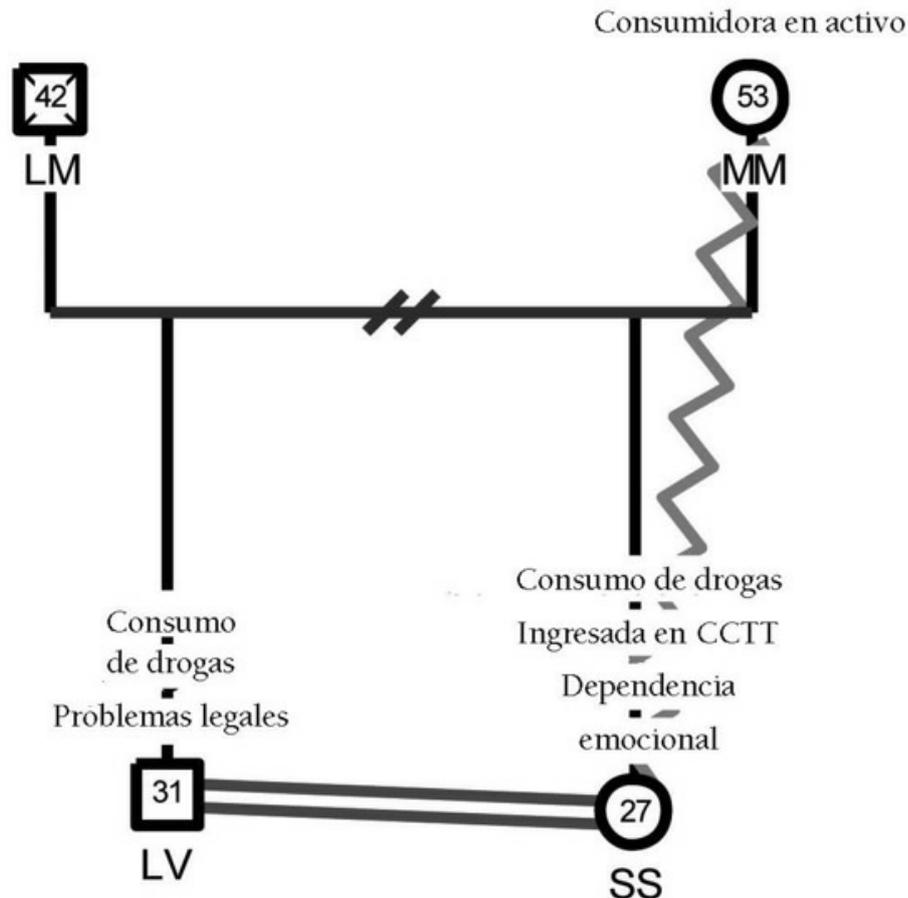
### *Caso «Soledad»*

#### *a) Descripción del caso*

*Se trata de una mujer de 27 años. Procede de una familia de clase social baja y desestructurada. El padre de la paciente muere cuando esta tiene 13 años, su madre toxicómana abandona el domicilio familiar cuando ella tiene 9 años y vuelve a tener relación con ella una vez que su padre ha fallecido; por otra parte, el hermano ha pasado largas temporadas en prisión. Soledad vive con sus abuelos paternos hasta que ambos fallecen, adoptando un rol de cuidadora con ellos hasta bien entrada la adolescencia.*

*Cuando la abuela paterna muere, Soledad, con 17 años, se va a vivir a casa de su novio. Al poco tiempo hace una visita a la parte de su familia extensa que vive en otra ciudad, deja a su novio y allí se queda a vivir. Comienza a estudiar y luego a trabajar, adquiriendo, por tanto, cierto grado de autonomía. Inicia una relación de pareja con un varón consumidor de heroína y cocaína; pronto comienzan a vivir juntos y ella empieza a consumir. Su relación de pareja se basa en el maltrato y en el consumo, no son capaces de tener un cierto equilibrio en su relación de pareja si no existe consumo. Mantiene ese patrón de conducta hasta que ingresa en una Comunidad Terapéutica.*

#### *b) Genograma*



### c) Hipótesis diagnóstica

Se observa en la paciente una dependencia emocional derivada de una baja percepción de valía personal propia. Su familia de origen se caracteriza por un estilo de apego inseguro-ambivalente, lo que ha generado en ella una falta de sentido personal, una intensa ansiedad ante el abandono y una incapacidad de desarrollar la suficiente confianza en sí misma. Esto se traduce en una percepción constante de no sentirse lo suficientemente querida por los otros, lo que deriva en la edad adulta en la necesidad personal de crear y mantener relaciones de pareja basadas en la dependencia y, eventualmente, en el maltrato.

### d) Intervención según género

- Historia personal, familiar y social.
- Historia de relaciones de pareja, maltrato y abusos sexuales.
- Trabajo en relación con la mejora de la autoestima, superar la timidez y mejorar la sociabilidad.
- Acompañamiento ante la presencia de trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- Fomentar el auto-cuidado y reducir la insatisfacción personal dada la imposibilidad de cubrir los ideales femeninos de género y las exigencias derivadas del mismo (belleza, maternidad, etc.).

- *Toma de conciencia de la desintegración familiar y la ruptura de lazos con la familia. Aceptación de la realidad personal y familiar y crítica de la sustitución de esos lazos con relaciones de pareja dependientes.*

- *Trabajo de afrontamiento al temor al rechazo social si no participa de los consumos, especialmente si los comparte con sus relaciones de pareja.*

- *Búsqueda de recursos personales así como acompañamiento a la búsqueda de actividades placenteras y satisfactorias.*

*Caso «Luz»*

#### *a) Descripción del caso*

*El caso que se presenta a continuación 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.*

*Se trata de una mujer de 29 años con estudios universitarios. Es consumidora de cocaína, alcohol y benzodiazepinas.*

*Como problema identificado describe que se siente incapaz de afrontar el cambio vivido tras la separación de sus padres. Presenta dificultades para expresar lo que siente y cuando piensa en el sistema familiar comienza a encerrarse en sí misma, evitando responsabilidades y viéndose con dificultades para afrontar los problemas que se le van presentando en el día a día.*

#### *b) Demanda*

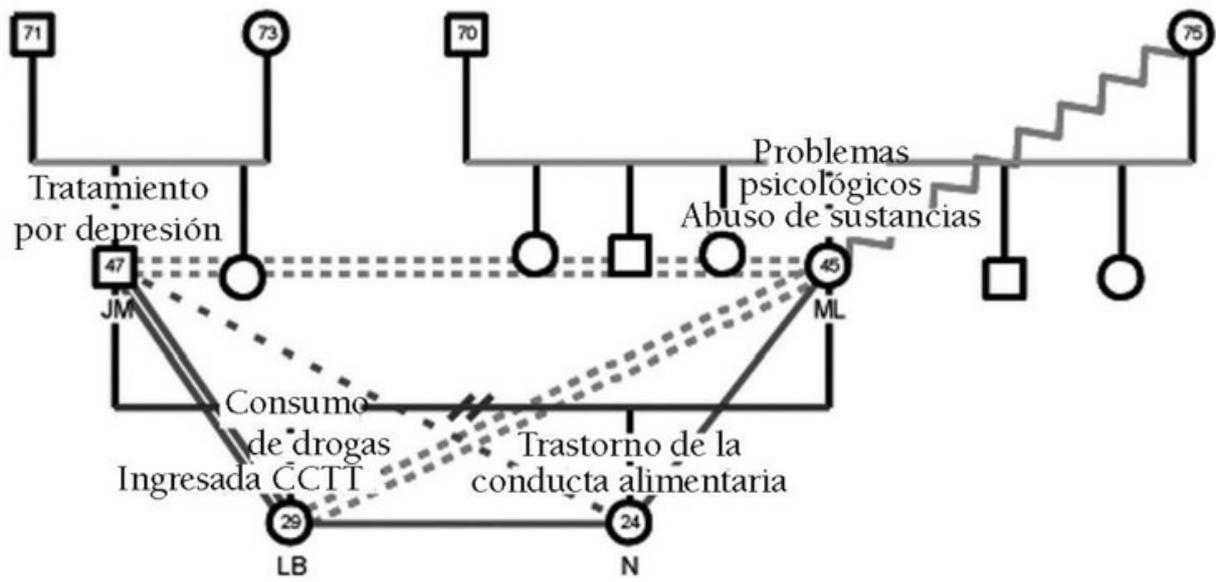
*Su inicio de consumo es tardío, pero lo hace de forma compulsiva, por lo que la desestructuración y las consecuencias psicológicas y psiquiátricas consecuentes aparecen de forma brusca. Se da cuenta de la problemática y pide ayuda en un centro de desintoxicación ambulatorio. Sin embargo no es capaz de dejar el consumo, por lo que registra tres ingresos en diferentes Comunidades Terapéuticas, causando alta voluntaria en cada uno de ellos.*

*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 con este caso están en función de que Luz vaya cumpliendo los objetivos mínimos de cada fase estipulada en el centro de tratamiento donde está ingresada, así como de que resuelva el problema que ella identifica como causante de su consumo de drogas.*

#### *d) Genograma*



## Capítulo 13

### La formación del terapeuta

¿Qué pasaría si un terapeuta padeciera el mismo problema sexual o la misma dificultad que su paciente? ¿Se asustaría? ¿Evitaría realizar determinadas preguntas por pudor? ¿Sería en extremo compasivo? ¿O acaso lo entendería mejor?

Los resultados de trabajos recientes indican que psicólogos y trabajadores sociales manifiestan las mismas contradicciones, ambivalencias y prejuicios, que el conjunto de la población (Green, Hamlin, Ogden y Walters, 2004). Inevitablemente, nuestros pensamientos, creencias y emociones siempre son actores convocados a la hora de realizar terapia.

Sabemos que la dimensión ética puede generar una contratransferencia en el profesional, condicionando así su quehacer psicoterapéutico. Un mundo de valores del paciente radicalmente distinto al nuestro puede generar animadversión, pero un mundo de valores similar al nuestro o que nosotros vivamos como admirable también puede distorsionar, precisamente por el agrado que en nosotros despierta, el juicio clínico y la estrategia terapéutica (Barbero, Sánchez y Martín, 2013). A este respecto, y sin olvidar que la terapia tiene mucho de educación, retomamos las palabras de Félix López (2005a) cuando, haciendo referencia a la figura del educador sexual, aconseja que:

no se debe hacer de una actitud propia o una propia historia sexual la referencia educativa básica. Las opiniones personales del educador, sus experiencias personales en el campo de la sexualidad o su vida sexual actual no pueden convertirse directa o indirectamente en el modelo concreto para los educandos.

Así pues, el terapeuta se enfrenta a dificultades que no solo son teóricas. En la literatura al respecto podemos encontrar algunos de estos escollos. Por ejemplo, el trabajar de forma ansiosa por querer curar a todo el mundo, el llamado *furor sanandi*, o el efecto Charcot, que «se refiere al fenómeno según el cual el clínico encuentra lo que él mismo propaga» (González y Pérez, 2008). En resumidas cuentas, es inevitable que proyectemos nuestra manera de ser en lo que nos rodea, incluso cuando escribimos, investigamos o acompañamos a un paciente en psicoterapia.

Todo ello nos lleva a pensar que el tipo de formación que debe atesorar la persona que trabaja realizando psicoterapia constituye uno de los desafíos más importantes, puesto que las habilidades que se necesitan tienen que ver en gran parte con uno mismo. Como afirman Polster y Polster (2001), «el terapeuta es su propio instrumento». Y como todo instrumento, para cumplir su misión de forma apropiada, debe estar adecuadamente calibrado.

A partir de aquí podemos mostrar algunos de los errores más frecuentes de un terapeuta: *a)* abrumar con excesiva información o convertir la entrevista en un interrogatorio; *b)* hacer juicios aunque sea de forma implícita; *c)* aceptar toda la responsabilidad del trabajo terapéutico; *d)* dar consejos personales (*usted lo que tiene que hacer es realizar una tarea «x», como yo*); *e)* proponer objetivos no suscitados por el paciente; *f)* ofrecer falsas seguridades (ofrecer falsas expectativas); *g)* responder desde la persona y no desde el rol de profesional; *h)* dejar pasar por alto los comentarios negativos sobre la terapia o el terapeuta, etc. (Fernández-Liria,

Rodríguez y Vega, 2002).

Pues bien, la mayor parte de estos errores técnicos están influidos por las variables caracteriales del terapeuta (actitud paternalista, evitadora, seductora o perfeccionista...). Vistas así las cosas, es «imposible» separar la parte puramente profesional de la personal. Un terapeuta, por ejemplo, actúa de un modo paternalista cuando asume toda la atención del tratamiento, y muestra un estilo directivo que deja poco espacio al paciente para tener iniciativa. La consecuencia negativa de estas dinámicas es que implícitamente el paciente se siente limitado y menos capaz ante un profesional grandioso al que ha de encomendarse, lo que favorece asimismo que asuma un papel pasivo y delegue en el terapeuta experto la resolución de sus problemas (Ortiz Lobo, 2013). Un terapeuta que, por temor, elude abordar un tema demandado por el cliente, está adoptando una actitud evitadora. Un terapeuta necesitado de reconocimiento, si no ha resuelto este aspecto personal, puede sorprenderse buscando ese reconocimiento en el propio cliente; cuando, en realidad, la terapia es un acto para el cliente, no para el terapeuta. Un terapeuta perfeccionista, en buena lógica se verá atrapado por el miedo a hacerlo mal y estará más pendiente de evitar el error que de prestar atención al cliente y su proceso. El problema, en cualquiera de estos casos, es no darse cuenta de estas tendencias personales y trasladarlas al espacio terapéutico, sin ser consciente de cómo pueden afectar al proceso.

Todo esto nos lleva a plantear como algo inexcusable el trabajo de desarrollo personal del propio terapeuta, para que así conozca sus puntos ciegos y estos no perjudiquen ni al paciente ni a sí mismo. Cuando un terapeuta no ha analizado sus propias pautas, con alta probabilidad tendrá dificultades a la hora de acompañar al paciente en su proceso. Manejar adecuadamente la transferencia y la contratransferencia se nos antoja algo imprescindible en la terapia (Pérez del Río y Martín, 2007). En este sentido, sabemos que tampoco podemos llegar a conseguir una postura idílica, pero sí amortiguar este tipo de problemáticas.

De entrada, un profesional ha de aprender los modelos teóricos que dan cuenta de la formación de los síntomas del paciente (psicodinámico, cognitivo-conductual, sistémico, existencial, humanista, integrador...). Es evidente que una formación teórica continuada se nos muestra como imprescindible. Es de recibo que un terapeuta deba estar informado de las técnicas más adecuadas y le corresponda saber tratar los problemas psicológicos que afectan a la sexualidad a nivel teórico.

Pero la terapia, como es obvio y hemos puesto de manifiesto más arriba, no consiste únicamente en la pura aplicación de una serie de competencias técnicas, sino que, sobre todo, supone un encuentro entre dos personas y es aquí donde entran en juego otro tipo de competencias que tienen que ver con la relación y con el desarrollo personal del propio terapeuta.

Como afirma el pintor y diseñador italiano Tullio Pericoli (2005),

para hacer un retrato tengo que suspender temporalmente mi relación personal con el individuo que se va a retratar. Tengo que volver atrás, mirar el rostro de nuevo, como si fuese un mapa, y medir las distancias, las relaciones, los cruces, las dependencias de un signo respecto a otro. Tenemos prejuicios, preinformaciones sobre las personas, y siempre vamos a buscarlas en el rostro. Yo miro siempre un rostro con interés. Lo interrogo y espero una respuesta. Una respuesta que sin embargo temo, porque en ese momento estoy poniendo en juego también mi rostro.

De la misma forma, el terapeuta también se pone en juego en cada sesión. Se pone en juego porque aquello que diga o haga el cliente, de algún modo, tendrá una resonancia en él y despertará determinadas emociones o estados que, si no son conscientes o no se saben manejar, le harán perder visión e interferirán en la terapia.

A modo de síntesis podemos decir que, en relación con la formación, al profesional se le demandan dos destrezas esenciales: *competencia técnica* y *competencia ética (o emocional)*. La primera exige conocer la teoría. La segunda implica cuestiones más personales, pues tiene que ver con lo que se ha dado en llamar el «currículo oculto» y con un trabajo personal de revisión de los propios temas no resueltos.

Para terminar, queremos añadir unas pinceladas al respecto de algunas realidades con las que el terapeuta que trabaja con dependencias, con toda probabilidad, se encontrará en su quehacer profesional. Es función del terapeuta disponer de, o formarse para adquirir, aquellas habilidades necesarias para manejar estas situaciones.

En la práctica diaria los pacientes drogodependientes suelen llegar al límite para probar al profesional; como se suele decir, pondrá al terapeuta contra las cuerdas. Muchos pacientes utilizarán todas sus mañas para seducir a su terapeuta; en ocasiones encumbrarán al psicólogo como a una persona excelente y maravillosa que les ha salvado la vida; en otras, lo criticarán por la espalda e intentarán ponerle en contra de sus propios compañeros terapeutas. Esto es lo que suelen intentar los pacientes con un trastorno de personalidad tipo límite.

Sin riesgo a equivocarnos podemos afirmar que el paciente diagnosticado de una adicción intentará *manipular* al terapeuta en no pocas ocasiones, puesto que la mayoría de las veces las personas con estos problemas han tenido que desarrollar estrategias disfuncionales para subsistir, aprendiendo a manipular, mentir y tergiversar para conseguir cosas. Según Sirvent (2006), el drogodependiente llega a formar «síntomas-satélite entre los que se incluyen la desconfianza, el enquistamiento caracterial, la misantropía, la negación de la realidad, etc.». Por lo general, bajo la mentira se oculta un fuerte sentimiento de inseguridad (Pérez del Río y Martín, 2007).

En muchas ocasiones el usuario se instala en una posición de víctima desde la que afirma haber sufrido. Esta posición, nada infrecuente, puede ser una excelente coartada para no hacerse cargo ni responsabilizarse de lo que le ocurre, autoengañándose para permanecer oculto en una suerte de limbo. Será entonces tarea del terapeuta no caer en posiciones demasiado protectoras. Con estas mimbres, el clínico debe crear un contexto sumamente claro, tener bien interiorizados los límites y ser responsable. Esto es relativamente fácil de escribir en un papel, ya que, como se suele decir, lo aguanta todo, pero no es tan sencillo mantener los límites en situaciones de mucha presión. Salvando las distancias, podemos aseverar que las dependencias son un problema con los límites y el profesional debe llevar a cabo esa contención. Asimismo, es muy importante que el paciente perciba esa claridad en el sanitario, pues claridad es precisamente lo que le falta al paciente.

Suponen a menudo casos complejos las mujeres drogodependientes que han sufrido abusos. Los psicofármacos no modifican el dolor subjetivo y además estas pacientes suelen ser poco permeables a la psicoterapia. El fracaso de las medidas previas contribuye a que sean consideradas reacias al tratamiento. Una parte se debe a

que estas enfermas discuten decisiones que tradicionalmente corresponden a los profesionales, como el uso de la medicación, la frecuencia de la psicoterapia o la necesidad de ingreso, entre otras decisiones. Obligan así a los profesionales a redefinir sus estrategias de intervención (Saénz, 2011). Estamos de acuerdo con esta autora cuando dice que las pacientes intentan a través de estas conductas redefinir, negociar y recuperar el funcionamiento de su vida. Es importante que el terapeuta sepa otorgar a estas conductas el sentido o la función que desempeñan. Entenderlas como un intento, más o menos acertado, de recuperar el equilibrio perdido y no como algo personal que la paciente hace al terapeuta, será básico para mantener una mayor objetividad en el caso y poder ayudar.

Tercera parte  
**PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL**

# Capítulo 14

## Talleres sobre sexualidad para drogodependientes

### 14.1. Introducción

Los chicos y chicas que acuden a nuestros centros suelen haber tenido una vivencia negativa de la sexualidad, por ello es necesario abordar el tema de una manera abierta, ofrecer conocimientos que sustituyan la ignorancia y los errores, fomentar actitudes erotofílicas y tolerantes, promover la prevención activa de riesgos y unas dinámicas de relación más satisfactorias. Partiendo de estas premisas, presentamos un conjunto de talleres con una metodología participativa que favorece la experimentación y el darse cuenta.

Las propuestas descritas, con alguna ampliación, parten de la propia experiencia de «formación en el área de sexualidad» desarrollada, durante más de diez años.

TABLA 20.—*Programación por etapas*

Etapas	Talleres
Acogida y Programa Nocturno: Fase I	1. Presentación. 2. Prevención de riesgos asociados a las conductas sexuales. 3. Miedos o temores sobre mi sexualidad.
Unidad de Desintoxicación Residencial (UDR) y Programa Nocturno: Fase II	4. Amor, enamoramiento y relaciones de pareja. 5. Ruptura sentimental.
Reinserción y Programa Nocturno: Fase III	6. Para disfrutar de la sexualidad, es importante...

*Fuente:* Manuel Mestre (2012), Talleres para usuarios del Proyecto Amigò, Castellón de la Plana.

A esta programación hemos añadido un nuevo taller titulado «aprendo a conocerme y valorarme», con el que pretendemos favorecer la sensación de seguridad y valía personal. Se trata, pues, de un taller que va más allá del ámbito de la sexualidad, ya que mejorar la autoestima supone una prevención no específica y básica para todos los ámbitos la vida. Es un trabajo aconsejable, sobre todo, si detectamos en el grupo casos de dependencia afectiva.

En el presente bloque desarrollamos un total de seis talleres que atienden diferentes aspectos de la dimensión sexual humana o relacionada con ella. El lector deberá tener en cuenta que:

1. Hemos desarrollado algunos de los temas que consideramos necesario atender con usuarios de un centro de atención a drogodependientes pero en absoluto se trata de una propuesta cerrada sino, más bien, un punto de partida. El lector puede completar su programación con otros temas o talleres que se adapten al grupo con el que va a trabajar.

