

# Trastornos de personalidad asociados a adicciones y diferencias de género

*Carmen Puerta,  
Médico, CAD de San Blas  
Instituto de Adicciones Madrid Salud  
Ayuntamiento de Madrid*

*El tema de las diferencias de género en las adicciones ha adquirido en los últimos años una relevancia inusitada. Este hecho está motivado, a mi entender, por dos cuestiones. La primera tiene que ver con determinantes sociopolíticos que se relacionan con un posicionamiento inadecuado de la mujer en el engranaje social, observándose serias discrepancias entre lo ideal y lo real: si bien es cierto que muchas diferencias en la circulación social se han reducido en las décadas inmediatamente anteriores, no es menos cierto que aún nos quedan muchas barreras que sortear para alcanzar una igualdad de trato real para ambos sexos. En muchas ocasiones, las ganancias sociales de la mujer han sido de tal calado que han llegado a parecer suficientes y a dar por zanjado un proceso de equiparación que todavía debe proseguir. Por ello, se han desarrollado políticas que bajo la etiqueta de “discriminación positiva” tienen por objeto forzar ese proceso de equiparación.*

En el ámbito de las adicciones y su tratamiento este proceso de equiparación sólo ha sido esbozado en los años más recientes. Hemos podido darnos cuenta de que la mayor parte de los dispositivos y de los recursos satélite que se han puesto en marcha por los legisladores y gestores de programas estaban dirigidos por una imagen social del “varón adicto”. No sólo aquella primera fase en la que esta imagen se correspondía con la representación social del “yonki” adicto a la heroína: también en la última década el consumo de cocaína se ha asociado en el ideario general al del varón competitivo y agresivo.

De hecho, algo que no se ha modificado en todo este tiempo, desde las épocas anteriores a la puesta en marcha del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, es la proporción de 4:1 de varones que solicitan tratamiento en los centros específicos. Este volumen asistencial parece justificar la atención selectiva que hemos mostrado por los varones en detrimento de la que se ha proporcionado a las mujeres, y que se traduce, en la medida en que se puede objetivar, en menos plazas en Comunidades Terapéuticas, en pisos de reinserción, en camas hospitalarias, etc. Sin embargo, como evidencia el estudio recientemente publicado por Comas sobre las CCTT españolas, la baja proporción de mujeres en tratamiento se ha traducido en muchas ocasiones en una falta de disponibilidad de plazas en CT, incluso por debajo de esta proporción de 4:1, lo que ha dificultado un abordaje correcto en los casos en que se requerían este tipo de recursos asistenciales.

A mi entender, una de las razones de estos desfases en la provisión de recursos asistenciales y de atención, en general, es el hecho de que durante muchos años hemos estado más pendientes de las sustancias que de las personas. Así, hemos construido y diseñado dispositivos, recursos y programas dirigidos a consumidores de heroína, luego de cocaína o bien de alcohol. Pero hemos perdido de vista que el verdadero problema del consumo abusivo de sustancias no reside en el compuesto químico que se autoadministra, sino en la persona que lo hace, en sus motivos, en sus carencias, en su posicionamiento social, en su problemática psicopatológica. Y, observado desde esta perspectiva, es obvio que varones y mujeres comparten un buen número de problemas, pero no la totalidad, en la medida en que la mujer, aún en el mundo de hoy tiene, si no más obstáculos que el varón, sí algunos estrictamente diferentes. Y, en todo caso, que cada una de las personas que acuden en demanda de ayuda presenta su propio mapa de necesidades.

Una de las formas que en los últimos años hemos propuesto para resolver estas deficiencias es observar más a la persona que tiene problemas con las drogas que a la droga misma y a sus efectos. La perspectiva sería lo que en palabras de Theodore Millon se definiría como "Terapia Guiada por la Personalidad", esto es, la provisión de recursos, estrategias y técnicas adecuadas para cada individuo que facilitarían la mejora de su relación con su entorno y consigo mismo, y, en consecuencia, disminuirían la probabilidad de que la droga fuera el recurso principal del repertorio del sujeto.