2. Si bien creemos conveniente comenzar con una sesión de presentación, el orden en que se impartan el resto de los talleres puede variar según las necesidades del grupo en ese momento.

3. Cada taller puede desarrollarse en una o varias sesiones dependiendo del nivel de profundización buscado.

4. Cada taller es independiente del resto. No es necesario haber asistido al anterior para comprender el siguiente, de forma que pueden programarse de modo autónomo o realizar una actividad puntual.

5. Si se programan una serie de talleres, recomendamos llevar a cabo las sesiones con una frecuencia semanal o quincenal, de modo que los asistentes dispongan de un tiempo para ir asimilando los contenidos y, al mismo tiempo, se proporcione una continuidad al trabajo.

6. Al finalizar cada encuentro o sesión recomendamos que los asistentes completen el breve cuestionario de evaluación como el presentado en el apartado 4.3 del capítulo «evaluación del área de la sexualidad».

Como hemos señalado, si se realiza una programación que incluya varios talleres, sería interesante comenzar con una sesión de presentación. Encuentro en el que se podrían plantear aspectos como los siguientes:

- Presentar el concepto de sexo y sexualidad.
- Conocer las distintas funciones y posibilidades que nos ofrece la sexualidad: placer, reproducción y comunicación.
- Normalizar y favorecer la tolerancia hacia las diferentes orientaciones sexuales (un interesante ejercicio sobre ello pueden encontrarlo en el capítulo 3, «La importancia de las actitudes en la sexualidad»).
- Conocer cómo es y cómo funciona nuestro cuerpo sexuado: órganos genitales y respuesta sexual humana.
- Saber cómo afectan las drogas a la respuesta sexual.

A diferencia del resto de encuentros, este resultará más teórico pero, a buen seguro, ayudará a situarnos y entender de qué hablamos cuando abordamos la sexualidad. Para preparar esta presentación, el lector puede recoger información en los capítulos 2 y 8 de este mismo libro.

Finalmente, apuntar que, con la puesta en marcha de los talleres perseguimos los siguientes objetivos generales:

- Ofrecer un espacio para hablar abiertamente sobre sexualidad. Cuando hablamos de sexualidad es fácil hacer chistes o incluso burlarse de la sexualidad ajena, pero estamos poco acostumbrados a hablar del tema con naturalidad. No es sencillo y nuestra sociedad tampoco lo favorece. Se trata pues, de una cuestión de hábitos. Estamos convencidos (así nos lo hacen saber personas con las que hemos trabajado),

que si conseguimos, al menos durante las sesiones, que se hable de un modo abierto y respetuoso sobre sexualidad, esto tendrá un efecto educativo y facilitará el diálogo con sus parejas o incluso con un terapeuta o profesional, si lo necesitaran.

- Valorar positivamente el hecho sexual humano. La sexualidad ha sido muy maltratada. Es una dimensión positiva y como tal hay que presentarla.

- Atender los emergentes, dudas y preguntas del grupo. Y aquí nos topamos con una de las escenas más temidas por los profesionales, como es la de no saber responder a una cuestión que le plantean en público. En realidad, sabemos que no hay modo de disponer de respuestas para todo. Así que el coordinador del grupo debe dar por seguro que, en algún momento, le plantearán una pregunta para la que, en aquel instante, no tenga respuesta. Tenemos que estar preparados para ello. En ese caso, lo mejor es admitirlo y no inventarse una contestación para salir del paso. Eso sí, podemos asegurar al interlocutor que buscaremos la información y, en el siguiente encuentro, le devolveremos una respuesta. Este es un buen modo de ganarnos la confianza de nuestro auditorio.

- Dar una continuidad al trabajo individual de cada usuario. El coordinador del grupo debe conocer el proceso individual de cada usuario. Es muy probable que, en las sesiones grupales, detectemos aspectos o temas que la persona podría seguir trabajando de modo individual en sus terapias o, por el contrario, que el trabajo grupal nos permita trabajar aspectos o habilidades deficientes, detectadas en las sesiones individuales.

Merece la pena intentarlo ¡Vamos allá!

## **14.2. Taller: Prevención de riesgos asociados a las conductas sexuales**

### 14.2.1. Presentación

Las dinámicas del taller se centran en la prevención del VIH y el uso correcto del preservativo, sin embargo creemos además conveniente transmitir al grupo cierta información general sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), que sintetizamos a continuación. Deben saber que:

- Se trata de infecciones que se transmiten a través de las relaciones sexuales.
- Una sola relación con la persona infectada es suficiente para el contagio.
- Pueden afectarnos repetidamente ya que no generan inmunidad.
- Aunque algunas de ellas no presentan síntomas, es importante reconocer aquellas señales que nos harían sospechar de una ITS. Si detectas síntomas como picor en el vello púbico, escozor al orinar, manchas, pequeñas llagas o verrugas indoloras en genitales, bultos en las ingles, secreciones u otros signos que te resulten extraños, que la vergüenza no te impida acudir al médico. Piensa que, como cualquier otra enfermedad necesitan un tratamiento adecuado. Cuando no se detectan ni se tratan, pueden tener consecuencias más graves.

### 14.2.2. Objetivos del taller

- Recordar los diferentes riesgos asociados a las conductas sexuales y tomar

conciencia de la necesidad de prevenirlos.

- Ayudar a reconocer las conductas con mucho, con poco y con ningún riesgo de transmisión de VIH.
- Conocer cómo utilizar correctamente el preservativo masculino, de modo que sea más eficaz.

#### 14.2.3. Descripción de las actividades

a) VIH-Sida: ¿Qué comportamientos presentan riesgo?

##### *Presentación de la actividad:*

Es importante que el grupo distinga entre la condición de seropositividad y haber desarrollado la enfermedad del sida. Ser seropositivo significa que la persona ha entrado en contacto con el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y, por tanto, ha pasado a ser portadora, pero no significa que padezca el sida, ni predice su evolución hacia la enfermedad.

Generalmente la persona seropositiva no presenta síntomas, incluso puede desconocer que es portadora, es decir, no existe ningún signo exterior de seropositividad. Por esta razón es tan importante la prevención.

A día de hoy no sabemos como eliminar el VIH del cuerpo, de modo que, la persona seropositiva deberá observar, de por vida, una serie de conductas preventivas tanto para evitar infectar a otras, como para evitar reinfectarse ella misma de nuevo.

Finalmente, debe quedar claro que el VIH se transmite a través de determinadas conductas, veamos cuáles.

En una persona infectada, el virus se encuentra en sangre, en semen, si es hombre y en fluido vaginal, si es mujer. Todas aquellas conductas en las que puedan entrar en contacto estos fluidos con una lesión en la piel o mucosas de una persona receptora, como el coito o el sexo oral sin protección, suponen conductas de gran riesgo.

##### *Descripción de la actividad:*

Tras presentar el tema y antes de explicar los mecanismos de transmisión, entregamos una copia por pareja de la hoja de trabajo «VIH-Sida: ¿qué comportamiento presenta riesgo?» (Adaptada de López, 1995) y les pedimos que respondan, para luego realizar la puesta en común y ofrecer las explicaciones pertinentes. A continuación justificamos las respuestas del cuestionario:

##### *Conductas sin riesgo:*

- *Item n.º 1. Compartir ropa con una persona seropositiva.*
- *Item n.º 2. Compartir duchas, lavabos o váteres.*
- *Item n.º 4. Relaciones coitales en una relación mutuamente monógama con una persona no infectada.*
- *Item n.º 5. Dar la mano o abrazarse con una persona infectada.*
- *Item n.º 9. Cualquier comportamiento donde NO hay contacto de sangre, semen o secreciones vaginales de una persona infectada con sangre de una persona sana.*
- *Item n.º 10. Acariciarse o masturbarse mutuamente.*

- *Item n.º 12. Compartir vaso o cubiertos con una persona seropositiva.*
- *Item n.º 14. Donar sangre.*

Nos importa dejar muy clara la idea de que la proximidad y las relaciones cotidianas, en un aula o un grupo de trabajo, con una persona seropositiva, no supone ningún riesgo de transmisión del VIH.

Sí que supone un riesgo compartir maquinillas de afeitar o cepillos de dientes. También hay que tener claro que, si la persona seropositiva tiene una herida que sangre, quien le cure o limpie esa sangre debe llevar guantes.

Tomando estas precauciones, el trato diario con una persona seropositiva no implica riesgo de transmisión de VIH. Es importante que todo el grupo tenga esto claro, sobre todo en unidades residenciales.

#### *Conductas con poco riesgo:*

- *Item n.º 3. Usar siempre el condón durante cualquier tipo de relaciones coitales.* En este caso el posible riesgo proviene de un mal uso del condón.

- *Item n.º 11. Besos con lengua en la boca.* Es importante saber que el VIH no se transmite a través de la saliva. No obstante, la infección sería teóricamente posible, siempre que existieran lesiones sangrantes en un portador de VIH, que pudieran ponerse en contacto con lesiones previas de un posible receptor. De ahí que señalemos esta conducta como de poco riesgo.

#### *Conductas con gran riesgo:*

- *Item n.º 6. Usar drogas que inhiben el discernimiento sobre los asuntos sexuales (incluido el alcohol).* Si excluimos el uso de drogas de administración intravenosa, donde el riesgo es evidente, aquí el peligro se deriva, sobre todo, de las conductas que la persona lleva a cabo después de tomar la sustancia. Cuando puede creerse invulnerable y no valorar correctamente los riesgos.

- *Item n.º 7. Relaciones coitales sin usar condón.* La conducta sexual de mayor riesgo es el coito anal, seguida del coito vaginal. En ambos casos cuando no se usa preservativo.

- *Item n.º 8. Compartir agujas para inyectarse drogas o para otros fines.*

- *Item n.º 13. Sexo oral.* Los contactos boca-genitales pueden transmitir VIH. En esta práctica sexual, quien presenta mayor riesgo de infección es la persona que acaricia con la boca los genitales de su pareja, siempre y cuando su pareja sea seropositiva. El riesgo proviene de que semen o fluidos vaginales puedan entrar en contacto con pequeñas lesiones en la boca. El riesgo de transmisión, tanto del VIH como de otras ITS, se elimina si se utiliza correctamente el preservativo.

## HOJA DE TRABAJO

### VIH-SIDA: ¿QUÉ COMPORTAMIENTO PRESENTA RIESGO?

Señala el grado de riesgo de contraer el VIH que tienen los comportamientos que se describen a continuación:

	SIN riesgo	POCO riesgo	GRAN riesgo
1. Compartir ropa con una persona seropositiva.			
2. Compartir duchas, lavabos o váteres.			
3. Usar siempre el condón durante cualquier tipo de relaciones coitales.			
4. Relaciones coitales en una relación mutuamente monógama con una persona no infectada.			
5. Dar la mano o abrazarse con una persona infectada.			
6. Usar drogas que inhiben el discernimiento sobre los asuntos sexuales (incluido el alcohol).			
7. Relaciones coitales sin usar condón.			
8. Compartir agujas para inyectarse drogas o para otros fines.			
9. Cualquier comportamiento donde NO hay contacto de sangre, semen o secreciones vaginales de una persona infectada con sangre de una persona sana.			
10. Acariciarse o masturbarse mutuamente.			
11. Besos con lengua en la boca.			
12. Compartir vaso o cubiertos con una persona seropositiva.			
13. Sexo oral (contactos boca-genitales).			
14. Donar sangre.			

#### b) Uso correcto del preservativo masculino

El preservativo masculino es un método de los denominados de barrera que ayuda

a prevenir, al mismo tiempo, tanto el embarazo no deseado como las infecciones de transmisión sexual tipo sífilis, gonorrea, VIH-sida o hepatitis B. Si bien no proporciona un cien por cien de protección, bien utilizado es altamente eficaz.

En primer lugar, respecto a su conservación, debe estar apartado de fuentes de calor, como un radiador en invierno o la luz directa del sol. Mal sitio sería la guantera de un coche, especialmente durante el verano cuando se pueden alcanzar elevadas temperaturas. Esto es importante ya que una mala conservación aumentará el riesgo de rotura.

También tenemos que saber que cada preservativo es para un solo uso y deberemos utilizar uno nuevo en cada nueva relación sexual que incluya el coito.

Una vez tenido esto en cuenta, si sigues las siguientes instrucciones, dispondrás de un método muy eficaz:

1. Lo primero será comprobar la fecha de caducidad. Suele aparecer un año y un mes, por ejemplo 2018-02; esto significa que el fabricante garantiza que se el condón se mantendrá en buen estado hasta febrero de 2018. En marzo de ese año estaría caducado y no tenemos garantizado que se mantenga en buenas condiciones. En ese caso evita utilizarlo.

2. Apertura. Para abrirlo no debemos utilizar ningún objeto cortante que pudiera dañar el preservativo. Suelen tener un «sistema abre fácil»: dos de los laterales de la envoltura tienen forma de zig-zag. Comienza a abrirlo por uno de estos lados y verás lo sencillo que resulta.

3. Comprobar cuál es el lado correcto. Para encontrar la dirección correcta podemos desenrollarlo ligeramente, ¡ojo! con media vuelta tienes suficiente, si lo desenrollas más, luego te será difícil ponerlo y reducimos su eficacia.

4. Colocación. El preservativo se coloca sobre el pene en erección y antes de cualquier contacto de este con la vagina o ano de la pareja.

La inmensa mayoría disponen en la punta de un pequeño espacio que sobresale, llamado reservorio. Este espacio está reservado para contener el semen y es importante que quede libre de aire. Para asegurarnos de ello, con una mano cogeremos el preservativo precisamente por el reservorio, así nos garantizamos que queda vacío de aire, y, con la otra mano, lo desenrollamos completamente sobre el pene erecto.

5. Retirada. Tras la eyaculación no se debe tardar mucho tiempo en retirar el pene. Esto es importante ya que, si el pene pierde su erección y disminuye su tamaño, podría ocurrir que, al retirarse, el preservativo quedara dentro de la vagina. ¡No dejes que esto ocurra! Para ello, sujeta el preservativo por su base y solo entonces, retira el pene.

6. Deshacerse del preservativo. Evita tirarlo al WC, ya que podría contribuir a embozarlo. Puedes envolverlo con un pañuelo desechable y tirarlo discretamente al cubo de la basura.

#### *Otras consideraciones importantes:*

- Hay personas que son alérgicas al látex, que es el material del que están hechos la mayoría de preservativos. Si tú o tu pareja sois sensibles al látex, buscad preservativos de poliuretano, que es un material hipoalergénico, es decir, que no

produce alergia. Podéis encontrar preservativos tanto masculinos como femeninos.

- Cambia el preservativo si alternas diferentes tipos de conducta sexual. Si cambias de sexo anal a sexo vaginal, o viceversa, sustituye el condón para reducir el riesgo de infección. La bacteria e-coli (*Escherichia coli*), por ejemplo, que forma parte de la flora intestinal y se encuentra el recto, puede causar infecciones vesicales.

- Si tu pareja es seropositiva o desconoces si lo es, deberéis utilizar preservativo u otro método de barrera también para el sexo oral. Busca condones de sabores, que harán más agradable la experiencia, pero ten en cuenta que estos probablemente no sirvan para el coito. Cambia de preservativo si luego practicáis otro tipo de conducta.

- Si utilizas lubricante evita aquellos con base de aceite, tipo vaselina o aceite para bebé, ya que debilitan el látex y pueden hacer que el condón se rompa. Recurre a lubricantes con base de agua. Para asegurarte consulta la información del producto.

- Algunos hombres se quejan de que el preservativo reduce su sensibilidad. Esto es posible pero, si ponemos en una balanza pros y contras, las ventajas que ofrece resultan considerables.

#### 14.2.4. Actividad complementaria

Conocer los recursos de la comunidad.

Una interesante alternativa es la de concertar una visita del grupo a un recurso local, como un centro de planificación familiar, un centro de prevención del sida o a un programa similar. De esta forma cubrimos un doble objetivo: por una parte que un profesional formado les ofrezca información sobre el modo de prevenir riesgos y, además, que el grupo conozca físicamente el recurso y a sus profesionales, de modo que será más fácil que, si lo necesitan, recurran a él puesto que les resultará familiar.

### 14.3. Taller: Miedos o temores sobre mi sexualidad

#### 14.3.1. Presentación

De entrada, en nuestra sociedad, el miedo es un sentimiento que tiene «mala prensa». Es decir, se trata de un sentimiento de aquellos mal llamados «negativos», que convendría no sentir o que socialmente se hace difícil reconocer en uno mismo.

En la polaridad valiente-cobarde, «lo que mola» es ser valiente, nunca temeroso o cobarde. Desde esta manera de entender el miedo (común entre nuestros usuarios), quien siente miedo pierde valor, y es fácil caer en la trampa: «a que no tienes huevos para...», siendo capaces de arriesgar incluso su vida por no parecer miedosos o cobardes.

Sin embargo, sostenemos que el miedo no es un sentimiento malo por sí mismo; es más, puede tener una clara función protectora. Es un sentimiento necesario para sobrevivir. Es importante saber leer el mensaje que nos transmite cada emoción, comprender su función. El miedo nos informa de una discrepancia entre un peligro (real o imaginario) y los recursos que creemos poseer para afrontar ese riesgo. De manera que una persona sin miedo, una persona que no sabe leer el «mensaje» que le da el miedo o lo ignora adrede, actúa con temeridad, con imprudencia. En esto hemos de detenernos un poquito, pues bien sabemos que para los usuarios de nuestros

centros es importante, precisamente lo contrario, es decir, conservar y potenciar aquellos elementos que favorezcan su prudencia.

Para entender la función de un sentimiento como el miedo y rescatar su valor protector, solemos recurrir al ejemplo del miedo al embarazo no deseado (END), que suele aparecer sobre todo entre las mujeres. Este miedo va a tener una clara función protectora: si me preocupa el END, pondré medidas para evitarlo. En buena lógica, este miedo me puede ayudar: me «permite» prevenir un riesgo, a la vez que me «impide» disfrutar cuando no pongo las medidas necesarias para evitarlo. De modo que no convendría eliminarlo, a menos que por su intensidad provocara mucho malestar o fuera muy limitante.

Por el contrario, una persona con miedos excesivos en cantidad e intensidad se verá muy limitada. En definitiva, no se trata, pues, de eliminarlos o de vivir sin miedos, tampoco es sano un temor excesivo que nos bloquee. De modo que en este taller vamos a comenzar a mirar nuestros miedos relacionados con la sexualidad para conocerlos, para comenzar a darles su justo valor y poder regularlos en mejor medida.

Reconocer los propios miedos, muchas veces vividos con angustia y habitualmente silenciados, conversar sobre ellos, mirarlos desde nuevas perspectivas, saber que otras personas pueden tener las mismas preocupaciones..., todo ello ayudará a comprender su sentido y restarles su fuerza limitante. Que los participantes escuchen las aportaciones del resto del grupo, cómo piensan otros sobre la misma situación o han superado ese mismo miedo, será también enriquecedor para la persona. El taller se plantea como una primera aproximación al tema. Sin embargo es fácil que podamos detectar en algún usuario determinados temas que necesiten de mayor profundización. Todo ello podrá ser tratado en las sesiones individuales con cada uno de ellos.

#### 14.3.2. Objetivos del taller

- Detectar, identificar, nombrar los miedos, complejos o preocupaciones respecto de la sexualidad en el momento presente, es decir, hacerlos conscientes.
- Comenzar a explorar, conocer y comprender esos miedos, cómo me influyen, qué me impiden, qué me permiten... No ocultarlos ni evitar el tema, sino «mirarlos de frente».

#### 14.3.3. Descripción de las actividades

Después de exponer y justificar brevemente el tema del encuentro, presentamos la dinámica que vamos a seguir.

Sentado lo anterior, dividiremos este taller en tres momentos. Comenzaremos con un tiempo de reflexión individual para responder a unas cuestiones, al que seguirá un espacio de pequeño grupo donde es importante que todos hablen y, finalmente, un tiempo de puesta en común en gran grupo.

*a) Primera Parte:* A nivel individual cada asistente responde las siguientes cuestiones (5-10 minutos):

- ¿Qué temores, miedos, complejos... tengo en este momento de mi vida sobre mi

sexualidad?

- Elige los dos miedos que más te preocupen en este momento y pregúntate cómo, hoy en día, influyen en tu vida: ¿Qué me *impide* este miedo?, y ¿qué me *permite* este miedo?

Es importante que tengan una copia de las preguntas o que las escribamos en la pizarra para que puedan copiarlas en sus cuadernos. También debemos asegurarnos que entienden las cuestiones. Sobre todo lo relativo a qué impide y qué permite un miedo. Para ejemplificar este aspecto podemos explicarles el caso de una persona a la que le preocupa el embarazo no deseado, como describíamos en la presentación del taller.

*b) Segunda parte:* Vamos a compartir esto en grupos pequeños de 4 o 5 personas (20-25 minutos):

Podemos dejar que los participantes formen por su cuenta los grupos de trabajo, pero en ocasiones es más operativo hacerlo nosotros. Un modo sencillo es decidir el número de grupos que deseamos y numerar a cada asistente. Imaginemos que tenemos un grupo compuesto por 21 personas y queremos formar 5 grupos (más de 5 grupos no resulta práctico, ya que se alarga mucho la puesta en común). Vamos a ir numerando a cada asistente con una cifra entre 1 y 5. Comenzamos por un extremo del grupo y otorgamos a cada participante un número por orden: 1, 2, 3, 4 y 5, y continuamos de nuevo numerando del 1 al 5. Así hasta que cada participante tenga su número. Es importante pedirle a cada uno que recuerde su número. Las personas que tengan el mismo número forman un grupo (los unos con los unos, los doses con los doses, y así sucesivamente). De manera que, en nuestro ejemplo con 21 asistentes y numerarlos del 1 al 5, resultarían 5 grupos, el primero de 5 componentes. Cada equipo toma su espacio de trabajo y elige un representante que anotará lo comentado y luego lo expondrá en el gran grupo. Es básico que todos hablen y expresen aquello de lo que se han dado cuenta de forma individual. Podemos ir paseándonos por los grupos e ir escuchando sus reflexiones, pero sin intervenir en exceso, recordemos que este es el tiempo para que ellos se expresen.