Este enfoque supone, en un primer paso, trazar un plano de la estructura de personalidad de los sujetos comparándolo con lo que los estudios de investigación nos revelan como normas, tanto en el estudio de la personalidad normal como en el estudio de sus modalidades patológicas. En un paso posterior, esta evaluación nomotética debe dar paso a un estudio idiográfico que dé sentido a los hallazgos comparativos obtenidos en la fase anterior. Y, finalmente, un tercer paso debe incluir un conocimiento de la realidad social y las dificultades añadidas por cualesquiera condiciones que deban ser tenidas en cuenta; en el caso que nos ocupa, las diferencias sociales atribuibles al género (aunque también será preciso observar otras condiciones, como la de menor/mayor de edad, o bien la de los ancianos con problemas de consumo, los que padecen alguna enfermedad crónica, las diferencias étnicas, etc.).

La personalidad se concibe como "un patrón complejo de rasgos psicológicos profundamente arraigados que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo, que surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo". Es decir, el concepto de personalidad nos permite abordar a una persona en su integridad y conocer los déficits o alteraciones que justifican, de una u otra forma, el uso de sustancias. Por ello, en los

últimos años hemos prestado una enorme atención a la personalidad de las personas que nos solicitan ayuda profesional.

En el CAD 4 llevamos varios años evaluando sistemáticamente la personalidad de nuestros usuarios. Utilizamos para ello un método combinado: la cumplimentación de autoinformes y las entrevistas de valoración y seguimiento. Sabemos que ambos métodos por separado presentan severas deficiencias de cara a la formulación de diagnósticos. Pero sabemos también que los estudios disponibles abogan por la complementariedad de ambos métodos: un autoinforme seguido de una entrevista de evaluación clínica. Los dispositivos de drogas cuentan con una ventaja adicional: no es una, sino muchas, las entrevistas que mantenemos con los pacientes, de modo que los autoinformes previos nos proporcionan una “hipótesis diagnóstica” que tenemos la oportunidad de revisar y reformular al hilo de las intervenciones con el usuario, la observación de su desenvolvimiento, la habilidad en el desempeño de tareas y, en consecuencia, algo que hemos denominado “evaluación dinámica”, puesto que no limita su función al establecimiento de un diagnóstico, en base al cual se diseña un proyecto de intervención, sino que permite un abordaje interdisciplinar y el replanteamiento de estrategias terapéuticas, objetivos para el tratamiento y, en último término, un diagnóstico psicopatológico multiaxial, como proponen las categorías diagnósticas disponibles, como el DSM.