*c) Tercera Parte:* Debate en el gran grupo. Donde podemos explorar cuestiones como las siguientes

- ¿Cómo os habéis sentido al hablar de todo esto y compartirlo con otras personas?
- ¿Han aparecido miedos parecidos o diferentes?
- ¿De qué os habéis dado cuenta?

Cada representante explica, sin dar nombres, aquello que se ha hablado en su grupo y las conclusiones a las que se ha llegado. Cuando termina su exposición se puede preguntar al resto del grupo si quiere añadir o matizar algún aspecto.

Si aparece un temor o preocupación compartido por varias personas o surge un tema que resulta especialmente delicado o costoso para encontrar salidas, se puede preguntar al gran grupo: ¿Qué le diríais a una persona que tuviera este temor o esta dificultad? Quien lo desea puede exponer sus argumentos. Aquí no se trata de entrar en quién tiene más o menos razón. Cada asistente expone su punto de vista sin

juzgarlo como bueno o malo. A su vez, cada persona toma para sí misma aquello que considera más útil de la experiencia de las demás. Si el educador considera que debe realizar alguna puntualización, lo hará no tanto desde el juicio sino desde la descripción, por ejemplo, de las consecuencias previsibles de una acción...

#### 14.3.4. Actividad complementaria

Si lo considera conveniente, el monitor puede plantear una nueva reflexión que aporte comprensión al tema. Se trata de exponer cómo detrás de un miedo suele existir una creencia que lo nutre y lo mantiene en el tiempo.

Una creencia es una idea mantenida con gran convicción. Generalmente, las creencias no las decidimos de forma consciente, pero influyen en nuestro vivir. Para ello podemos explicar el modelo A-B-C de Albert Ellis, donde A representa los acontecimientos vividos, B representa la creencia (*believe* en inglés) o la interpretación que hacemos de lo vivido y C las consecuencias (emocionales, conductuales o cognitivas) derivadas sobre todo de las formas en que interpretamos el hecho vivido u observado. Esta teoría viene a señalarnos que la vivencia de un hecho depende en mayor medida de las creencias o interpretaciones sobre el hecho que del mismo hecho.

Pongamos un ejemplo. Imaginemos a una persona que está durmiendo sola en su casa y por la noche oye un ruido de cristales que se rompen: ¿cuál es la emoción que siente? La primera respuesta que nos viene a la mente puede ser miedo pero, en realidad, el sentimiento dependerá de la interpretación que haga del ruido que ha oído. Si imagina que están entrando a robar, probablemente la consecuencia emocional sea el miedo. Sin embargo, si interpreta que el viento ha roto un viejo jarrón que estaba junto a la ventana y que al día siguiente lo recogerá, probablemente siga durmiendo tranquilamente. Si cree que ha sido su hijo que llega tarde a casa y ha roto algún objeto valioso, probablemente la rabia se adueñará de ella. Queda claro que el mismo hecho puede tener diferentes interpretaciones y nos lleva a construir la realidad de manera diferente y a su vez, nos lleva a diferentes estados emocionales.

Expuesto todo ello, les pasamos a los participantes una copia de la ficha 1 y les pedimos que piensen en otras ideas o creencias sobre la sexualidad; propias o que hayan escuchado a otras personas y que pueden causar dificultades en la vivencia de la misma.

FICHA 1. Ideas o creencias que pueden causar miedos o inseguridades en la vivencia de la sexualidad:

- Si no hago que mi pareja disfrute, me dejará.
- Una relación sexual que no acaba en orgasmo es un fracaso.
- Tengo que estar «siempre» a la altura.
- .....
- .....
- .....
- .....

El debate puede seguir la línea de imaginar qué consecuencias (emocionales, cognitivas y/o conductuales) son previsibles en una persona que crea en estas ideas y aclarar lo que hay de cierto y lo que es mito en estas creencias o incluso plantearse qué le dirías a alguien que piensa esto.

#### 14.3.5. Comentarios

Existen miedos masculinos, miedos femeninos y miedos compartidos por ambos sexos. A continuación presentamos un listado de miedos que pueden aparecer en los talleres:

*a) Miedos mayoritariamente masculinos:*

- Que la pareja quede insatisfecha. En la base de este miedo está la exigencia (muy masculina) de dar placer a la pareja.
- «Gatillazo». Fallo ocasional en la erección.
- Miedo al compromiso, a sentirse atado.
- Tamaño del pene.
- Homosexualidad.

*b) Miedos mayoritariamente femeninos:*

- No ser deseada o deseable. Ante una señal de no excitación de la pareja la tendencia es a pensar no soy deseable.
- Ser considerada una «puta», ser fácil (si expresas tu deseo sexual o reconoces que te masturbas).
- Embarazo no deseado.
- Miedo a oler mal. Que los genitales huelan mal.
- Miedo al descontrol. Relacionado con la dificultad de llegar al orgasmo.

*c) Miedos comunes:*

- Miedo al rechazo.
- Ser absorbido, dependiente, engancharse al otro. Perderse en el otro.
- Infidelidad.

## **14.4. Taller: Amor, enamoramiento y relaciones de pareja**

### 14.4.1. Presentación

#### a) Llegar a hacerse pareja supone un proceso

Antes de ser una pareja lo que existen son dos personas con dos mundos diferentes. Cada una de ellas con una familia de origen (queramos o no, siempre es nuestra primera referencia), unas experiencias vividas, unas creencias, unos valores, unas expectativas de vida, etc. Al iniciar una relación estos dos mundos se empiezan a mezclar y comienza un proceso, más o menos consciente, más o menos explícito, de negociación para llegar a establecer un modo de estar juntos que sea válido y aceptable para las dos personas.

En este proceso de «hacerse pareja», de acoplar ambos mundos, con alta probabilidad van a aparecer pequeños conflictos, pequeñas frustraciones. Fina Sanz (1995) distingue entre dos tipos de frustraciones: aquellas que no tenemos por qué aceptar y aquellas que aceptarlas supone un avance en nuestro desarrollo personal.

No tenemos que estar con una pareja que nos maltrata... Sería un sufrimiento gratuito; se puede solucionar desvinculándonos de ella y saliendo de la relación. Pero sí que tenemos que aceptar la frustración de que nuestra pareja no sea exactamente como desearíamos que fuera, tiene ritmos vitales diferentes o no podemos compartir con ella todos nuestros gustos; es imposible encontrar a alguien con quien no tengamos diferencias.

Si hacemos esta reflexión al grupo, les podremos preguntar qué conflictos o frustraciones han vivido en sus relaciones o cuáles creen que pueden surgir cuando dos personas comienzan a crear su modo particular de relación. Cuáles de estos conflictos o frustraciones es necesario aprender a tolerar y cuándo habría que renegociar, limitar o simplemente salir de la relación.

#### b) Hablar de relaciones de pareja es hablar de vínculos

Los vínculos se refieren al modo en que nos unimos a otras personas, es decir, a través de qué emociones, de qué afectos, nos ligamos al otro. Por ello nos resultará muy útil conocer los diferentes afectos sexuales. López y Oroz (2001) distinguen tres afectos sexuales, como son el deseo sexual, la atracción y el enamoramiento.

El deseo sexual es un sentimiento percibido por la persona como ganas de contacto físico, «ganas de buscar estimulación y placer sexual» (Fuertes, 1995). En este caso el objeto hacia el que se dirige es secundario. A diferencia de lo que ocurre en el reino animal, donde la sexualidad se rige por una programación determinada (un macho que se cruza con una hembra en celo no puede hacer otra cosa que intentar copular), en las personas el deseo no es un instinto. De hecho, el deseo sexual puede o no llevar a una conducta sexual explícita y no tiene prefijadas las formas de satisfacción, es decir, se puede satisfacer de mil formas diferentes.

Nos llamó la atención en varios grupos con los que trabajamos que hablaran del deseo sexual como un «ansia». Esta terminología nos recordaba al «ansia» por consumir determinada sustancia. Cuando nos ha ocurrido esto hemos intentado transmitir una idea positiva y sana del deseo sexual, que además, podemos regular. Las personas no estamos programadas para tener una relación sexual cada vez que estamos frente a una posible pareja sexual, sino que podemos elegir cuando sí y cuando no. Todo esto da mucho juego en el grupo, por ejemplo para debatir sobre aspectos controvertidos como el sexo a la fuerza. Cuando ocurre una violación la responsabilidad de la acción está en quien ejerce la fuerza, no cabe decir «la otra persona provocó mi deseo, no pude hacer otra cosa», porque las personas podemos controlar el deseo. De hecho, podemos comentar al grupo que, mientras estamos dando este taller, ahora mismo, aunque sintáis deseo os estáis pudiendo «aguantar». Un animal no podría hacer eso.

Otro afecto sexual es la atracción. Lo que nos atrae de las personas puede ser muy diverso y no solo se refiere al físico. Nos atraen, por ejemplo, las personas con quienes tenemos semejanza (en edad, ideas, cultura...), que nos recompensan, nos alaban o nos hacen favores. Nos puede atraer la forma de mirar, de expresarse, de moverse, el carácter, etc. Lo cierto es que, por diferentes motivos, pueden atraernos varias personas a la vez (personajes famosos, conocidos o gente que vemos por la calle). Conocer y normalizar este hecho tranquiliza a muchos usuarios y sus parejas, que experimentaban la atracción hacia otras personas como una prueba de la falta de compromiso con la relación actual.

Finalmente el enamoramiento supone deseo y atracción pero con un carácter de exclusividad. Mientras que el deseo y la atracción están abiertos a multitud de objetos posibles, la persona de quien nos enamoramos aparece como única e insustituible, se convierte en el centro de la vida. Es como un estado de «encantamiento», idealizamos a la otra persona, la ponemos en un pedestal, solo tenemos ojos para ella y sus virtudes. La persona enamorada siente un deseo de unión, de entrega inevitable, que cuando es correspondido llena plenamente, aunque el enamorado también tiene que lidiar con el miedo a la pérdida. La duración de este proceso es muy variable, desde semanas o meses, hasta años.

Nos gusta señalar que el enamoramiento «tiene fecha de caducidad» y necesariamente, con el tiempo, dará paso a otra etapa. Puede ocurrir que, al conocerla mejor, nos demos cuenta de que la persona de la que nos enamoramos no era lo que creíamos y eso lleve a un proceso de desenamoramiento, o podemos pasar a otra etapa que llamamos amor, en la que, conociendo a la persona amada de un modo más real, con sus virtudes y sus carencias, nos sigue atrayendo y elegimos permanecer en esa relación. Estamos donde libremente queremos estar y, de vez en cuando, podemos volver a sentir ese enamoramiento que confirma nuestra correcta elección.

Robert Sternberg (1989), autor de la teoría triangular del amor, nos ofrece sugerentes elementos para la reflexión, su propuesta presenta tres componentes: la intimidad, la pasión y el compromiso que, según el modo en que se combinen, darán lugar a siete tipos de amor. Sternberg nos aporta una interesante visión que nos servirá para mostrar de una forma clara y sencilla la importancia de la intimidad en las relaciones y para ofrecer una visión positiva del compromiso, lejos de los

estereotipos que suelen tener los usuarios.



El primer componente, la *pasión*, tiene que ver con el deseo, con la atracción y el goce en la experiencia sexual. Este aspecto lo suelen tener claro.

La *intimidad* tiene que ver con la comunicación, el respeto, la sensación de proximidad y el deseo de bienestar de la otra persona. Presentamos una *relación íntima* como aquella en la que tengo suficiente confianza como para abrirme y mostrarme tal y como soy, sin disfraces ni disimulos. Se trata de una relación en la que puedo mostrarme libremente, sin máscaras. Supone confiar en la otra persona. Confiar en que no va a utilizar la información que voluntariamente le revelo para dañarme.

El *compromiso* tiene que ver con la decisión de querer al otro y la voluntad de mantener esa unión. De los tres componentes, es precisamente el compromiso el que quizá despierte mayores miedos o dudas entre los usuarios de nuestros centros. Suele ser entendido como sinónimo de pérdida de libertad y puede que hasta lo visualicen simbólicamente con la imagen de unas cadenas o unas esposas que les mantienen limitadas, atadas a la otra persona. Si lo entendemos de ese modo, es lógico querer evitarlo. Sin embargo, esta idea está alejada de la realidad.

Un compromiso es, sobre todo, una elección libre. Tiene que ver con la decisión de querer a la otra persona y con la voluntad de mantener esa unión. Podríamos expresarlo de la siguiente manera: «voy a hacer todo lo posible, voy a poner todo de mi parte para que esta relación vaya bien y perdure en el tiempo». No entendemos una relación de pareja sin este compromiso, sin este tipo de vínculo.

Por otra parte, resulta interesante dar a conocer la evolución temporal de los componentes básicos del amor:

- La pasión es muy intensa al principio, sin embargo, suele decaer a medida que la relación avanza, tendiendo a estabilizarse.
- La intimidad, en cambio, se desarrolla de forma gradual a medida que avanza la

relación. Como escribe Jorge Bucay (2006): «La intimidad es una relación que no se da rápidamente, sino que se construye en un proceso permanente de desarrollo y transformación. En ella, despacito, vamos encontrando el deseo de abrirnos, vamos corriendo uno por uno los riesgos de la entrega y de la autenticidad, vamos desvelando nuestros misterios a medida que conquistamos más espacios de aceptación y apertura».

- Por su parte, el compromiso suele crecer lentamente al principio pero puede ganar en estabilidad y fuerza con el tiempo.

c) ¿Qué quiero decir cuando digo te quiero?

Terminamos con una cuestión que admite multitud de respuestas. Jorge Bucay, en su libro *El camino del encuentro*, escribe: «Yo creo que decimos “me importa tu bienestar...”. Y tanto me importa que, cuando te amo, a veces priorizo tu bienestar por encima de otras cosas que también son importantes para mí».

Toda esta amplia presentación de aspectos referentes a las relaciones de pareja proporciona una clara base para plantear diferentes reflexiones al grupo. A continuación, nuestra propuesta.

#### 14.4.2. Objetivos del taller

- Abrir un espacio de reflexión en grupo sobre diferentes aspectos básicos que cuidar en las relaciones de pareja.
- Comenzar a tomar conciencia del modo personal de estar en pareja y del modo en que cada uno se vincula.
- Ofrecer una visión positiva de las relaciones íntimas y del concepto de compromiso.

#### 14.4.3. Descripción de la actividad

Comenzamos con un breve momento de reflexión individual sobre las cuestiones del recuadro inferior. Para esta tarea diez minutos será tiempo suficiente. A continuación, colocados en grupos de 4 ó máximo 5 personas, comentarán cada una de las preguntas. Como referencia, podemos dejar unos cinco minutos por persona. Finalmente, llevaremos a cabo la puesta en común y el debate en el gran grupo.

- 1) ¿Qué diferencia hay entre querer y gustar?
- 2) ¿Qué estamos diciendo cuando decimos «te quiero»?
- 3) Desde tu punto de vista, ¿qué elementos son importantes en una relación de pareja?

No hay una respuesta única y válida para todo el mundo a estas cuestiones. En

realidad las preguntas son un pretexto para hablar sobre las relaciones de pareja. Lo interesante es crear el espacio de diálogo, con la expectativa de que conversar sobre todo esto en el grupo les ayudará a hablarlo en sus propias relaciones de pareja.

Las cuestiones elegidas pueden adaptarse, de hecho, lo ideal sería que cada educador las adaptara a su modo particular y al grupo al que se dirigen. Como ayuda para quien coordine el taller sirven las aportaciones y teorías descritas en el apartado de presentación, pero pueden completarse con otras aportaciones que se consideren adecuadas.

Nosotros en este taller no seguimos un guión predefinido, sino que dependiendo de las respuestas, de los temas y emergentes que plantee el grupo priorizamos una actividad u otra. De hecho es un tema suficientemente importante y con muchos matices que podemos abordar en varios encuentros.

#### 14.4.4. Actividades complementarias

##### a) Escenas de pareja

Con el siguiente ejercicio vamos a explorar cómo nos vinculamos en las relaciones de pareja. El vínculo es el modo en que nos unimos a las personas (o a las cosas).

Es importante diferenciar los conceptos de «vínculo» y «relación»: puedo tener mucha relación con una persona, por ejemplo, porque nos vemos y hablamos todos los días en el trabajo, pero con quien el vínculo sea débil. En cambio puedo conocer a personas con quien tengo escasa relación (apenas nos vemos) pero con quien el vínculo (el sentimiento de unión) sea fuerte.

Pedimos a los asistentes que elijan una persona para trabajar. A cada pareja se le entregará un cordel para que se aten a la altura del tobillo (juntan el pie derecho de una persona con el pie izquierdo de la otra y se atan a la altura del tobillo). Una vez atados, vamos a representar diferentes escenas cotidianas de una vida en pareja: comenzamos proponiendo que imaginen que están dando un paseo, a continuación cada pareja decide sobre lo que quiere hacer. Dejamos un tiempo para que cada «par de atados» se organice y luego continuamos proponiéndoles situaciones: llega el momento de ir a dormir, nos despertamos, vamos al baño, hacemos el desayuno... Podemos incluir el número y tipo de escenas que estimemos conveniente.

La puesta en común del ejercicio suele ser muy interesante. Podemos preguntar: ¿Cómo te has sentido?, ¿de qué te das cuenta?, ¿cómo haces el vínculo en la relación de pareja?, ¿qué tiene que ver lo que has vivido en este ejercicio con tu relación de pareja en la vida real?

##### b) Redactar el contrato de pareja

Ejercicio que hay que realizar en parejas. Imaginad que sois una pareja y vais a especificar los términos o condiciones de vuestra relación.

Posibles temas sobre los que negociar y tratar de llegar a un acuerdo serían: tiempo libre, relación con la familia de origen de cada uno, tareas del hogar (quién hace qué), demostraciones de afecto (pueden ser públicas o deben reservarse para la intimidad...), frecuencia de las relaciones sexuales, control de gastos (gastos

comunes, gastos personales...), hijos (se desean hijos, qué número, quién cuidará de ellos...), duración del contrato: es para toda la vida o se establece un período de vigencia tras el cual se deberá revisar el contrato...

#### c) Cómo me expreso

El sentimiento y la expresión de ese sentimiento (querer a una persona y mostrar que le quiero) son dos aspectos diferentes. Podemos preguntar al grupo cómo expresan, cómo muestran su sentimiento de amor hacia la otra persona y cómo se sienten queridos, es decir, qué expresiones de amor de otras personas les llegan con mayor facilidad.

#### d) Nos une lo similar

Si bien es cierto que inicialmente nos pueden atraer las diferencias o las cosas en que la otra persona nos complementa, lo que realmente mantiene una relación unida en el tiempo son las similitudes, lo parecido, aquello que se comparte. A veces la pareja, sobre todo cuando entra en crisis, se centra en aquello que les separa o les distancia y dejan de ver lo que tienen en común, aquello que tienen de similar, y que comparten. Para ayudar a tomar conciencia de las similitudes una tarea interesante sería invitar a las personas que asistan al taller, que actualmente tengan pareja, a que piensen en aquello que tienen en común con ella y que lo plasmaran en un dibujo, de modo que luego compartieran la experiencia en pequeños grupos.

### **14.5. Taller: La ruptura sentimental**

#### 14.5.1. Presentación

Después de la muerte de un ser querido, la ruptura de una relación de pareja es una de las mayores pérdidas que una persona puede experimentar. Además, supone una importante causa de recaídas en el proceso de abandono de una adicción. En esos momentos no es fácil sostener el dolor y las drogas pueden utilizarse con el fin de no sentir, de anesthesiarse, de ser una válvula de escape. Sin embargo, se tratará de un «falso apoyo», ya que la sustancia no logra que el dolor desaparezca, sino que, en el mejor de los casos, solo lo pospone.

Queramos o no, el camino que lleva a asimilar, a digerir una pérdida, sea del tipo que sea, solo lo puede andar la propia persona. Es cierto que otros nos pueden acompañar en ese viaje y hacerlo más llevadero pero nadie puede evitárselo a otra persona, dicho de otra manera, nadie puede hacerlo por otro.

Por todo ello, consideramos que la ruptura sentimental y el modo de afrontarla es uno de los temas que necesariamente hay que abordar en los centros de atención a drogodependientes.

En la vida experimentamos numerosas pérdidas, continuamente nos estamos despidiendo, y aunque podemos ampliar este taller a otros duelos y despedidas, aquí vamos a centrarnos en la pérdida de un vínculo de pareja. Toda pérdida implica una despedida y decir adiós a algo o alguien con quien teníamos un vínculo no es fácil

(Sanz, 1995). A nivel físico o corporal comprendemos que una herida o una rotura requieren de un tiempo para su completa curación. A nivel emocional ocurre exactamente lo mismo, una herida afectiva requiere de un proceso de curación. Negar la herida solo ayudará a mantenerla abierta.

Ante la pérdida de una relación de pareja experimentamos las mismas etapas que cuando perdemos físicamente a un ser querido. No se trata de fases lineales en el tiempo, es decir, necesariamente una no sigue a otra, sino que son diferentes momentos que una persona va a experimentar ante una situación de pérdida.

No todo el mundo se desplaza de una etapa a otra de la misma forma ni al mismo ritmo. Cada persona tiene su propio modo y su propio ritmo que va a ser importante respetar. La intensidad de los síntomas disminuirá a medida que se recorre cada etapa. El mayor sufrimiento se experimentará al principio, en las primeras etapas. No existe un único modo o una única forma correcta de recorrer el proceso. Bien al contrario, existen maneras diferentes de atravesar las etapas, una persona puede experimentar una etapa con mayor intensidad que otras o sentir que retrocede y avanza entre ellas (Gullo y Church, 1989). Cada persona hace lo que puede y del mejor modo que puede en cada situación.

La psiquiatra y escritora Kübler-Ross hablaba de cinco etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Los autores antes citados, Gullo y Church (1989) proponen seis momentos en el proceso de superar una ruptura de pareja: *shock*, pena, adjudicación de culpa, resignación o etapa del adiós, reconstrucción y, finalmente, resolución. Aquí exponemos brevemente seis etapas, que suponen una síntesis de ambas propuestas:

1. *Negación*: En un primer momento es tanta la angustia que no nos creemos lo que está sucediendo. Podemos decir frases como: «esto no puede estar pasando», «no es posible»... Esta negación nos ayuda a dosificar el dolor de la pérdida. Hay un alivio. Es la forma que tiene la naturaleza de dejar entrar únicamente lo que somos capaces de soportar (Kübler-Ross y Kessler, 2006).

2. *Ira*: La ira es una etapa necesaria del proceso curativo. «A menudo la elegimos para evitar los sentimientos más hondos hasta estar preparados para afrontarlos» (Kübler-Ross y Kessler, 2006). Este momento podemos enfrascarnos en adjudicar la culpa a alguien. Intentando encontrar una explicación a lo ocurrido, se analiza lo que salió mal y se decide de quién es la culpa. La ira puede manifestarse a través de diferentes conductas a las que uno se ve inducido en esas circunstancias: abuso de alcohol, drogas o promiscuidad (Gullo y Church, 1989).

3. *Negociación*: La persona intenta negociar con el fin de solucionar la crisis y recuperar la relación. Puede pensar: «si hago x, seguro que volvemos». La negociación puede aliviar temporalmente el dolor que conlleva el duelo (Kübler-Ross y Kessler, 2006). Sin embargo, tarde o temprano, se toma conciencia que no, que la relación se ha acabado. En este momento podemos volver a etapas anteriores o pasar al siguiente estadio.

4. *Depresión*: Vivimos en una sociedad que tolera poco la tristeza y sus expresiones. Cuando estamos tristes nos dicen, sal, ánimo. Se la considera como una emoción «negativa» que hay que curar, incluso hay quien la puede asociar a una expresión de debilidad. En realidad, la tristeza es el *sentimiento lógico y normal* tras

una pérdida. Kübler-Ross y Kessler escriben: «la depresión normal es la tristeza que sentimos en determinados momentos de la vida, el resfriado común de las enfermedades mentales». En esos momentos, podemos sentir necesidad de estar a solas, de ir más lentos, de reducir nuestro ritmo. Nos puede costar encontrar sentido a la vida y creer que todo esto durará para siempre. Es momento de «bien-tratarse», de cuidarse, cosa que, para cada persona, tomará una forma.

5. *Pseudoaceptación*: Pasa un tiempo y la persona cree haberlo aceptado y superado, sin embargo poco después vuelve a sentir rabia, tristeza o se encuentra casualmente con la expareja y le da un vuelco el corazón. Por eso denominamos a esta etapa como pseudo-aceptación, no es todavía una aceptación completa.

6. *Aceptación y apertura a la vida*: En toda pérdida algo muere, y ello requiere una despedida, un decir «adiós», pero también algo nace y debemos poder decir un «hola». Algo se pierde, algo se deja, pero también algo se gana. Darse cuenta de lo que se ha ganado a causa de la ruptura es una clara señal de que se está superando el duelo.

La persona tiene cada vez más días buenos que malos. Aparecen las ganas de abrirse de nuevo a la vida, de iniciar proyectos nuevos o nuevas relaciones. Es muy probable que nos sintamos torpes a la hora de iniciar o mantener una cita. Es como aprender de nuevo. Hay un dicho que dice que: para que una puerta se abra hay que dejar cerrada la anterior.

#### 14.5.2. Objetivos del taller

- Ayudar a entender que las pérdidas forman parte de la vida.
- Conocer que el proceso de duelo tiene un inicio y un final, comienza y termina.
- Favorecer en el grupo un ambiente de intimidad, respeto y, en la medida de lo posible, apoyo que facilite la expresión y el poder hablar sobre las pérdidas afectivas vividas.

#### 14.5.3. Descripción de la actividad

El taller se plantea como un espacio de debate, donde vamos a proponer al grupo diferentes cuestiones relacionadas con la ruptura de pareja. Cada uno participa, aporta y se expresa en la medida que lo desea. Es decir, en este taller nadie está obligado a hablar. Cada uno habla en la medida que quiere y cuando lo necesite. Si alguien lo desea puede solo escuchar. Esto tranquiliza a algunos de los asistentes, sobre todo a aquellos más sensibles o que se muestran reacios a abordar el tema, quizá por haber vivido un desamor reciente.

Estableceremos unas mínimas normas para las intervenciones:

Utilizaremos «mensajes yo»: Quien habla, habla sobre él mismo, ella misma, en primera persona (Yo, a mí...).

Evitaremos hablar en segunda persona, acusar o interpretar las palabras del otro, es fundamental evitar cualquier tipo de emisión de juicios respecto al otro, prescindiendo de expresiones del tipo: «tú estás actuando egoístamente...», o «a ti lo que te pasa es....».

Si lo que dice otra persona despierta alguna emoción u opinión en mí, es decir, si lo que dice el otro «me toca», seguiremos utilizando un «lenguaje yo», con expresiones como: «cuando dices eso a mí me pasa que...», «al escucharte me da la sensación de...», «lo que dices es similar (o diferente) a lo que me pasa a mí...».

Una vez expuestas las reglas, preguntaremos si se han entendido o hay alguna duda.

#### a) Presentación del tema al grupo

Para comenzar con el debate podemos plantear al grupo que levante la mano quien no haya vivido ninguna ruptura de pareja en su vida. Con alta probabilidad, encontraremos que muy pocos o ninguno levantarán la mano. Este hecho ya puede ser utilizado para transmitir la idea de que las pérdidas o las rupturas de pareja forman parte de la vida y que, por ello, es importante dedicarle un espacio a abordarlo de forma abierta, mirando qué nos pasa, cómo lo experimentamos, qué hacemos y sobre todo qué nos ayuda en una situación como esta.

#### b) Cuestiones para el debate

- *¿Cómo has vivido tú la/s ruptura/s de pareja?, ¿qué haces en esos momentos?* La ruptura puede ser vivida como una liberación: recordamos fundamentalmente las malas experiencias; o como una pérdida irreparable: recordamos los buenos momentos que quisiéramos retener y que ahora desaparecen. Y esta *nueva situación desconocida a menudo nos produce temor*, incluso ante la perspectiva de que sea mejor que lo ya vivido, Fina Sanz (1995).

- *¿Qué cambia y qué es similar cuando eres tú quien toma la decisión a cuando es la otra persona quien plantea la ruptura?*

- La terapeuta Fina Sanz (1995) habla del desamor *de dentro a fuera*: cuando la persona que es nuestra pareja deja de seducirnos, quizá porque una vez la conocemos mejor nos damos cuenta que su forma de pensar, de sentir, de actuar, no coincide con nuestros valores o nuestras expectativas, quizá se han dado cambios por nuestra parte que no se han dado en la suya... Cada uno evoluciona de una forma. Y del desamor *de fuera a dentro*: cuando es la otra persona quien se desenamora. Generalmente la persona que no está desenamorada no puede o no quiere ver los signos que la pareja le va dando. Quien vive el desamor desde fuera, lo siente bruscamente, es probable que aparezca el sentimiento de abandono e impotencia, y debe hacer el duelo «de golpe».

- Las pérdidas forman parte de la vida. La ruptura de pareja es un buen ejemplo de algo de lo que nos tenemos que despedir, pero *¿qué otras pérdidas has experimentado en la vida?* un ser querido, un trabajo, un sueño o una ilusión, incluso cierta expectativa de algo que esperarías que ocurriera y nunca ocurrió...

- *¿Qué te ha ayudado en esos momentos después de una pérdida, en qué te has apoyado?*

Generalmente, al grupo le suele costar iniciar el debate pero, una vez comenzado, cuando se dan cuenta que pueden expresarse sin temor, comprueban que otras

personas han experimentado vivencias similares y se sienten con más confianza, el diálogo suele tornarse más fluido, incluso el tiempo previsto puede quedar corto. De todos modos, si se considera oportuno y disponemos de tiempo, podemos completar el debate con alguno de los ejercicios complementarios.

#### 14.5.4. El cambio llega con la acción

A través del debate no se pretende llegar a ninguna conclusión concreta; el hecho de favorecer la expresión (en oposición al silencio) ya será importante. Como en otros talleres, si se detectan temas personales pendientes de resolver, pueden abordarse en terapia individual.

Sin embargo, conscientes de que el verdadero cambio requiere de una acción, sí podemos favorecer pequeños movimientos en los asistentes. A lo largo del taller y al hilo de las intervenciones del grupo, podemos sugerir acciones concretas a personas concretas, conductas que faciliten el avance (en oposición al estancamiento) en el proceso de asumir la ruptura, por ejemplo:

- Soltar, desprenderse de algún objeto que, de alguna manera, nos mantenga atados a la persona perdida, nos va a ayudar. Se trata de algo que sentimos que nos pesa, que nos da «mal rollo», que nos ancla y que nos devuelve al dolor. Ese objeto puedes regalarlo o tirarlo.

- Escribe una carta de despedida. Incluye lo que te gustó, pero también lo que detestabas de la otra persona, las expectativas no cumplidas, lo que le agradeces y aquello de lo que le culpas; aquello con lo que te quedas y aquello que dejas ir...

#### 14.5.5. Actividades complementarias

##### a) Limpiar una habitación:

El sentimiento de vacío es vivido como algo muy negativo y habitualmente no sabemos qué hacer o cómo manejarnos ante él. Frente a esta situación, una persona habituada a escapar de las emociones desagradables, es fácil que experimente el deseo de consumir.

Proponemos un ejercicio extraído de Fina Sanz (1995) que ayudará a entender y dar un sentido al sentimiento de vacío experimentado tras una pérdida. En esta dinámica se utiliza la imagen de «limpiar una habitación» como símil de la «limpieza interior». Como escribe la autora, a través de este ejercicio:

La persona se da cuenta de la importancia del vacío. Si no hay vacío no podemos colocar otras cosas. Además, el vacío también es bello y refrescante. Si nos permitimos estar bien con el vacío, poco a poco nos daremos cuenta de qué queremos poner en su interior.

Se trata de una fantasía dirigida que puede realizarse como actividad grupal. El terapeuta leerá un texto, dando tiempo para que el grupo, en silencio y con los ojos cerrados, imagine la escena. Finalmente, dejaremos un espacio para la puesta en común.

Antes de comenzar es importante exponer al grupo una serie de recomendaciones o instrucciones previas:

Vamos a realizar una visualización, voy a ir narrando una escena y vosotros, en silencio, con los ojos cerrados, vais a imaginarla con el máximo detalle que podáis.

La visualización, al igual que la relajación, es una técnica activa, no es algo pasivo. Es decir, vosotros tendréis que ir haciendo cosas: en este caso, imaginar una escena. Esto lo digo porque os voy a pedir que adoptéis una postura cómoda pero que, a la vez, os mantenga activos. Dicho de otra manera, si os ponéis en una postura que invite al sueño, os vais a dormir. Una buena postura es sentado en una silla, con la espalda apoyada en el respaldo, los pies en el suelo y las manos sobre las piernas.

Os voy a pedir también que cerréis los ojos. Esto ayuda a aislarse del exterior y centrarse en uno mismo. Si alguien se siente muy incómodo puede hacer el ejercicio con los ojos abiertos aunque, personalmente, creo que es mucho más fácil seguir las instrucciones con los ojos cerrados.

Si, por alguna razón, alguien piensa en abandonar la visualización, en primer lugar le invitamos a seguir intentándolo, pero si no puede, lo único que le pedimos es que no interrumpa al resto del grupo. Permite que tus compañeros hagan su ejercicio.

Para terminar, durante el ejercicio os voy a sugerir que soltéis la tensión. Las personas acumulamos tensión en diferentes zonas del cuerpo o grupos musculares. Hay quien puede notar tensión en los hombros, en gemelos, etc. Con la expresión «soltar tensión» me refiero a que, si notas tensión en alguna zona, puedes mover esa parte o reacomodarte en la silla con la intención de dejar ir la tensión. Esto también ayudará a centrarte en la visualización.

Una vez explicado el procedimiento, nos aseguramos de que todo el mundo lo ha entendido y atendemos sus posibles dudas. A continuación, comenzaremos el ejercicio pidiendo que, a partir de ese momento, mantengan silencio, cierren los ojos y adopten una postura cómoda, a la vez que activa. En ese momento, daremos las siguientes directrices, que facilitarán la posterior visualización:

Centra tu atención en la respiración. Observa cómo entra el aire en tus pulmones y cómo lo expulsas. Respira ahora profundamente, tomando el aire por la nariz, manteniéndolo un instante y después soltándolo por la boca, como si tratases de soplar una vela. A tu ritmo, sin prisa, realiza varias respiraciones profundas.

Si percibes alguna zona con tensión en tu cuerpo, a medida que respires, puedes ir soltando esa tensión.

Continuaremos leyendo, sin prisa, el siguiente texto, dejando tiempo para que el grupo imagine la escena:

*Imagínate ahora una estancia. Esa habitación está semi-oscura, de modo que a través de la poca luz que existe puedes ver su interior.*

*El interior de la habitación está repleto de cosas, amontonadas unas sobre otras, utensilios, muebles, objetos. Ha estado mucho tiempo sin limpiar. Date cuenta cómo te sientes allí. Observa las cosas que hay en su interior. Fíjate en cómo huele.*

*Tómate el tiempo para decidirte a limpiarla. Cuando lo hayas decidido, imagínate que coges un trapo para el polvo, una escoba y una fregona y grandes bolsas para la basura...*

*Empieza tirando a la basura todo aquello que deseas eliminar de la habitación, bien para tirarlo directamente a la basura, bien para dejarlo fuera de tu casa. Puedes dejar la habitación vacía o bien dejar solo aquello que deseas mantener.*

*Imagínate ordenando la habitación, limpiando a fondo el polvo. Abre la ventana para que se ventile. Limpia el suelo... Perfúmalala con el olor que desees. Puedes poner flores si prefieres...*

*En estos momentos entra la luz por la ventana, ves la habitación totalmente iluminada. La miras y observas que en estos momentos está como deseas que esté, y su olor te resulta agradable. Imagínate que te colocas en una posición cómoda y te permites encontrarte bien en ella, disfrutarla.*

Una vez leído el texto, dejamos un tiempo (de dos a cinco minutos) para que puedan saborear la sensación de encontrarse en la habitación. Para facilitar la transición de la fantasía al momento presente, pediremos que vuelvan a centrar su atención en la respiración. Después pueden ir incorporando poco a poco el movimiento, comenzando por los dedos de manos y pies, para finalmente abrir los ojos.

*Primer momento de la puesta en común:*

Proponemos realizar primero una puesta en común en grupos de tres o máximo cuatro personas, donde todos tengan la oportunidad de hablar. Preguntas para compartir: ¿Qué has visualizado?, ¿cómo te has sentido?, ¿de qué te das cuenta?

*Segundo momento de la puesta en común:*

Finalmente, en el gran grupo, se da pie a que quien lo desee pueda expresar lo que necesite. En este momento, a medida que el grupo lo permita, vamos planteando las siguientes cuestiones:

- ¿Qué sensación aparecía después de haber limpiado la habitación? (hay más espacio, podemos poner otras cosas, deseamos dejarla con pocas cosas...).
- La sensación de vacío que aparece tras una pérdida ¿en qué nos puede ayudar?
- Lo experimentado en este ejercicio ¿qué me dice, qué mensaje me aporta sobre mi vida?

b) Visualización dirigida individual:

Se trata de un ejercicio que se puede proponer a una persona que ha vivido una ruptura reciente y le cueste «soltar» o salir de la relación. El resto del grupo escucha en silencio. Este ejercicio lo conocimos de la mano de Fidel Ros, buen terapeuta gestáltico, y consiste en pedir a la persona que imagine un encuentro con quien fue su pareja. El terapeuta va describiendo sin prisa la secuencia y quien escucha va imaginado la escena:

Imagina que estás en un lugar delante de la persona que fue tu pareja. Date cuenta de cómo es la estancia o el lugar. Puedes ver cómo va vestida, la forma de su pelo, cómo te mira, incluso puedes percibir su olor o su perfume. Cuantos más detalles percibas, tanto mejor. Mantente en una distancia que sea adecuada para ti y, en tu imaginación o hablando en voz alta, repite dirigiéndote a ella las siguientes palabras.

A continuación, el terapeuta dice cada frase sin prisa, dejando tiempo para que la persona pueda repetir las en voz alta o en su imaginación: «Te he querido mucho y me

he sentido querido/a por ti. Ahora me voy. Me llevo lo mío y te dejo lo tuyo. Me llevo conmigo lo bueno que me diste. Dejo contigo lo bueno que te di. Y así ahora está bien».

Esta aparentemente simple intervención puede mover diferentes emociones en otras personas del grupo. Es importante atenderles, dar la palabra al grupo y escuchar lo que les ha pasado.

## **14.6. Taller: Para disfrutar en la sexualidad es importante...**

### 14.6.1. Presentación

El presente taller pretende hacernos reflexionar sobre aquellos aspectos que favorecen o, por el contrario, entorpecen la satisfacción en la vivencia de la sexualidad y los encuentros sexuales. No podemos olvidar que una de las funciones de la sexualidad es la de obtener placer. Inicialmente, la dinámica que presentamos surge de una propuesta de educación sexual realizada por Cruz y Sáez (1994) y adaptada por nosotros para la población a la que se dirige este manual.

### 14.6.2. Objetivos del taller

- Concienciar sobre aspectos básicos necesarios para disfrutar de la sexualidad.
- Fomentar la creatividad del grupo en torno a la sexualidad.
- Elaborar un decálogo de aspectos que favorecen el placer en las relaciones sexuales.

### 14.6.3. Descripción de la actividad

Una vez tenemos al grupo frente a nosotros, se propone la frase «para disfrutar de la sexualidad es importante...», y se anima a los participantes a que la completen. Con todo ello pretendemos llegar a elaborar un decálogo de aspectos que nos ayuden a disfrutar de la sexualidad.

La actividad puede desarrollarse de dos modos: 1. Podemos plantear la cuestión directamente al gran grupo a modo de debate o, 2. Si no muestran demasiado espíritu participativo o carecen de ideas que compartir, podemos dividir el gran grupo en subgrupos de tres o cuatro personas. En este segundo caso, es importante conseguir que todos los integrantes de los grupos pequeños hablen y aporten cuanto puedan; además, cada subgrupo elegirá un portavoz. Tras un tiempo de trabajo en los subgrupos, el formador propondrá la puesta en común.

Para desarrollar el taller, solicitaremos la colaboración de dos personas voluntarias: 1. Si disponemos de pizarra (no es indispensable pero si recomendable), pediremos un primer voluntario para escribir en ella las respuestas del grupo, de modo que estén visibles durante toda la sesión, y 2. Solicitaremos un segundo voluntario que tomará nota en un cuaderno o en un papel de las propuestas que surjan y, posteriormente, redactará un texto en limpio con el título: Para disfrutar de la sexualidad es importante...». De este documento se hará llegar una copia a cada uno de los integrantes del grupo.

El reparto de estas tareas tiene que quedar claro antes de comenzar la actividad. Si no aparecen personas voluntarias, no llevaremos a cabo la actividad. En tal caso, el objetivo del taller pasaría a ser otro distinto: debatir sobre la escasa participación y las posibles alternativas de solución.

Presentamos a continuación cuatro aspectos básicos que, bajo nuestro punto de vista, es necesario mencionar siempre.

#### 14.6.4. Cuatro aspectos básicos

Se trata de una serie de aspectos que consideramos irrenunciables para una vivencia satisfactoria de la sexualidad y las relaciones sexuales. Estas ideas, aunque puedan parecer obvias, constituyen los mínimos imprescindibles que, si no los han mencionado los participantes, deberán ser expuestos por la persona que coordina el grupo, de modo que se incluyan en el decálogo final. Son los siguientes:

##### a) Todo encuentro sexual debe ser libremente aceptado

Se trata de una cuestión de respeto, un valor básico en las relaciones interpersonales. En este caso el respeto tiene una doble dirección: hacia la otra persona, en el sentido de no obligar a nadie a hacer nada que no quiera, y hacia uno mismo, es decir, no obligarme a hacer nada que yo mismo no desee hacer.

En este punto, no es extraño que alguien del grupo nos argumente que hay personas que fantasean con relaciones sexuales forzadas y disfrutan con ello. El coordinador del grupo debe saber que fantasear con algo no significa necesariamente que la persona desee vivir esa experiencia en la vida real. Y menos si hablamos de sexualidad. De hecho, la ventaja de la fantasía es precisamente que nos permite imaginar que vivimos un hecho sin correr riesgos innecesarios. Además, todo queda en el mundo de lo privado. Nadie puede saber lo que otra persona fantasea, a menos que esa misma persona lo desvele.

##### b) Aceptar la propia orientación de deseo

Todas las personas tenemos deseo sexual y lo orientamos hacia otras personas de igual o diferente sexo. *Homo*, *hetero* y *bisexuales* son personas sanas y «normales» cuya única diferencia es el objeto hacia el que dirigen su deseo sexual.

##### c) Prevenir riesgos asociados

El miedo a un embarazo cuando este no es deseado o a adquirir una infección transmitida sexualmente va a restar disfrute a menos que pongamos medidas para impedirlos. En el taller de prevención de riesgos ya habremos hablado de los distintos modos de prevención, pero recordaremos aquí la utilidad del preservativo, el único método que previene ambos riesgos.

##### d) Tener una adecuada salud sexual

Esto significa que, ante cualquier problema o síntoma que afecte a genitales (fimosis, picores en la zona genital, escozor al orinar...), deberemos acudir al médico para solucionarlo. Si existe un problema orgánico, será prioritario el solucionarlo para poder disfrutar de la sexualidad.

#### 14.6.5. Otras sugerencias

A continuación presentamos tres ideas que si bien no son imprescindibles, a buen seguro favorecerán el goce sexual:

##### a) Juega en todo el campo

Nos referimos aquí al hecho de incluir todo el cuerpo en las relaciones sexuales, en lugar de reducirlas exclusivamente a los genitales. Reproducimos a continuación una entrada del blog del «Centro de Psicoterapia y Sexología de Castellón», inicialmente publicada el 18 de febrero de 2013, donde proponemos un modo sencillo y coloquial de explicar esta cuestión a los usuarios de nuestros centros:

Hoy queremos haceros dos preguntas. Ahí va la primera: ¿Cuál es el órgano sexual más grande que tenemos las personas?

Cuando preguntamos esto a un grupo de adolescentes suelen responder el cerebro o el corazón. Es cierto que estos órganos son bien importantes, les decimos, pero se trata de un órgano externo. No faltan grupos en los que algún chico se expresa diciendo: la polla. El pene es un órgano diminuto, les apuntamos. Se trata de un órgano mayor y que tenemos todas la personas. Entonces puede que alguien se aventure a decir: el culo.

Tú que ahora estás leyendo, ¿qué responderías?

Si decimos que se trata del órgano que envuelve todo nuestro cuerpo descubrirás, si no lo has hecho ya, que nos referimos a la piel. La piel es el órgano más extenso del cuerpo. Se calcula que, en una persona adulta, ocupa alrededor de dos metros cuadrados. Le doy el apellido de «sexual» porque es principalmente en la piel donde se encuentra el sentido del tacto. Multitud de receptores nos permiten percibir presión, temperatura, aspereza o suavidad de cualquier objeto que tocamos o nos toca (como por ejemplo otras manos, otro cuerpo).

Segunda cuestión: ¿Qué pensarías de un equipo de fútbol en el que sus once jugadores pasan todos los partidos sin salir del área pequeña de su portero? Es decir, cada partido permanecen los 90 minutos dentro de su «área chica», que es el espacio delimitado por el rectángulo más pequeño y cercano a su portería. En todo el partido no se mueven de ahí.

Los jóvenes a quienes pregunto concluyen que sería un mal equipo, excesivamente defensivo, que no ganaría ningún partido, acabaría aburriendo y no valdría la pena ir a ver jugar.

Pues bien, y aquí viene lo interesante: lo mismo ocurre en las relaciones sexuales.

Un amante que solo sabe jugar en una pequeña área de su cuerpo (como son los genitales) y que sus relaciones sexuales se limitan únicamente a «meter algo en algo» es un pobre amante que, por monótono, llegará un momento en que no merezca la pena ir a ver.

Seamos sensatos. El coito está muy bien, no se trata de quitar nada, pero no olvides que disponemos de dos metros cuadrados de piel para besar, acariciar, amasar, chupar, mordisquear... Todo un cuerpo, de pies a cabeza, disponible y receptivo para dar y recibir placer. Así que juega en todo el campo. No te quedes en una sola área. Incluye y juega en todo el cuerpo. Tu pareja te lo agradecerá... ¡y tú seguro que también!

b) Sé realista en cuanto a las expectativas

Para empezar, no te creas el mito de las películas *made in USA* (Mestre, 2012). A buen seguro que a los usuarios les resultan familiares escenas como la siguiente:

*Hombre de cuerpo escultural conoce a mujer de cuerpo perfecto. Al instante surge una mutua y gran atracción entre ambos.*

*La escena continúa en un rascacielos de Manhattan con vistas al Empire State donde, ya en el ascensor (probablemente con paredes de cristal), las distancias se acortan. Sus labios se unen, ambos sonríen. Un beso lleva a otro más apasionado y el deseo se hace incontrolable. La temperatura sube. Hábilmente ella le desabrocha la camisa y se pierde entre sus brazos.*

*Él apenas se baja los pantalones y, en un arranque de pasión, con poco esfuerzo aparente, la levanta, apoyándola contra la pared, de modo que sus genitales coinciden y el coito se logra sin ningún impedimento (y eso que es la primera vez que lo intentaban). A primera vista se entiende fácilmente que ella también estaba muy excitada, porque la cosa ha ido bien.*

*En un claro gesto de placer ella se muerde el labio inferior. Y, antes de que el ascensor alcance su destino, llega para ambos y, lo más maravilloso, de forma simultánea, un orgasmo como nunca jamás habían experimentado. Ven el cielo. De fondo suenan fuegos artificiales, y de fondo suenan unas trompetas africanas. La escena termina.*

Vale, quizá al llegar a este punto nos hayamos pasado un poco, pero hay quien fantasea con esta o similares escenas como la relación sexual ideal y, lo que es más preocupante, cuando una relación suya se aleja de este ideal, la vive con cierta frustración o incluso sensación de fracaso.

Sin embargo, si te crees esto, si aspiras a que tus relaciones sexuales sean así (pareja heterosexual con rápida excitación, conocimiento ya desde la primera cita de lo que al otro le hace «vibrar» y, para rematar la faena, perfecto acoplamiento y orgasmo simultáneo, que la mujer consigue solo con el coito), estás perdido, porque esta escena es irreal, es fantasía, es película, es un mito.

*¿Por qué es mito?*

1. En primer lugar, porque nos presenta cuerpos que cumplen fielmente el ideal de belleza social. Se trata de actores seleccionados (de entre miles) por su físico. A este respecto, si nos comparamos «físicamente» con ellos, lo más probable es que nos sintamos en inferioridad.

2. En esta escena ambos saben lo que hace «vibrar» al otro y, lo más mágico, es

que lo saben sin haber hablado del tema. En realidad, en el sexo, lo que a una persona le puede gustar, a otra le puede crear verdadero rechazo, de modo que la comunicación sexual es básica y conocerlos lleva tiempo.

3. La primera vez que una pareja intenta llegar al coito, incluso aunque ambos lo deseen y tengan experiencia con parejas anteriores, puede suceder que no lo consigan. Quizá por los nervios, quizá por las propias autoexigencias para quedar bien, quizá porque son cuerpos diferentes que no se conocen... Sea por lo que sea, si te llega a ocurrir esto, lo mejor es no forzar nada, ni tampoco creerte un mal amante. Con toda probabilidad, sin prisa, con más calma, otro día la cosa irá mejor.

4. Hay determinadas posturas que visualmente son bonitas, pero como mínimo son incómodas y poco realistas. Conviene recordar que en las películas prima que el plano y que la imagen sea estética. Otra cosa es que sea posible en la vida real.

5. La prevención de riesgos es básica para poder disfrutar de la sexualidad. El miedo a un embarazo no deseado, por ejemplo, supondrá un importante obstáculo para el disfrute en una relación sexual, sobre todo para una mujer que no desea en ese momento ser madre. En cambio, a poco que se ojee, los protagonistas de nuestra escena ni siquiera han mencionado el tema.

6. Otra realidad que no se contempla es que la mayoría de mujeres no alcanzan el orgasmo solo con la penetración.

7. Finalmente, el mito del orgasmo simultáneo. Sí, es cierto que a veces puede ocurrir, pero si sucede se trata de una feliz coincidencia y no es lo más frecuente. Si ambos llegan al orgasmo, lo más habitual es que primero llegue un miembro de la pareja y luego el otro. Es más, la misma obsesión por lograrlo a la vez puede llevar precisamente a lo contrario, es decir, a no disfrutar del encuentro.

En conclusión, sé realista, no caigas en la trampa, no te creas el mito de las películas *made in USA*.

### c) Cuidar la calidad de la relación de pareja

En este punto, podemos recordar las palabras de Virginia Johnson en *El vínculo del placer* (1978): «Nada bueno puede pasar en la cama entre dos personas si, antes de que se metieran en ella, no han estado sucediendo entre ellos otras cosas buenas. De modo que una relación sexual empieza mientras aún se lleva la ropa puesta».

Para terminar, y esperando que sirvan de ejemplo, incluimos algunas ideas para disfrutar de la sexualidad entresacadas de diferentes decálogos surgidos de otros tantos talleres:

- Encontrar una persona con gustos y valores parecidos a los míos en materia sexual.
- En todo caso, va a ser muy importante la comunicación y el llegar a acuerdos.
- Respeto.
- Intimidad. Confianza en la pareja. Confianza para mostrarte como eres. Confianza en pedir lo que me gusta.
- No comparar.
- Innovar: cambiar el lugar, la forma, el ambiente (cada día puede ser uno quien lo

prepare: una luz suave, una música que nos guste, un perfume agradable...).

- Ser realista en cuanto a las relaciones sexuales. A veces se disfruta más, a veces menos y eso es normal. Un mal día lo tiene cualquiera.

- Higiene personal.

- Practicarla sin drogas, para sentir y disfrutar más.

- Caricias, susurros, roces (no solo penetración).

- Recordar que el objetivo del sexo es gozar, NO rendir. No es un trabajo. Evitar los «tengo que...» (durar más, durar menos, llegar a la vez, demostrarle que soy el/la mejor amante...).

- Disponer de tiempo y estar relajado.

- Quererse a uno/a mismo/a, aceptar el propio cuerpo (tener autoestima).

## **14.7. Taller: Aprendo a conocerme y valorarme**

### 14.7.1. Presentación

Si favorecer la sensación de seguridad y valía personal es importante en la población general, se torna fundamental en drogodependientes y más, si cabe, cuando la adicción se acompaña de una dependencia afectiva asociada.

Detectar las propias necesidades, como un primer paso ineludible para poder satisfacerlas; reconocer los propios puntos fuertes: cualidades y logros; detectar errores de pensamiento; comenzar a relativizar el error y asumirlo como parte del vivir; familiarizarse con el silencio y la soledad para no temerlos sino que, más bien al contrario, puedan convertirse en una especie de refugio privado, son propuestas con las que vamos a trabajar.

Si queremos que los usuarios de nuestros centros mejoren, debemos favorecer su sensación de autoestima, de capacidad, de poder interno. Se trata de un aspecto básico que supone una prevención no específica y que va más allá de la dimensión sexual.

### 14.7.2. Objetivos generales

El objetivo final, como ya hemos apuntado, es favorecer la seguridad personal o, dicho de otro modo, el sentimiento de poder interno, de sentirse capaz. Para ello proponemos los siguientes objetivos generales:

- Favorecer el autoconocimiento. En este taller focalizamos sobre el reconocimiento de las propias necesidades, así como la toma de conciencia de habilidades y cualidades, es decir, de los puntos fuertes.

- Favorecer la autoaceptación de lo descubierto.

- Detectar diferentes errores de pensamiento que distorsionan la realidad.

- Revisar la propia relación con el error, es decir, qué me pasa cuando yerro. Pretendemos ayudar a disminuir la asociación error-fracaso y favorecer el binomio error-aprendizaje. Entender que acierto y error forman parte de la vida.

- Familiarizarse con el silencio y la soledad. Ayudar a entenderlos como recursos y no como enemigos.

En definitiva, entendemos que si fomentamos que la persona sea capaz de detectar

y satisfacer sus necesidades, sea consciente de sus puntos fuertes, interprete la realidad de un modo más acertado, un error no le hunda sino que aprenda de él y le dotamos de estrategias para calmar la mente y sosegar el cuerpo, estamos favoreciendo la confianza y seguridad en sí misma.

### 14.7.3. Actividades

Es este un taller amplio, que presenta dinámicas suficientes para varios encuentros. Cada actividad sugerida puede desarrollarse de forma independiente, de modo que el lector podrá seleccionar aquella o aquellas que considere más adecuadas para adaptarse al grupo con el que trabaja e, incluso, ampliarlas con otras que conozca, creando así su propia programación. Las propuestas concretas son seis:

- a) Detecto mis necesidades.
- b) Dar mi afecto.
- c) El árbol de los logros.
- d) Descubriendo pensamientos erróneos.
- e) El error forma parte de la vida.
- f) Práctica de relajación, asociada a momentos de soledad y silencio.

Las dos primeras actividades han sido extraídas y adaptadas del texto de Moreau (1999). La cuarta actividad supone la adaptación de una dinámica contenida en el libro *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*, López (1995), que contiene numerosas e interesantes propuestas de actividades prácticas.

#### a) Detecto mis necesidades

##### *Presentación*

Como apunta Anne Wilson Schaef (1999), los adictos «se han servido de sus adicciones para desconectar sus sistemas internos de información». Por ello, es esperable que dispongan de un conocimiento limitado o distorsionado sobre ellos mismos, de quiénes son y cuáles son sus necesidades.

Para que las personas sepan quiénes son deben darse cuenta de cuándo tienen que ir al baño. Deben darse cuenta de cuándo están cansadas. Deben darse cuenta de cuándo tienen hambre. Deben darse cuenta de cuándo les gusta algo o no les gusta. Tienen que darse cuenta de cuándo están emocionalmente heridos, enfadados, con miedo, solos, con necesidad, felices o a gusto (Schaef, 1999).

En definitiva, deben reconocer sus necesidades, solo así podrán iniciar las acciones que lleven a satisfacerlas.

Sirviéndose del grupo, esta dinámica propone una introspección personal y pretende ayudar a los participantes a detectar sus necesidades más importantes. Pero, antes de comenzar, consideramos necesario aclarar a qué nos referimos cuando hablamos de necesidades.

Una necesidad no se refiere a algo que «nos apetece». Por ejemplo, para terminar una comida me puede apetecer comer un dulce, pero mi cuerpo me puede estar señalando que lo que necesito es dejar de comer ya. Tampoco lo debemos confundir con un «deseo» o una «aspiración». Esto se refiere a la meta final y, en este caso, la

pregunta adecuada sería: ¿qué necesito hacer (o dejar de hacer) para alcanzar ese objetivo, esa meta final?

Cuando nos preguntamos por aquello que necesitamos, una trampa en la que solemos caer con frecuencia es respondernos que aquello que necesitamos depende, totalmente o en parte, de otras personas o incluso de la suerte. Ejemplos de ello serían: necesito «que mi pareja quiera continuar la relación», o necesito «que me toque la lotería». A ello tampoco nos referimos cuando hablamos de necesidades; esta perspectiva nos vuelve pasivos, ya que es el otro quien debe cambiar o la vida quien me lo debe proporcionar. Siguiendo los ejemplos propuestos, dado que mi pareja se está replanteando la relación o dado que no tengo suficientes ingresos, la pregunta que plantearme, de nuevo sería: ¿cómo puedo yo contribuir para que, eso que deseo, ocurra?, ¿qué necesito yo hacer?

También sabemos que tomar conciencia de cómo me siento, me ayudará a darme cuenta de qué necesito. Finalmente, en otras ocasiones, en cambio, lo que necesitamos es aceptar una realidad que no podemos cambiar, asentir que algo es como es, aunque no nos guste.

### *Descripción*

Proponemos al grupo que se sienten en círculo y cierren los ojos. Podemos indicarles que centren su atención en la respiración, y que vayan adoptando una actitud de observadores respecto a ellos mismos. A continuación, sin prisa, dejando tiempo para que vayan realizando las reflexiones que les vamos a pedir, les sugerimos la siguiente meditación:

Ahora te invito a que pienses en ti mismo. Para comenzar, puedes observar cómo te sientes ahora, en este instante. Ten en cuenta que los sentimientos no son ni buenos ni malos. Lo cierto es que los sentimientos nos dan información sobre nuestros deseos (si nos acercamos o nos alejamos de ellos) y sobre lo que necesitamos. En este momento de tu vida, ¿qué emoción es la que vives con más frecuencia, qué emoción te es más familiar?, es decir, generalmente te sientes enfadado, sosegado, alegre, triste, frustrado, satisfecho, dolido, agradecido, celoso, confiado, temeroso, esperanzado...

Toma conciencia de cómo te sientes. Y desde ese sentir, observa cuáles son tus necesidades reales, aquí, en este momento de tu vida. No prestes atención ahora a lo que te han dicho que debe ser lo normal o lo que es esperable de alguien en tu situación. Mira con claridad tus deseos. Si algunos de estos deseos no están aún satisfechos, no te encuentras bien y eres responsable de ese sufrimiento. Sigue preguntándote: ¿en qué es en lo que no estoy satisfecho?, pero también ¿cómo puedo conseguir la satisfacción?, ¿cómo puedo yo contribuir para que eso que deseo ocurra? (Dejamos un tiempo para que cada participante vaya realizando estas reflexiones de modo individual).

Después, levántate lentamente y pasea por la habitación, mirando al suelo mientras sigues reflexionando.

Ahora elige un compañero. Colocaos cómodamente mirándoos cara a cara. Tomando contacto con la mirada. El que antes se decida que pregunte al otro ¿Cuáles son tus necesidades?, o ¿qué necesitas ahora? No entréis en discusión. Uno contesta y

el otro está ahí para escuchar. Después, invertid los papeles. Cuando terminéis, os separáis y os colocáis delante de otra persona, para continuar junto a ella vuestra meditación. El otro se queda abierto a vuestra confianza, sin emitir juicio de aprobación o recriminación. De esta forma entráis en relación con varias personas sucesivamente, explorando distintas facetas de estas mismas necesidades.

La dinámica descrita hasta aquí puede tener una duración de media hora, tras lo cual, cada participante vuelve a ocupar su lugar en la sala y damos un espacio para compartir y poner en común lo surgido durante el ejercicio.

## b) Dar mi afecto

### *Presentación*

La dinámica consta de cuatro partes:

1. Escribir piropos a los demás.
2. Cada participante lee para sí mismo lo que le han escrito.
3. Apropiarse, hacer suyas las valoraciones positivas recibidas.
4. Agradecer lo recibido.

### *Descripción*

De entrada, proponemos al grupo que cada participante, con ayuda de cinta de celo, sujete una hoja de papel en blanco (tipo folio) en la espalda de su compañero. Cuando todos tengamos la hoja en la espalda el coordinador comenzará con la descripción de la actividad.

Podemos preguntar a los asistentes si les gusta que les digan cosas bonitas, si esto les ocurre con frecuencia o si ellos suelen decir lo que les gusta de los demás. Tras este breve debate pasamos a explicarles la dinámica: hoy vamos a dar piropos o valoraciones positivas a nuestros compañeros. Esta vez lo vamos a hacer por escrito, por eso nos hemos colocado la hoja. Primero os explico cómo lo vamos a hacer y luego nos pondremos en marcha, ¿vale?

Todos nos pondremos de pie e iremos andando por la sala. Cuando alguien quiera escribir un piropo a otra persona, le hace una señal para que se quede quieto y lo escribe en el papel de la persona. No hay que firmar, cada mensaje es anónimo.

Hay dos condiciones. La primera es que se trate de algo positivo referido a esa persona. La segunda, y muy importante, es que sea verdad. Es decir, preferimos que no le escribáis a alguien a que le escribáis algo solo por compromiso o porque antes os haya escrito a vosotros.

Para todo esto dejaremos un tiempo prudencial (dependerá del número de participantes. Como media podemos estimar un minuto por persona. El grupo también nos irá indicando si necesita más tiempo). Cuando queden 2 minutos avisamos para que vayan terminando por si les falta alguien a quien quieran escribir.

Después de escribir los piropos nos tomaremos un tiempo para que cada uno lea la lista que le han escrito sus compañeros.

Llega, entonces, el momento de apropiarse de las afirmaciones de los demás sobre uno mismo. Para ello pedimos voluntarios que deseen leer en voz alta lo que le han

escrito. Al voluntario le pedimos que lea las frases de una forma especial: en primera persona. Es decir, si a alguien le han escrito: «eres formidable, me gustan tus ojos...», uno lee: «soy formidable, me gustan mis ojos...».

Al mismo tiempo, date cuenta de cuántas de esas frases coinciden con lo que tú piensas de ti mismo. Si los demás te han atribuido esas cualidades ¿no será que en mayor o menor grado las tengas? Recordad que una condición era escribir la verdad. Una vez la persona termina de leer su lista podemos preguntarle: ¿Cuáles de esas características tienes realmente en tu vida? Le pedimos que al menos mencione dos o tres aspectos diciendo «yo soy...» y agradecemos su participación.

Lo ideal sería que todo el grupo leyera su hoja en primera persona, pero si alguien se niega respetaremos su opción, aunque si le invitaremos a que lo haga a solas.

Finalmente, preguntamos al grupo: después de recibir ¿qué podemos hacer?

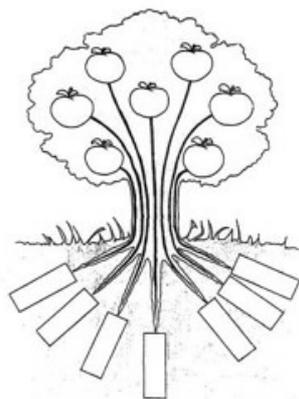
Tras escuchar sus respuestas, les señalamos que, después de recibir los piropos, vamos a agradecer lo recibido. Para ello nos colocamos en círculo, de modo que todos podemos vernos y les invitamos a que, con la mirada, sin palabras, agradezcan al grupo aquello que hoy han recibido.

### c) El árbol de los logros

Se trata de una conocida técnica que permite reflexionar a cerca de los propios logros en la vida.

#### *Descripción*

Dibuja un árbol que ocupe toda la hoja, con sus raíces, ramas y frutos. Aquí presentamos un modelo de árbol, pero puedes inventar otro que te guste.



Coloca, en los frutos, los logros conseguidos a lo largo de tu vida. Poco importa si se trata de logros grandes o pequeños, más bien lo importante es que te sientas orgulloso, contento, o satisfecho de ello.

Todo logro ha tenido una intervención nuestra. Una vez completada la parte superior (frutos), es momento de reflexionar sobre cuál fue nuestra participación para conseguir dichos logros: esfuerzo, preparación, perseverancia, empeño, no darse por vencido ante los errores, etc. Es posible que hayan intervenido otros factores, a veces incluso la suerte, pero ahora nos preguntamos sobre aquello con lo que nosotros

hemos contribuido, es decir, en qué hemos colaborado nosotros para alcanzar esos logros. Todo ello lo escribimos en las raíces.

Pedimos al grupo que hagan una conexión entre cada logro (los frutos) y lo que ellos han puesto de su parte para lograrlo (las raíces).

Otra posible reflexión es darnos cuenta que también en las cosas que no logramos tenemos una participación. La pregunta sería: ¿cuál es mi participación cuando no logro algo?

Una vez realizado el trabajo de forma individual, podemos reunirnos en pequeños grupos de 3 o 4 personas para comentar aquello de lo que nos hemos dado cuenta. En un último momento podemos dejar un tiempo para que, quien lo desee, pueda exponer sus reflexiones o dudas al gran grupo.

#### d) Descubriendo pensamientos erróneos

##### *Presentación de la actividad para el grupo*

Comenzaremos explicando la relación entre pensamientos y sentimientos. Podemos presentarles el tema señalando que ambos se influyen mutuamente, pero hoy vamos a centrarnos en cómo nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos. Para ejemplificarlo podemos plantear al grupo la siguiente situación extraída y adaptada del proyecto del Ministerio de Sanidad y Consumo, «Promoviendo la adaptación saludable de nuestros adolescentes»:

«En un concurrido teatro, una mujer se levanta de repente, da una bofetada al hombre que está junto a ella y, rápidamente, se va por el pasillo hacia la salida».

✓ *¿Cómo crees que te hubieras sentido tú en caso de haber observado esta escena?*

✓ *¿Cuáles crees que hubieran sido tus pensamientos en esta situación?*

Pues bien, ante una situación como esta podemos observar diferentes reacciones: una mujer se sobresaltó y se asustó; un chico adolescente se encolerizó; un hombre maduro se deprimió; en cambio, un trabajador social tuvo una sensación agradable. ¿Qué creéis que puede explicar tan variadas reacciones ante una misma situación?

El tipo de pensamientos y explicaciones que cada uno se da sobre lo que ha ocurrido nos dará una pista para entender la reacción emocional de cada persona. Veamos los pensamientos de cada uno de los personajes del ejemplo:

LA MUJER pensó	«En casa siempre la debe estar maltratando y no ha podido aguantar más», imaginando los detalles de una paliza brutal.
EL CHICO ADOLESCENTE pensó	«Él solo quería un beso y ella le ha humillado. Pobre tío, realmente es una pasada».
EL HOMBRE MADURO pensó	«Ahora la ha perdido y nunca más volverá a verla», mientras veía la cara de su esposa llena de cólera.
EL TRABAJADOR SOCIAL pensó	«¡Qué mujer más fuerte! Ese tipo se lo ha ganado. Quisiera que algunas de las mujeres tímidas que conozco hubieran visto esto».

Ante la misma situación, cada personaje ha reaccionado de una forma diferente porque cada personaje ha interpretado la situación de una forma diferente. En cada caso, la emoción del observador fue una consecuencia de sus pensamientos.

Os cuento todo esto porque, en ocasiones, las personas tenemos pensamientos que pueden causarnos un sufrimiento inútil. Por eso es muy importante detectarlos. Vamos a verlo.

### *Descripción*

Todas las personas tenemos un diálogo interno, es decir, nos hablamos a nosotros mismos en forma de pensamientos. En ese diálogo interno podemos diferenciar dos voces interiores:

- A una la vamos a llamar la *voz acusadora*, que es muy pesimista y negativa. La voz acusadora se sirve de varios mecanismos o trampas que vamos a conocer. (Podemos ahora facilitar a los asistentes una copia y explicar la hoja 1: «Mecanismos que utiliza la voz acusadora para crear pensamientos erróneos»).

- Por otro lado, la *voz sana* tiende a ser más realista y es la que puede rechazar con fuerza a la voz acusadora, interrumpiendo sus cadenas de pensamientos erróneos. ¿Cómo lo puede hacer? Pues bien, dispone de varias estrategias, pero una de las más interesantes es desenmascarando el mecanismo o trampa que utiliza la voz acusadora y creando una explicación alternativa que tenga en cuenta toda y no solo una parte de la realidad.

Tras explicar los diferentes mecanismos que pueden crear pensamientos negativos, pediremos que, de forma individual o en parejas, completen la hoja 2. «Descubriendo las trampas que utiliza la voz acusadora».

**HOJA 1**  
**MECANISMOS QUE UTILIZA LA «VOZ ACUSADORA»**  
**PARA CREAR PENSAMIENTOS ERRÓNEOS**

Mecanismo o trampa	Definición	Ejemplos
<i>Hipergeneralización</i>	Sacar conclusiones generales incorrectas de un hecho o detalle concreto. Cuando utilizamos palabras como: todo, nada, siempre o nunca, seguramente estamos cayendo en la trampa de hipergeneralización.	«Nunca lo conseguiré». «Siempre me pasa a mí». «Todos piensan que soy...». «No caigo bien a nadie».
<i>Filtrado negativo</i>	Ver las cosas fijándose solo en los aspectos negativos. Es como tener unas gafas oscuras para ver la realidad.	Después de una conversación, solo me acuerdo de lo que podría ser considerado negativo.
<i>Pensamiento polarizado</i>	Ver las cosas como enteramente buenas o enteramente malas, blancas o negras, sin distinguir los matices, ni las posturas intermedias.	Soy totalmente bueno o totalmente malo. Tengo éxito o soy un fracaso.
<i>Autoacusación</i>	Tendencia a sentirse culpable de todo, sea responsable o no de lo que ha ocurrido.	«Siempre lo estropeo todo...» «Seguro que fue por culpa mía».
<i>Hipercontrol</i>	Pensar que todo está bajo nuestro control.	«Puedo con todo».
<i>Hipocontrol</i>	Pensar que nada está bajo nuestro control. Nos sentimos impotentes.	«No puedo hacer nada...». «Pasará lo que tenga que pasar...».
<i>Autocastigo o Etiquetación</i>	Consiste en tener pensamientos que funcionan haciéndonos daño, castigándonos a nosotr@s mism@s.	«Soy un desastre». «Soy tonto».

**HOJA 1**  
**MECANISMOS QUE UTILIZA LA «VOZ ACUSADORA»**  
**PARA CREAR PENSAMIENTOS ERRÓNEOS (cont.)**

Mecanismo o trampa	Definición	Ejemplos
<i>Anticipaciones negativas</i>	Cuando pensamos en el futuro, anticipándonos de forma negativa.	«Ya verás como sale mal». «Seguro que me vuelve a pasar». «No va a venir y, aunque venga, voy a caerle mal».
<i>Personalización</i>	Es creer que todas las cosas, todas las conversaciones, tienen algo que ver conmigo.	«Seguro que están hablando de mí».
<i>Lectura de mente</i>	Consiste en creer que las demás personas son y piensan como yo.	Quien tiene baja autoestima tiende a pensar que las demás personas opinan negativamente de él. Pueden pensar: «Los demás piensan que no valgo nada».
<i>Debertas</i>	Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable	«Se hace así porque siempre se ha hecho así». «Si no lo hace así es porque no me quiere».

## HOJA 2

### DESCUBRIENDO LAS TRAMPAS QUE UTILIZA LA «VOZ ACUSADORA»

Se trata de que descubras qué mecanismos o trampas utiliza la «voz acusadora» para crear los pensamientos erróneos que aparecen en los siguientes casos y, a continuación, escribas un pensamiento alternativo, más realista:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO REALISTA «voz sana»
1. He pedido ayuda a un amigo y me ha dicho que no puede. Nadie quiere saber nada de mí. TRAMPA: .....	
 	
2. He derramado el vaso de bebida encima de mi amigo. Soy un gafe. Estropeo todo lo que toco. TRAMPA: .....	
 	
3.- He suspendido tres veces la teórica del carnet de conducir. Por más que haga nunca conseguiré aprobar. TRAMPA: .....	
 	

4.- Una chica físicamente atractiva para los demás. Su nariz es aguileña. Dice de sí misma: «Soy fea».  
TRAMPA:



5.- Un amigo cuenta algo que le habías pedido que no contara. Piensas: «No se puede confiar en nadie», «todo el mundo me engaña».  
TRAMPA:



6.- En una reunión ves a un grupo de gente que se ríe. Piensas: «Seguro que se ríen de mí».  
TRAMPA:



7.- Pienso que una pareja funciona realmente bien cuando hacen las cosas siempre juntos, pero mi mujer no comparte esa idea. ¡Me huelo lo peor!  
TRAMPA:



#### e) Mi relación con el error

##### *Presentación*

Pretendemos normalizar el hecho de que las personas nos equivocamos. Ayudar a restarle importancia a los resultados y valorar el intento, el esfuerzo y el aprendizaje obtenido.

Comenzamos con una cuestión de lenguaje. Es conveniente expresarnos en términos de «acierto-error» y no tanto de «éxito-fracaso». El concepto de «fracaso»

tiene connotaciones más negativas, asociándose a ideas de gran frustración y derrota, mientras el binomio «acierto-error» es más concreto, más ligero y por tanto más fácil de manejar.

A continuación planteamos una serie de cuestiones para el debate, algunas de ellas acompañadas de breves reflexiones para el coordinador del grupo. Tras lanzar una pregunta es recomendable dejar que se exprese el grupo. Es posible invitar a alguien a hablar pero respetaremos su decisión de hacerlo o no. Tras las intervenciones del grupo podemos realizar un resumen de lo mencionado y finalmente incluir matices o nueva información.

### *Descripción*

*¿Quién no se ha equivocado nunca?*

Podemos comenzar planteando al grupo que levante la mano quien no se haya equivocado nunca. Lo más probable es que nadie lo haga, de modo que esto nos da pie a adelantar una primera idea: «Vista la respuesta a esta pregunta, podemos afirmar que el error forma parte de la vida».

*¿Cuándo, en qué momento sabes que te has equivocado?*

Normalmente nos damos cuenta, tomamos conciencia de que una acción era equivocada después, y no antes, de ponerla en práctica. Algunos errores podríamos prevenirlos simplemente pensando en las consecuencias de nuestras acciones antes de llevarlas a cabo. Otras veces es prácticamente imposible, *a priori*, determinar si una acción va a ser acertada o equivocada.

*¿Cómo vives el error en tu vida?; ¿Cómo sueles reaccionar cuando te equivocas o algo te sale mal?*

*¿Qué consecuencias tienen esas reacciones para ti y las personas próximas?*

*Recordad algún error; ¿alguien nos puede poner un ejemplo de alguna equivocación y cómo lo manejó?*

Esta pregunta solo es pertinente si hay un buen ambiente en el grupo. Nunca debe dar lugar a ridiculizar o reírse del protagonista. Si se sospecha que esto podría ocurrir, debemos evitarla.

Hacer públicos los propios errores y comprobar que los otros también se equivocan debe servir para quitarle peso a los propios errores. Eso solo se puede lograr en un ambiente de confianza y respeto mutuo. Incluso el coordinador del grupo puede exponer eventos suyos si lo considera pertinente.

*Se dice que «se aprende más de los errores que de los aciertos». Error, equivocarse, ¿qué ventajas tiene?*

Un error te proporciona mucha información: Tras un error sabes el resultado que ha tenido una acción tuya. También debes saber que si repites la misma conducta, sin cambiar nada, es muy probable que obtengas los mismos resultados.

Para evitar la frustración o decepción que puede suponer no conseguir una meta, hay personas que evitan siquiera intentarlo. Dándose por vencidos antes de probarlo. Es cierto que así se protegen de un posible malestar, pero también es cierto que se pierden la satisfacción personal que supone haberlo logrado.

Quien no se equivoca, no aprende: Para aprender una nueva habilidad debemos equivocarnos. Sin error no hay aprendizaje. La primera vez que nos enfrentamos a

una tarea lo más normal es que no la hagamos bien; ¡no nacemos sabiendo hacer todo! Podemos utilizar como símil el aprendizaje de la conducción de un automóvil. La primera vez que te pusiste al volante de un coche, ¿ya sabías conducir?, en el proceso de aprender ¿cometiste algún error?, ¿para qué te sirvieron esos errores?

*De modo que la próxima vez que algo me salga mal puedo pensar que...*

#### f) Relajación, soledad y silencio

Incluir, en la dinámica semanal de los centros, espacios para practicar relajación, meditación, o *mindfulness* será una opción siempre adecuada. Tras un tiempo de meditación en grupo podemos planear un tiempo de silencio y reflexión individual. Para ello, cada participante puede buscar un espacio que le resulte adecuado. Si disponemos de espacio al aire libre podemos proponer que cada uno encuentre su espacio de poder, donde se sienta tranquilo, sosegado, sin exigencia de llegar a nada, observante de sí mismo. Por supuesto este tiempo será menor al principio y puede ir incrementándose conforme el grupo se habitúa a la dinámica. A continuación, nos volvemos a encontrar todos para compartir, si alguien lo desea, aquello de lo que se hayan dado cuenta. Tras lo cual damos por finalizada la sesión.

El objetivo que buscamos es doble. Por un lado, aprender técnicas para sosegar el cuerpo y calmar la mente, pero también favorecer espacios de silencio y soledad que sean vividos no desde la angustia sino desde la serenidad. De modo que puedan comenzar a reconocer la relajación y los momentos de soledad como un recurso más que incorporar, un recurso que no dependerá de nadie más salvo que de uno mismo, y que puede favorecer la sensación o recuperación de la calma cuando sea necesario.

# Bibliografía

- Abel, E. L. (1984), «Opiates and sex», *J. Psychoactive drugs*, 16, 205-216.
- Agencia Valencia (2009), Extraído el día 4 de enero de 2014 de la dirección: <http://www.lne.es/sociedad-cultura/2009/12/31/consumo-droga-via-ocular-extiende-ruta-bakalao/854396.html>.
- Alandete, D. (2010), «Diario de un adicto al crack», Diario *El País*, 18 de junio.
- Almeida, J., et al. (2008), «Are increased worker caseloads in state child protective service agencies a potential explanation for the decline in child sexual abuse?: A multilevel analysis», *Child Abuse and Neglect*, 32(3), 367-375.
- Alonso, V. (2001), «Enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco en la mujer», *Revista Prev Tabaco* V.3. N3. Extraído en 2010: [www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/rev\\_prev\\_tab/html/n\\_anteriores.htm](http://www.atenciontabaquismo.com/atenciontabaquismo/rev_prev_tab/html/n_anteriores.htm).
- Aluja, A. (1996), «Evaluación de algunos aspectos del comportamiento sexual: instrumentos de medida para uso clínico», *Psiquis*, 17 (2), 68-86.
- Aljama, U. (2006), «El uso diferencial, según la variable género, de las herramientas terapéuticas en tratamiento residencial», *Trastornos adictivos*.
- Allende, I. (1997), *Afrodita. Cuentos, recetas y otros afrodisíacos*, Barcelona, Plaza y Janés.
- Álvarez, J. M., Esteban, R. y Sauvagnat, F. (2004), *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis.
- Álvarez, J. M. (2011), *Temas de Psicoanálisis*, entrevista a José María Álvarez. Extraído de la dirección: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/entrevista-a-jose-maria-alvarez/>
- Amezúa, E. (1979), «La sexología como ciencia: esbozo de un enfoque coherente del Hecho Sexual Humano», *Revista Española de Sexología*, 1, 36-45.
- Andreas, C. y Andreas, S. (2003, 5.ª ed.), *Corazón de la mente*, Madrid, Editorial Cuatro vientos.
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006), «El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública. Un informe para la Comisión Europea», *Institute of Alcohol Studies*, Reino Unido.
- Arañes, C., et al. (2005), «Los tratamientos en drogodependencias en Asturias: Un estudio con mujeres», *Trastornos adictivos*.
- Aronson, E. (1989, 7.ª ed.), *El animal social. Introducción a la psicología social*, Madrid, Alianza Universidad.
- Balzac, H. (2011), *Tratado de los excitantes modernos*, Buenos Aires, Libros del zorzal.
- Barbero, J., Sánchez, M. y Martín, J. (2013), «Secreto profesional y riesgo vital para un tercero identificado: metodología de análisis ético en torno a un caso», *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 33 (119), 555-573.
- Barreda, M. y López, M. (2005), *Mujer y adicción*, Madrid, Ed. Instituto de Adicciones de Madrid.
- Barreda, M., et al. (2005), *Mujer y adicción*, Madrid, Salud, Instituto de Adicciones.
- Barrios, D. (2009), «Artículo de Christian Rea Tizcareño con declaraciones de David Barrios. Intersexuales: la notable excepción de la regla», versión digital del diario mexicano *La Jornada*, núm. 154.
- Becoña, I. (2014), *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, núm. 110, 58-61.
- Behar, R. (2000), «Trastornos de la alimentación», en E. Correa y E. Jadresic (comps.), *Psicopatología de la mujer*, Santiago, Chile, Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile.
- Béjar, S. de (2001), *Tu sexo es tuyo*, Plaza & Janes Editores.
- Bentley, T. y Widom, C. S. (2009), «A 30 year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood», *Obesity*, 17, 1900-1905.
- Blake, S., Amaro, H., Schwartz, P. y Flinchbaugh, L. (2001), «A review of substance abuse prevention interventions for adolescent girls», *Journal of Early Adolescence*, 21, 294-324.
- Bogani, M. E. (1982), *El Alcoholismo, enfermedad social*, Barcelona, Plaza y Janes.
- Bornstein, R. (1993), *The dependent personality*, Nueva York, Guilford Press.
- (1996), «Dependency», en C. G. Costello (ed.), *Personality Characteristics of the Personality Disordered*, Nueva York, John Wiley and sons, 120-145.
- (1998), «Depathologising dependency», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 67-73.
- Bornstein, R. F., et al. (2002), «Construct validity of the Relationship Profile Test: links with attachment, identity, relatedness, and affect», *Assessment*, 9 (4), 373-381.
- Bowen, M. (1991), *De la familia al individuo*, Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- Bobes, J., et al. (2000), «Validation of the Spanish Version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ)», *J. Sex. Marital Ther.*, 26, 119-131.
- Bobo, J. (2002), «Consumo de tabaco, problemas con las bebidas alcohólicas y alcoholismo», *Clínicas obstétricas y ginecológicas*, McGraw Hill.

- Borrás, J. y Sánchez, F. (2002), «La excitación y la respuesta sexual», en manual *Sexualidad Humana* (6.<sup>a</sup> ed.), Rathus, Nevid y Fichner-Rathus. Que, a su vez, lo extraen y modifican de Cabello F. Santamaría y M. Lucas Matheu (2002), *Manual médico de terapia sexual*, Madrid, Editorial Psimática.
- Briere, J. y Runtz, M. (1988), «Post sexual abuse trauma», en G. Wyatt y J. Powell (eds.), *Lasting effects of child sexual abuse* (89-99), Newberry Park (CA), Sage.
- Bucay, J. (2006), *El camino del encuentro*, Barcelona, Círculo de Lectores.
- Butcher, J. N., et al. (1989), «Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-II): Manual for administration and scoring», Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Cabello, F. (2010), *Manual de sexología y terapia sexual*, Madrid, Editorial Síntesis.
- Cabral, M. (2005), «Entrevista de Gabriel Benzur a Mauro Cabral. Cuando digo *intersex*. Un diálogo introductorio a la intersexualidad», *Cuadernos Pagu*, 24.
- Calafat, A., Juan, M., et al. (2009), «Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género», *Psicothema*, vol. 21, núm. 2, 227-233.
- Carabal, E., Baldwin, D. y Lesmes, J. (2000), «Alcohol y narcóticos: efectos en la función sexual», en J. Bobes, S. Dexeus y J. Gibert (coords.), *Psicofármacos y función sexual*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
- Carnes, P. J. (1992), *Out of the Shadows: understanding sexual addiction*, Minneapolis, Comp Care Publishers.
- Caron, S. L., et al. (1993), «Predictors of condom-related behaviors among first-year college students», *Journal of Sex Research*, 30, 252-259.
- Carpintero, E. y Fuertes, A. (1994), «Validación de la versión castellana del Sexual Opinion Survey (SOS)», *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31, 52-61.
- Carrobes, J. A. y Sanz, A. (1998), *Terapia Sexual*, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Fundación Universidad de Empresa.
- Castaño, V. (2012), *Pautas y modelos de consumo abusivo de drogas en mujeres que ejercen la prostitución*, Madrid, Fundación Atenea.
- Castelló, B. (2005), *Dependencia emocional, características y tratamiento*, Madrid, Alianza Ensayo.
- Chew, K. K., Bremner, A., Stuckey, B., Earle, C. y Jamrozik, K. (2009), «Is the relationship between cigarette smoking and male erectile dysfunction independent of cardiovascular disease? Findings from a population based cross sectional study», *The Journal of Sexual Medicine*, 6, 222-231.
- Cicero, T. J., Bell, R. D., Wleat, W. G., Allison, J. H., Poakoski, K. y Robins, E. (1975), «Function of the male sex organs in heroin and methadone users», *N. Engl. J. Med.*, 292, 882-887.
- CIE-10, *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, Meditor.
- Clayton, A. H., McGarvey, E. L. y Clavet, G. J. (1997), «The Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ): Development, Reliability, and Validity», *Psychopharmacology Bulletin*, 33 (4), 731-745.
- Cocores, J. A., et al. (1988), «Sexual dysfunction in abusers of cocaine and alcohol», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 14, 169-173.
- Cortina, A., (2007), *Jóvenes, valores y sociedad*, Siglo XXI, Rev. Proyecto, 63, 27-38.
- Cruz, C. de la (2003), *Educación de las sexualidades. Los puntos de partida de la educación sexual*, Madrid, Cruz Roja Juventud-INCISEX.
- Cruz, C. de la y Sáez, S. (1994), «Educación sexual: una propuesta de intervención», *Revista española de sexología*, núm. 62, Instituto de sexología INCISEX.
- Cruz, G. y Herrera, A. (2001), «Adicción y mujer», Las Palmas, Ed. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Cruz, M. de la y Romo, C. (2003), «Educación de las sexualidades. Los puntos de partida de la educación sexual», Madrid, Cruz Roja Juventud-INCISEX.
- Cuevas, V. (2002), «El poder en la terapia», Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Gestalt, Madrid.
- (2013), «El poder se sanación en la terapia. Material no publicado. Notas del curso. Escuela de Psicoterapia de Valencia (EPV)», Valencia, 7-9 de marzo de 2013.
- Degenhardt, L. y Topp, L. (2003), «Cristal meth use among polydrug users in Sydney's dance party subculture: Characteristics, use patterns and associated harms», *International Journal of Drug Policy*, 14, 17-24.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2007), *Guía sobre drogas*, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Derogatis, L. R. (1997), «The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF/DISF-SR): an introductory report», *J Sex Marital Ther*, 23, 291-304.
- Derogatis, L. R. y Melisatos, N. (1979), «A psychological profile of the sexual dysfunctions», *Arch Sex Behav*, 8, 201-223.
- Developing sexual health programmes (2011), «A framework for action», World Health Organization,

Department of Reproductive Health and Research.

- Derrida, J. (1989), *La escritura y la diferencia*, Barcelona, Anthropos.
- Díaz, R. (2010), «Qué es la sexualidad. Interiorización de modelos sexuales», *Sexpol*, 94, 20-23.
- Diéguez, J. L., López, F. y Sueiro, E. (1999), «Cambios en las prácticas sexuales que conllevan riesgos de contagio», *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, vol. XVI, 6, 465-476.
- DSM-IV (1998), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson.
- DSM-5 (2013), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson.
- Duncan, B., Miller, S. y Sparks, J. (2004), *The Heroic Client*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Dunlap, E., Golub, A. y Johnson, B. D. (2003), «Girls' sexual development in the inner city: from compelled childhood sexual contact to sex-for-things exchanges», *Journal of Child Sexual Abuse*, 12(2), 73-96.
- Dunne, P., Purdie, M., Cook, D., Boyle, M. y Najman, M. (2003), «Is child sexual abuse declining? Evidence from a population-based survey of men and women in Australia», *Child Abuse and Neglect*, 27, 141-152.
- Echeburúa, E. (2000), *Adicciones sin drogas, ¿las nuevas adicciones? Sexo, trabajo, compras*, Colección Preguntas.
- EDADES (2012), «Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en Población General en España. Edades 2011-2012», Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- EDIS (2000), *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*, Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003), «Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences study», *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Eldred, C. A. y Washington, M. N. (1976), «Interpersonal relationships in heroine use by men and women and their role in treatment outcome», *International Journal of the Addictions*, 11, 117-130.
- Emanuele, M. A. y Emanuele, N. V. (1998), «Alcohol's effects on male reproduction», *Alcohol Health Research World*, 22, 195-201.
- Escotado, A. (1994), *Las drogas. De los orígenes a la prohibición*, Madrid, Alianza Cien.
- (2001, 4.ª ed.), *Historia General de las Drogas*, Madrid, Editorial Espasa Calpe.
- Espinosa, M., et al., «Educación Afectivo-Sexual en la Educación Infantil. Guía para el profesorado», Ed. Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Ciencia, Instituto Andaluz de la Mujer. Extraído de la dirección: [http://www.educagenero.org/ESJunta/Infantil/guia\\_profesorado\\_infantil.pdf](http://www.educagenero.org/ESJunta/Infantil/guia_profesorado_infantil.pdf).
- Expósito, F., Moya, M. C. y Glick, P. (1998), «Sexismo ambivalente: medición y correlatos», *Revista de Psicología Social*, vol. 13, núm. 2, 159-169.
- Fazio, R. H. (1989), «On the power and functionality of attitudes: The role of accessibility», en S. R. Pratkanis, S. J. Breckler y A. G. Greenwald (eds.), *Attitude structure and function*, Hillsdale, L. Erlbaum, 153-179.
- Feixas, G., et al. (2006), «La estructura cognitiva de los Trastornos de personalidad por Evitación y Dependiente: Un estudio con la técnica de rejilla», *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 11, núm. 3, 147-154.
- Fernández-Liria, A. y Rodríguez Vega, B. (2002), *Habilidades de entrevista para psicoterapéuticas*, Bilbao, Descleé De Brower.
- Fernández, M. (2001), «Alteraciones emocionales y diferencia de género en drogodependencias», en M. J. de la Cruz, B. H. Fariñas, A. García y Egea González (coords.), *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*, Las Palmas de Gran Canaria, COP de las Palmas.
- Fernández-Ballesteros, R. (1999), *Introducción a la evaluación psicológica II*, Madrid, Psicología Pirámide.
- Finkelhor, D. (1979), *Sexually victimized children*, Nueva York, Free Press.
- Finkelhor, D. y Jones, L. (2004), *Explanations for the decline in child sexual abuse cases*, Bulletin, Washington D.C., U.S. Department of Justice.
- (2006), «Why have child maltreatment and child victimization declined?», *Journal of Social Issues*, 62(4), 685-716.
- Filón (*De plant.*, XLI 171), en A. Escotado (1994), *Las drogas. De los orígenes a la prohibición*, Madrid, Alianza Cien.
- Fisher, T. D. y Hall, R. G. (1988), «Attitudes Toward Sexuality Scale», en C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer y S. L. Davis (eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures*, Londres, Sage Publications.
- Fisher, W. A., et al. (1988), «Erotophobia – Erotophilia as a dimension of personality», *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.

Freud, S. (1958; ed. original, 1913), «On beginning the treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In Standard Edition of the complete works of Sigmund Freud (97-108)», Londres, Hogarth Press.

Fuertes, A. (1995), «La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: implicaciones terapéuticas», *Cuadernos de medicina psicosomática*, núm. 33, 28-39.

Fursac, R. de (1921), *Manual de Psiquiatría*, Valencia, Editorial Pubul.

Gamella, J. y Jiménez, M. (2004), «Usuaris y usuarios expertos de cannabis en perfiles, motivaciones y patrones de consumo», *Proyecto*, 50, 27-41.

García-García, M. y Rico-Villademoros, F. (2005), «Evaluación de la disfunción sexual», en A. L. Montejo (coord.), *Sexualidad y salud mental*, Barcelona, Editorial Glosa.

George R., Brown, M. D. y Bradley, A. (1991), «Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse», *The American Journal of Psychiatry*, 144, 55-61.

Glick, P. y Fiske, S. T. (1996), «The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating Hostile and Benevolent Sexism», *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.

Gómez, J. (2013), *Psicología de la sexualidad*, Madrid, Alianza Editorial.

González, H. y Pérez, M. (2008), *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Alianza Editorial.

González, M. P., et al. (2000), «On behalf of the TESSEX Collaborative Study Group. Evaluating changes in Sexual Functioning in depressed patients: sensitivity to change of the CSFQ questionnaire. Proceedings of the American. Chicago, Illinois, USA», *Psychiatric Association Annual Meeting*, 13-18.

Golombok, S., Rust, J. y Pickard, C. (1984), «Sexual problems encountered in general practice», *British Journal of Sexual Medicine*, 11, 171-175.

Gordis, M. (1994), «Alcohol and hormones, a commentary», *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, núm. 26, 352-357. Extraído en 2010: [www.niaaa.nih.gov/publications/aa26.htm](http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa26.htm).

Green, R. G., Hamlin, H., Ogden, V. y Walters, K. (2004), «Some normative data on mental health professional's attitudes about racial minorities and woman», *Psychol. Rep.*, 2004. 94 (2), 485-494.

Graña, E. (1999), «Dificultades de la erótica», en J. Soto y E. Graña (eds.), *Curso de educación afectivo-sexual para educador@s*, Vigo, ASETIL Educación de la Calle.

Graña J. (1994), *Conductas adictivas, evaluación y tratamiento*, Madrid, Debate.

Guía sobre drogas (2007), Ministerio de Sanidad y Consumo, Delegación para el Plan Nacional sobre Drogas.

Guía informativa: Drogas y Género. Plan de Atención Integral a la salud de la Mujer de Galicia (2009), VV. AA., Xunta de Galicia, Servicio Centra.

Guía informativa: Drogas y Género (2009), «Plan de Atención Integral a la salud de la Mujer de Galicia», M. J. de la Cruz, B. H. Fariñas, A. García y Egea González, Xunta de Galicia, Servicio Centra. (De la Cruz, 2001).

Gullo, S. y Church, C. (1989), «El shock sentimental: como superarlo y recuperar capacidad de amar», *Paidós*.

Haranburu, M., et al. (2011), «Trastorno de la personalidad por dependencia: etiología y tratamiento», Congreso Virtual de Psicología Interpsiquis 2011, *Psicología.com* (Internet), 15: 62.

Harte, C. B. y Meston, C. M. (2008), «The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in nonsmoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial», *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 1184-1197.

Harrison, W. M., et al. (1986), «Effects of antidepressant medication on sexual function: a controlled study», *J. Clin. Psychopharmacol.*, 6 (3), 144-149.

Hawton, K. (1988), *Terapia Sexual*, Barcelona, Doyma.

Heiman, J. R. y LoPiccolo, J. (2006), *Disfrutar el orgasmo*, Barcelona, Océano Ambar.

Hirschfeld, R. M., et al. (1977), «A measure of interpersonal dependency», *Journ. Person. Assess.*, 41 (6), 610-618.

Hollister, L. (1976), «Drugs and sexual behaviour in man», *Life Sci.*, 17. 5, 661-667.

— (1986), «Health aspects of cannabis», *Pharmacology revue*, 38, 1-20.

Horowitz, L. M., et al. (1988), «Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric properties and clinical applications», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86, 885-892.

Hoon, E. F., Joon, P. W. y Wincze, J. P. (1976), «An inventory for the measurement of female sexual arousability: the SAI», *Arch Sex Behav*, 5 (4), 269-274.

Huertas, R. (2011), «En torno a la construcción social de la locura. Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría», *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), 437-456.

Hurtado, F. (1997), *Sexualidad: funcionamiento normal trastornos y tratamientos*, Valencia, Promolibro.

Hurley, H. (1991), «Women, alcohol and incest: An analytical review», *Journal of Studies on Alcohol*, 52(3), 253-268.

Hyatt, B. y Bensky, K. P. (1999), «Illicit drugs and anesthesia», *The Clinical Forum for Nurse Anesthetists*,

10, 15-23.

Ibaceta, F. (2007), «Agresión sexual en la infancia y Viaje al Futuro: Clínica y psicoterapia en la edad adulta», *Terapia Psicológica*, 25(2), 189-198.

Informe. La salud Reproductiva y sus componentes (2013), Descargado de la dirección: <http://www.uruguayeduca.edu.uy/UserFiles/P0001%5CFile%5CLa%20Salud%20Reproductiva%20y%20sus%20>

Instituto de la Mujer (2003), *Mujer y drogas*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Inciardi, J. A., Lockwoos D. y Pottieger A. E. (1993), *Women and crack-cocaine*, Nueva York, MacMillan Publishing.

Institut Ferran de Reumatología (IFR), Extraído el 20 de mayo de 2012 de la dirección: [http://www.institutferran.org/documentos/GRISS\\_IFR.pdf](http://www.institutferran.org/documentos/GRISS_IFR.pdf).

Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género (IREFREA) (2001), *Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe*, Informe Comisión Europea.

Irons, R. y Scheider, J. (1997), «Sexual addiction: significant factor in sexual exploitation by health care professionals. Sexual addiction and compulsivity», *Journal of tratnant and Prevention*.

Jacobson, A. y Richarson, B. (1987), «Assault experiences of 100 Psychiatric inpatients: evidence of the need for routine inquiri», *The American Journal of Psychiatry*, 144, 908-913.

Jarvis, J. y Copeland, I. (1997), «Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment», *Drug and Alcohol Dependence*, 49(1), 61-69.

Jerez, S. (1997), «Factores de riesgo psicológico en el trastorno límite de la personalidad», *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 35, 571-577.

Jerez, M., Duch, M. y Calafat, A. (2012), «Hacer prevención de riesgos del consumo de alcohol y otras drogas en el contexto recreativo nocturno. Una aproximación conceptual, estructural y funcional», en L. Pérez, C. Nuez y Juan del Pozo (comp.), *Tecnologías de la comunicación, jóvenes y promoción de la salud*, Gobierno de La Rioja, Consejería de Salud y Servicios Sociales.

Jiménez-Lerma *et al.* (2002), «Instrumentos e indicadores para la evaluación de los procesos de desintoxicación/abstinencia supervisada a sustancias», en Ioseba, I. y González, F. (eds.), *Instrumento de evaluación en drogodependencias*, Madrid, Aula Médica ediciones, 149-185.

Johnson, S. D., Phelps, D. L. y Cottler, L. B. (2004), «The association of sexual dysfunction and substance use among a community epidemiological sample», *Archives of Sexual Behavior*, 33, 55-63.

Jones, L. M. y Finkelhor, D. (2001), *The decline in child sexual abuse cases*, Bulletin, Washington, DC, Department of Justice, Office of Justice Programs, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention. Extraído de la dirección: [http://www.ncjrs.gov/html/ojjdp/jjbul2001\\_1\\_1/contents.html](http://www.ncjrs.gov/html/ojjdp/jjbul2001_1_1/contents.html).

— (2003), «Putting together evidence on declining trends in sexual abuse: A complex puzzle», *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 133-135.

Jumper, A. (1995), «A meta-analysis of the relationship of child sexual abuse to adult psychological adjustment», *Child Abuse and Neglect*, 19 (6), 715-728.

Kaplan, H. S. (1974), *The new sex therapy — Active treatment of sexual dysfunctions*, Nueva York, Times Book Co. [Trad. cast.: H. S. Kaplan (1978), *La nueva terapia sexual*, Madrid, Alianza Editorial, Medicina y Salud.]

— (1979), *Disorders of Sexual Desire*, Nueva York, Simon and Schuster. [Trad. cast.: *Trastornos del deseo sexual*, Barcelona, Grijalbo.]

Kandall, S. R. (1998), «The history of drug abuse and women in United States», en C. L. Wetherington y A. B. Roman (eds.), *Drug Addiction research and the health of women*, U.S Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse.

Kessler, R. C., *et al.* (2005), «Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication», *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

Kirby, D. (1998), «Mathtech Questionnaires: Sexuality Questionnaires for Adolescents», en C. M. Davis, *et al.* (eds.), *Handbook of Sexuality-Related Measures*, Londres, Sage Publications.

Kolodny, R. C., Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1979), *Textbook of Sexual Medicine*, Londres, Little, Brown.

Krafft-Ebing, R. V. (2000), *Psychopathia sexualis*, Valencia, Editorial La Máscara.

Kramer, J. F. y Cameron D. C. (1975), *Manual sobre dependencias de las drogas*, Ginebra, OMS.

Kübler-Ross, E. y Kessler, D. (2006), *Sobre el duelo y el dolor*, Luciérnaga.

La Pera, G., Giannotti, C. F., Taggi, F. y Macchia, T. (2003), «Prevalence of sexual disorders in those young males who later become drug abusers», *Journal of Sex et Marital Therapy*, 29, 149-156.

Lameiras, M. y Carrera, M. V. (2009), *Educación sexual: de la teoría a la práctica*, Pirámide.

Laporte, J. (1976), *Les drogues*, Barcelona, Ed. 62.

Laumann, E. O., Paik, A. y Rosen, R.C. (1999), «Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors», *Journal of the American Medical Association*, 277, 1052-1057.

- laurie, P. (1967), *Drug*, Penguin Book.
- Leiblum, S. R. y Rosen, R.C. (eds.) (1988), *Sexual desire disorders*, Nueva York, Guilford Press.
- Lemos, M. y Londoño, H. (2006), «Construcción y validación del Cuestionario de Dependencia Emocional en población colombiana», *Acta colombiana de Psicología*, 9(2), 127-140.
- Lemos, M., Londoño, N. H. y Zapata, J. A. (2007), «Distorsiones cognitivas en personas con dependencia emocional», *Informes psicológicos*, núm. 9, 55-69.
- León, J. L. (1990), «Evolución de las toxicomanías en las últimas décadas», *Revista Española de Drogodependencias*, 15, 221-237.
- Levine, S. B. (1984), «An essay on the nature of sexual desire», *Journal of sex and marital therapy*, 10, 83-96.
- (1988), «Intrapsychic and individual aspects of sexual desire», en S. R. Leiblum y R. C. Rosen (eds.), *Sexual Desire Disorders*, Nueva York, The Guilford Press.
- Ling, T. M. y Buckman, J. (1966), «The Treatment of Frigidity with LSD and Ritalin», *Psychodelic Review*, 1, 450-458.
- Llopis, J., Castillo, A., Rebollida, M. y Stocco, P. (2005), «Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención», *Revista del Instituto de Investigación en Drogodependencias*, 5(2), 137-145.
- Llopis, J., Rebullido, M., Castillo, A. y Stocco, P. (2006), «Panorama actual de las mujeres consumidoras de sustancias en España. Una visión desde la Identidad de género IREFREA 1998-2006 III Symposium».
- Llopis, J. et al. (2002), «Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. Ed. Grupo Europeo IREFREA Estudios en toxicomanías e identidad de Género».
- Loas, G., et al. (2005), «Dependency and suicidality», *Psychiatry Research*, 137, 1103-11.
- Lobitz, W. C. y Lobitz, G. K. (1978), «Clinical assesment in the treatment of the sexual dysfunctions», en J. LoPiccolo y L. LoPiccolo (eds.), *Handbook of Sex Therapy*, Nueva York, Plenum Press.
- López, F. (1994), *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- (1995), *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*, Madrid, Siglo XXI editores.
- (1997), «Abuso sexual. Un problema desconocido», en J. Casado, J. Díaz y C. Martínez (comps.), *Niños maltratados*, Madrid, Díaz de Santos.
- (2005a), *La educación sexual*, Madrid, Biblioteca Nueva.
- (2005b), *Sexualidad humana* (6.ª ed.), en Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, Madrid, Pearson Prentice Hall.
- (2009), «Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos», Madrid, Biblioteca Nueva.
- López, F., et al. (1995), «Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España», *Child Abuse and Neglect*, 19(9), 1039-1050.
- López, F. y Campo, A. del (1999), *Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores*, Salamanca, Amarú ediciones.
- López, F. y Fuertes, A. (1989), *Para comprender la sexualidad*, Pamplona, Editorial Verbo divino.
- López, F. y Oroz, A. (2001), *Para comprender la vida sexual del adolescente*, Editorial verbo divino.
- LoPiccolo, J. y Heiman, J. R. (1978), «Sexual Assesment and History Interview», en J. LoPiccolo y L. LoPiccolo (eds.), *Handbook of Sex Therapy*, Nueva York, Plenum Press.
- Lucas, M. (2009), *Sed de piel. ¿Feminizar el futuro?*, Madrid, Editorial Psimática.
- Marina, A. (2006), *El rompecabezas de la sexualidad*, Barcelona, Anagrama.
- Márquez, I. y Pérez, F. (2012), «Atención a drogodependientes», en Desviat et al. (coords.), *Manual de psiquiatría comunitaria*, Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Márquez, I., Póo, M., Merino, C. y Romera, C. (2002), «Cannabis: de la salud y del derecho. Acerca de los usos, normativas, estudios e iniciativas para su normalización. Vitoria-Gasteiz: Observatorio vasco de drogodependencias», Gobierno Vasco, Departamento de vivienda y asuntos sociales.
- Martens, J. (1999), «La mujer en la comunidad terapéutica», *Revista de Proyecto*, 14-17, Madrid, Asociación Proyecto Hombre.
- Martín, C. (2003), «Aspectos psicológicos de la agresividad sus fuentes y salidas», *Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León*, Palencia, Grupo Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León, núm. 1, págs. 117-120.
- (2007), «Nuevas Adicciones ¿Adicciones Nuevas?», en F. Pérez e I. Martín, Guadalajara, Ediciones Intermedio.
- Marty, C. y Carvajal, C. (2005), «Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez», *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(3), 180-187.
- Masling, J. M., Rabie, L. y Blondheim, S. H. (1967), «Obesity, level of aspiration and Roscharch and TAT measures for oral dependency», *Journal of consulting Psychology*, 31, 233-239.

- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966), *Human sexual response*, Boston, Little, Brown.
- (1970), *Incompatibilidad sexual humana*, Buenos Aires, Intermédica.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1978), *El vínculo del placer. Un nuevo enfoque del compromiso sexual*, Barcelona, Grijalbo, Barcelona.
- Mellody, P. (1997), *Adictos al amor*, Barcelona, Obelisco.
- McCarroll, et al. (2008), «Trends in US Army child maltreatment reports: 1990-2004», *Child Abuse Review*, 17(2), 108-118.
- McGahuey, C. A., et al. (2000), «The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity», *J Sex Marital Ther*, 26 (1), 25-40.
- McKay, A. (2005), «Sexuality and substance use: the impact of tobacco, alcohol, and selected recreational drugs on sexual function», *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 14, 47-56.
- Meneses, C. (2002), «¿Una atención específica para mujeres? Reflexiones para el debate», *Rev. Proyecto*, 43, 23-26.
- Meneses F. (2006), «De la morfina a la heroína: el consumo de drogas en la mujer», *Miscelánea Comillas*, 60, 217-243.
- Mestre, M. (2002), *Estudio sobre disfunciones y consumo de drogas*, Proyecto Amigò Castellón (sin publicar).
- (2012), «Los mitos de las películas», texto publicado en el blog del «Centro de Psicoterapia y sexología de Castellón», el 30 de noviembre de 2012.
- Minuchin, S. y Fishman, C. (1983), *Técnicas de terapia familiar*, Barcelona, Paidós.
- Millon, T. (1998), *Inventario Clínico Multiaxial de Millon II*, Tea Ediciones.
- Miller, A. y Rubin, D. (2009), «The contribution of children's advocacy centers to felony prosecutions of child sexual abuse», *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 12-18.
- Molnar, B. E., Buka, S. L. y Kessler, R. C. (2001), «Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey», *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.
- Montejo, A., et al. (2000), «Propiedades psicométricas del Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Psicofármacos», *Actas Esp. Psiquiatr.*, 28 (3), 141-150.
- Mosteiro, C. y Rodríguez, M. (2005), «Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención», Madrid, Salud. Instituto de adicciones.
- Moral, M., V. y Sirvent, C. (2010), «Codependencia y heterocontrol emocional: el síndrome de Andrómaca», *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (2), 120-143.
- Morales, J. F., Rebolloso, E. y Moya, M. (1994), «Actitudes», en J. Francisco Morales et al., *Psicología Social*, Madrid, McGraw-Hill.
- Moreau, A. (1999), *Ejercicios y técnicas creativas de gestaltterapia*, Málaga, Editorial Sirio.
- Moreno M. J. y Medina, A. (2006), «Epidemiología y comorbilidad de los trastornos de personalidad», *Psiquiatria.com.*, 10 m(1).
- Murray, H. A. (1943), *Thematic Apperception Test Manual*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- National Council of Sexual Addiction (NCSA) (2003), Periódico Universitario Aitá. N 12006. Facultad de comunicación social. 6-7 <http://es.scribd.com/doc/112708/AITA-Periodico-universitario>.
- Noels, B. y Wydoodt, J. (1996), «Alcohol, illegale drugs en medicatie», *Resente ontwikkelingen in Vlaanderen*, VAN, Brussel.
- Norwood, R. (1985), *Las mujeres que aman demasiado*, Buenos Aires, Javier Vergara.
- Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2011), «Informe anual: el problema de las drogodependencias en Europa», Lisboa.
- Observatorio Proyecto Hombre sobre el perfil de las peronas con problemas de adicciones en tratamiento (2013), Madrid, Publica Asociación Proyecto Hombre.
- Olazábal, J. C. et al. (1990), *Manual de sexualidad en atención primaria*, Salamanca, Amaru ediciones.
- O'Leary, M. P., et al. (1995), «A brief male sexual function inventory for urology», *Urology*, 46 (5), 697-643.
- Organización Mundial de la Salud (1964), *Comité de expertos de la OMS en drogas toxicomanías. 13º informe*, Ginebra (OMS, Serie de Informes Técnicos, núm. 273).
- Ortiz, A. (2013), *Hacia una psiquiatría crítica*, Madrid, Grupo 5.
- Owens, G. P. y Chard, K. M. (2003), «Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse», *Child Abuse and Neglect*, 27, 1075-1082.
- Ozer, E., et al. (2003), «Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Paolucci, E., Genuis, M. y Violato, C. (2001), «A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse», *Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- Pascual, F. (2009), «Antecedentes históricos de las Adicciones. Del siglo XIX hasta 1940», A. Torres (coord.), *Historia de las adicciones en la España contemporánea*, Ed. Sociodrogalcohol.

- Pereda, N. (2010), «Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil», *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009), «The prevalence of child sexual abuse in community and students samples: A meta-analysis», *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Pérez del Río, F. y Martín, I. (2007), *Nuevas adicciones ¿Adicciones Nuevas?*, Guadalajara, Intermedio Ediciones.
- Pérez del Río, F., Lara, F. y González, M. (2010), «Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes», *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 365-278.
- Pérez del Río, F. (2010), «Origen alemán de la comunidad terapéutica», *Revista Española de Neuropsiquiatría*, núm. 105, vol. XXX, 145-149.
- (2011), «Estudios sobre adicciones», *Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*, Burgos, Diputación de Burgos.
- (2011), «Las adicciones sin sustancia en estos últimos 40 años», *Norte de Salud Mental*, vol. IX, núm. 40, 47-56.
- Pérez del Río, F. y Mestre, M. (2013), *Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta Papeles del Psicólogo*, vol. 34(2), 144-149.
- Pérez, M., Borrás, J. J., Sánchez, F. y Casaubón, A. (2006), *Sexo y salud. Una guía para acercarse a la sexualidad*, Elorrio (Vizcaya), Eroski publicaciones.
- Pericoli, T. (2005), *El alma del rostro*, Madrid, Siruela.
- Peugh, J. y Belenko, S. (2001), «Alcohol, drugs and sexual function: A review», *Journal of Psychoactive Drugs*, 33, 223-232.
- Phala, A. y Esteves, M. F. (2002), «A study of the sexuality of opiate addicts», *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 427-437.
- Polster, E. y Polster, M. (2001), *Terapia gestáltica*, 5.ª ed., Buenos Aires, Amorrortu editores.
- Pomerleau, O. F. y Pomerleau, C. S. (1987), «A biobehavioural view of substance abuse and addiction», *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Putnam, F. W. (2003), «Ten-year research update review: Child sexual abuse», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Rathus, J. H. y O'Leary, K. D. (1997), «Spouse-Specific Dependency Scale: Scale Development», *Journal of Family Violence*, 12 (2), 159-168.
- Rathus, S. A., Nevid, J. S. y Fichner-Rathus, L. (2005), *Sexualidad humana* (6.ª ed.), Madrid, Pearson Prentice Hall.
- Real Academia Española (2001), *Diccionario de la Lengua Española*, Madrid, Editorial Espasa Calpe.
- Redondo, S. y Santos, M. (2010), *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los Centros de Tratamiento Ambulatorios y Residenciales de Castilla y León*, Junta de Castilla y León, Comisionado Regional para la Drogas.
- Reynaud, M., Karila, L., Blecha, L. y Benyamina, A. (2010), «Is love passion an addictive disorder?», *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 261-267.
- Río, F. J. del y Cabello, F. (2011), «TIRESIAS (types of sexual response and substance addiction)», *J. Sex. Med.*, 8 (suppl. 5), 387.
- Río, F. J. del y Cabello, F., Cabello, M. A. y López, D. J. (2012), «SOSPECHA (Sexual Opinion Survey en Población Española Con Historial de Adicciones)», aceptado para su publicación en la *Revista Internacional de Andrología*.
- Río, F. J. del, López, D. J. y Cabello, F. (2013), «Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: el cuestionario EROS (Encuesta Revisada de Opinión Sexual)», aceptado para su publicación en la *Revista Internacional de Andrología*.
- Rodríguez, M. (2000), «Mujeres y drogodependencia. Intervención Familiar», I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer.
- Romo, N. (2013), «Invisibilidad, emociones y abuso de drogas entre mujeres», *Revista Proyecto*, núm. 8, 122-123.
- Rosenbaum, M. (1981), *Women on Heroin*, New Brunswick, Rutgers University Press.
- Rosen, R. C., Riley, A. y Wagner, G. (1997), «The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction», *Urol*, 49 (6), 822-830.
- Rosen, R. C. (1991), «Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies», *Annual Review of Sex Research*, 2, 119-179.
- Rosenthal, E., Gieringer, D. y Mikuriya, T. (1999), *Manual médico de la marihuana. Guía para su uso terapéutico*, Barcelona, Castellar.
- RPP Noticias (2013), «Ni hombre ni mujer: Gobierno alemán reconoce la intersexualidad», martes, 20 de agosto 2013. Extraído de la dirección: [http://www.rpp.com.pe/2013-08-20-ni-hombre-ni-mujer-gobierno-aleman-reconoce-la-intersexualidad-noticia\\_623538.html](http://www.rpp.com.pe/2013-08-20-ni-hombre-ni-mujer-gobierno-aleman-reconoce-la-intersexualidad-noticia_623538.html).

- Rust, J. y Golombok, S. (1983), «The handbook of the Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction», Glasgow, City Press.
- (1986), «The GRISS: A psychometric instrument for the assessment of sexual dysfunction», *Arch Sex Behav*, vol. 15, núm. 2, 157-165.
- Russell, D. (1983), «The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children», *Child Abuse and Neglect*, 7, 147-154.
- Sáenz, M. (2011), «Cuerpo y género», en O. Martínez, N. Sagasti y O. Villasante (coords.), *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la Historia de la psiquiatría*, Madrid, Asociación española de Neuropsiquiatría, Estudios.
- Sánchez-Carbonell, X., Jarne, A. y Talarn, A. (comps) (2000), *Manual de psicopatología clínica*, Barcelona, Ed. Fundación Vidal i Barraquer, Paidós.
- Sánchez-Meca, J., Alcázar, A. y López, C. (2001), «The Psychological treatment of sexual abuse in children and adolescents: A metanalysis», *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, 67-93.
- San Martín, C. (2006), «Las Disfunciones Sexuales en las Adicciones: Diagnóstico, Exploración y Tratamiento», Jornadas Personas y Adicciones Organizadas por Proyecto Hombre, Fundación Candeal.
- Sanz, F. (1995), *Los vínculos amorosos*, Kairós.
- Sartor, C. E., et al. (2007), «Childhood sexual abuse and the course of alcohol dependence development: Findings from a female twin sample», *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 139-144.
- Saso, L. (2002), «Effetti delle sostanze d'abuso sulla risposta sessuale», *Ann Ist Super Sanità*, 38 (3), 289-294.
- (2001), *Mujer y adicción*, en M. Barreda, M. Díaz-Salazar, S. Cuesta y M. López (2005), Madrid Salud, Instituto de Adicciones.
- Schaeff, A. W. (1999), *Recobra tu intimidad. Cómo superar la adicción a las dependencias afectivas*, Madrid, Editorial EDAF.
- Schnarch, M. (1991), *Constructing the Sexual Crucible: «An Integration of Sexual and Marital Therapy»*, Nueva York, W. W. Norton & Company.
- Seco, K. (2009), *Eyaculación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento. Una visión global e integradora*, Madrid, Editorial Fundamentos.
- Segura, L. (2004), «Efectos de las drogas sobre el funcionamiento sexual», *Proyecto*, 50, 27-41.
- Sierra, J. C., Rojas, A., Ortega, V. y Martín, J. D. (2007), «Evaluación de actitudes sexuales machistas en universitarios: primeros datos psicométricos de las versiones españolas de la Double Standard Scale (DSS) y de la Rape Supportive Attitude Scale (RSAS)», *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, vol. 7, núm. 1, 41-60.
- SIDA STUDI. Documento «dinámicas que complementan las Acciones Educativas de SIDA STUDI», Material elaborado por el Departamento de Formación y Prevención de la asociación SIDA STUDI y que puede consultarse en su web [www.sidastudi.org](http://www.sidastudi.org) Documento extraído en el 2014.
- Simmel, E. (1937), «The psychoanalytic sanatorium and the psychoanalytic movement», *Bulleting of the Menninger Clinic*, 1, 133-143.
- Simmons, K., Sack T. y Miller, G. (1998), «Abuso sexual y sus implicaciones en la dependencia química de mujeres en tratamiento», *RET, Revista de Toxicomanías*, 14, 18-24.
- Sirvent, C. (2006), «Autoengaño y adicción», *Norte de Salud Mental*, núm. 26, 39-47.
- Small, S. A., Silverberg, S. B. y Kerns, D. (1993), «Adolescent's Perceptions of the Costs and Benefits of Engaging In Health-Compromising Behaviors», *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 22, núm. 1, 73-87.
- Smith, S. (2007), «Drugs that cause sexual dysfunction», *Psychiatry*, 6, 111-114.
- Soler, J. y Conangla, M. (2009), *La ecología emocional*, Amat editorial.
- (2013), *Ámame para que me pueda ir*, Amat editorial.
- Soriano, S. (1999), *Cómo se vive la homosexualidad y el lesbianismo*, Amarú ediciones.
- Specific Dependency Scale (SSDS) (2009), *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 479-500.
- Sperry, L. y Mossak, H. H. (1996), «Personality Disorders», en L. Sperry y J. Carlson (eds.), *Psychopathology and psychotherapy*, 279-335, Washington, DC, Accelerated Development.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982), *Manual STAI*, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo, Madrid, TEA Ediciones.
- Stanton, M. D. y Tood, T. (1985), *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*, Barcelona, Gedisa, 1989.
- Sternberg, R. J. (1989), *El triángulo del amor. Intimidad, pasión y compromiso*, Barcelona, Paidós.
- Stocco, P. (2006), *Comunidades Terapéuticas y diferencias de género*, XXXIII Jornadas Nacionales de Socidroalcohol, Cáceres.
- Swanston, H. Y., et al. (2003), «Nine years after child sexual abuse», *Child Abuse and Neglect*, 27, 967-

Tardieu (1866), *Las nuevas adicciones. Internet, sexo, juego, deporte, compras, trabajo, dinero*, en L. Adés y M. Lejoyeux (2001), Barcelona, Kairós.

Taylor, J. F., Rosen, R. C. y Leiblum, S. R. (1994), «Self-report assessment of female sexual function: psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women», *Arch Sex Behav*, 23 (6), 627-643.

Trickett, P. K. y McBride-Chang, C. (1995), «The developmental impact of different forms of child abuse and neglect», *Developmental Review*, 15, 311-337.

Torralba, F. (2005), «Competencia ética y competencia técnica», *Revista Proyecto*, núm. 56, 13-16.

Usó, Arnal, J. C. (1994), *Génesis y desarrollo del problema de las drogas en 1850-1993*, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Vallejo-Medina, P., Guillén-Riquelme, A. y Sierra, J. C. (2009), «Análisis psicométrico de la versión española del Brief Sexual Function Inventory (BSFI) en una muestra de hombres con historia de abuso de drogas», *Adicciones*, núm. 3, págs. 221-228.

Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2012), «Effect of drug use and influence of abstinence on sexual functioning in a Spanish male drug-dependent sample: A multisite study», *Journal of Sexual Medicine*.

Valor, I., Expósito, F. y Moya, M. (2009), «Desarrollo y validación de la versión española de la Spouse Specific Dependency Scale (SSDS)», *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 9, núm. 3, 479-500.

Vargas, J. J., Ibáñez, E. J. y Armas, P. (2009), «Desarrollo de un instrumento de evaluación para el concepto de diferenciación», *Revista de electrónica de Psicología Iztacala*, vol. 12, núm. 1.

Wampold, B. E. (2001), *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*, Hillsdale, New Jersey, Lawrence Erlbaum.

Winfield, I., et al. (1990), «Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women», *The American Journal of Psychiatry*, 147, 335-341.

Wiss, E., Longhurst, J. y Mazure, C. (1999), «Childhood sexual abuse as a risk for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates», *American Journal of Psychiatry*, 156 (6), 816-828.

Wittgenstein, L. (1999), *Tractatus Logico-philosophicus*, Madrid, Plaza edición.

Wright, S. (2001), «Women's use of drugs. Gender specific factors», en H. Klee, M. Jackson y S. Lewis (eds.), *Drug misuse and motherhood*, Londres y Nueva York, Routledge.

World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (2011), «Developing sexual health programmes. A framework for action».

Zajacka, J., Mitchell, S. y Fawcett, J. (1997), «Treatment-emergent changes in sexual function with selective serotonin reuptake inhibitors as measured with the Rush Sexual Inventory», *Psychopharmacol. Bull.*, 33 (4), 755-760.

Zemishlany, Z., Aizenberg, D. y Weizman, A. (2001), «Subjective effects of MDMA (Ecstasy) on human sexual function», *European Psychiatry*, 16(2), 127-130.

Zimmer y Morgan, J. P. (1997), «Marijuana myths, marijuana facts», *A review of the scientific evidence*, Nueva York/San Francisco, The Lindesmith Center.

# Índice

Nota de los autores	10
Agradecimientos	11
Prólogo	12
Primera parte	15
<b>ACLARANDO ALGUNOS CONCEPTOS</b>	15
Capítulo 1	16
Introducción	16
Capítulo 2	20
Nuevo concepto de sexualidad	20
2.1. ¿Qué es eso del sexo?	20
2.1.1. Pero ¿solo hay dos sexos?	21
2.2. ¿Qué es la sexualidad?	22
2.3. Identidad sexual	25
2.4. Rol de género	26
2.5. Orientación sexual	26
2.5.1. Tres formas saludables de vivir la sexualidad	27
2.5.2. Conducta sexual no equivale a orientación sexual	29
2.5.3. La orientación sexual no se elige, sino que se toma conciencia de ella	29
2.5.4. Otros aspectos sobre la orientación sexual	30
2.6. Respuesta sexual humana	30
2.6.1. Fase de deseo	30
2.6.2. Fase de excitación	31
2.6.3. Fase orgásmica	32
2.7. Dificultades en la respuesta sexual	33
2.7.1. Dificultades en la fase de deseo	33
2.7.2. Dificultades en la fase de excitación	34
2.7.3. Dificultades en la fase orgásmica	34
2.7.4. Otras dificultades en la respuesta sexual	35
Capítulo 3	37
La importancia de las actitudes en la sexualidad	37
3.1. Introducción	37
3.2. Reflexiones sobre el cambio en las actitudes	38
3.3. Las actitudes del terapeuta	40

3.4. Instrumentos para la evaluación de las actitudes	43
<b>Capítulo 4</b>	<b>45</b>
<b>Evaluación del área de sexualidad</b>	<b>45</b>
4.1. Introducción	45
4.2. Evaluación general del Programa	45
4.3. Evaluación de los talleres	46
4.4. Evaluación de los usuarios	47
4.5. Cuestionarios e instrumentos de evaluación	48
<b>Capítulo 5</b>	<b>51</b>
<b>Conceptualización de las drogas</b>	<b>51</b>
5.1. Drogas y toxicidad	51
5.2. Uso y hábito	52
5.3. Abuso	53
5.4. La dependencia	54
5.5. La drogodependencia	56
5.6. La tolerancia	61
5.7. Síndrome de abstinencia	63
5.8. Intoxicación	65
5.9. Vías de administración	67
5.10. Clasificación y tipos de drogas	69
<b>Capítulo 6</b>	<b>72</b>
<b>Epidemiología de las drogodependencias</b>	<b>72</b>
6.1. Tendencias actuales de consumo	72
<b>Capítulo 7</b>	<b>75</b>
<b>La evaluación de las drogodependencias</b>	<b>75</b>
7.1. Evaluación de los pacientes	75
<b>Segunda parte</b>	<b>78</b>
<b>LAS RELACIONES ENTRE DROGAS Y SEXUALIDAD</b>	<b>78</b>
<b>Capítulo 8</b>	<b>79</b>
<b>Como afectan las drogas a la sexualidad</b>	<b>79</b>
8.1. Introducción	79
8.2. En cuanto al diagnóstico	81
8.3. Estudios con drogodependientes	82
8.4. Drogas estimulantes del sistema nervioso	85
8.5. Drogas depresoras del sistema nervioso	87
8.6. Drogas que alteran la conciencia	89

8.7. Adicciones sin sustancia	92
<b>Capítulo 9</b>	<b>94</b>
<b>Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia en la edad adulta</b>	<b>94</b>
9.1. Introducción	94
9.2. Definición de las variables	94
9.3. Prevalencia del abuso sexual en la infancia	94
9.4. Consecuencias del ASI	95
9.5. Relación entre ASI y drogodependencia	97
9.6. Descripción de caso: Martín	99
9.7. Discusión y conclusiones	101
<b>Capítulo 10</b>	<b>105</b>
<b>Sobre la adicción al sexo</b>	<b>105</b>
10.1. Comenzando a definir la adicción al sexo	105
10.2. Características y ciclo	106
10.3. Diagnóstico diferencial	109
10.4. Tratamiento	110
<b>Capítulo 11</b>	<b>113</b>
<b>La dependencia emocional en las adicciones</b>	<b>113</b>
11.1. Introducción	113
11.2. Características de la dependencia emocional	115
11.2.1. Negatividad sobre sí mismo	115
11.2.2. Excesiva fusión con sus parejas u otras personas	117
11.2.3. Ansiedad de separación	118
11.2.4. Otras características	118
11.3. Evaluación de la dependencia emocional	119
11.4. Relación entre la dependencia emocional y las adicciones	120
11.5. Consideraciones para el tratamiento	121
<b>Capítulo 12</b>	<b>126</b>
<b>Género y adicción</b>	<b>126</b>
12.1. Introducción	126
12.2. La drogodependencia desde la perspectiva de género	127
12.3. Impacto diferencial de las drogas en hombres y mujeres	128
12.4. Perfiles de mujeres adictas	133
12.5. En cuanto a los programas residenciales de tratamiento	134
12.6. El trabajo específico con mujeres	138
12.7. Casuística	139

Capítulo 13	143
La formación del terapeuta	143
Tercera parte	147
PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN GRUPAL	147
Capítulo 14	148
Talleres sobre sexualidad para drogodependientes	148
14.1. Introducción	148
14.2. Taller: Prevención de riesgos asociados a las conductas sexuales	150
14.2.1. Presentación	150
14.2.2. Objetivos del taller	150
14.2.3. Descripción de las actividades	151
14.2.4. Actividad complementaria	155
14.3. Taller: Miedos o temores sobre mi sexualidad	155
14.3.1. Presentación	155
14.3.2. Objetivos del taller	156
14.3.3. Descripción de las actividades	156
14.3.4. Actividad complementaria	158
14.3.5. Comentarios	159
14.4. Taller: Amor, enamoramiento y relaciones de pareja	160
14.4.1. Presentación	160
14.4.2. Objetivos del taller	163
14.4.3. Descripción de la actividad	163
14.4.4. Actividades complementarias	164
14.5. Taller: La ruptura sentimental	165
14.5.1. Presentación	165
14.5.2. Objetivos del taller	167
14.5.3. Descripción de la actividad	167
14.5.4. El cambio llega con la acción	169
14.5.5. Actividades complementarias	169
14.6. Taller: Para disfrutar en la sexualidad es importante...	172
14.6.1. Presentación	172
14.6.2. Objetivos del taller	172
14.6.3. Descripción de la actividad	172
14.6.4. Cuatro aspectos básicos	173
14.6.5. Otras sugerencias	174
14.7. Taller: Aprendo a conocerme y valorarme	177
14.7.1. Presentación	177

14.7.2. Objetivos generales	177
14.7.3. Actividades	178
<b>Bibliografía</b>	<b>190</b>