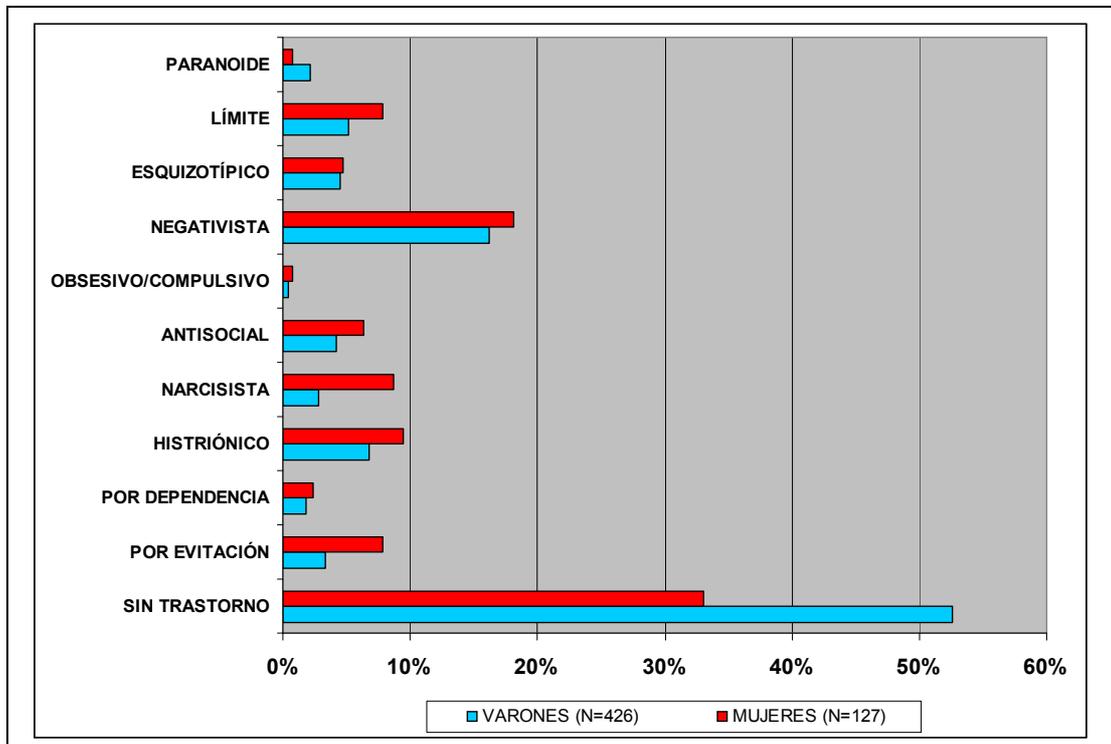
En noviembre de 2004 un trabajo diseñado y realizado en el CAD 4 obtuvo el primer premio de investigación en drogodependencias en el Congreso de Chiclana. Su título era: “Diferencias de género en personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: rasgos, trastornos y variables interaccionales. ¿Se justifican tratamientos diferentes?”. En él, y a partir de los datos obtenidos en nuestra población, se sometía a estudio la necesidad de crear programas específicos para mujeres, o bien programas generales con intervenciones complementarias específicas. Nuestros datos apoyaban esta segunda opción: las mujeres presentaban carencias suplementarias que dificultaban su reincorporación social por encima de lo que era previsible para los varones. Los datos que daremos a continuación proceden de estudios posteriores con muestras más grandes y actualizadas.

Cuando estudiamos los trastornos de la personalidad en población adicta, mediante el uso de instrumentos como el MCMI-II, complementado posteriormente con entrevistas diagnósticas, observamos, en primer lugar, que las mujeres que inician un tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en nuestro CAD presentan mayor prevalencia de trastornos de personalidad que los varones en la misma situación. En la Gráfica podemos observar que mientras algo más de la mitad de los varones evaluados no presentan criterios para estimar la presencia de un trastorno de la personalidad, casi dos tercios de las mujeres atendidas y evaluadas sí los presentan.

Además aparecen dos diferencias significativas:

1. Las mujeres presentan prevalencia significativamente más elevada en el Trastorno de Personalidad por Evitación.

2. Las mujeres presentan también prevalencias más elevadas en prácticamente todos los Trastornos del espectro impulsivo/agresivo: Histriónico, Narcisista, Antisocial, Negativista-Pasivo/Agresivo y Límite.



Un dato ya reflejado en aquel estudio presentado en Chiclana, que fue realizado sólo a partir de los datos de autoinforme, es la elevada prevalencia del Trastorno Negativista de la Personalidad o Trastorno Pasivo/Agresivo, en ambos sexos, pero especialmente en la población femenina. En el presente estudio, hasta un 18,1% de las mujeres presentan criterios para hacerse acreedoras al diagnóstico de este trastorno, por un 16,2% de los varones. Se trata de un trastorno que en la actualidad se encuentra en estudio en el DSM-IV, y que parte del anteriormente admitido Trastorno Pasivo Agresivo de la Personalidad, pero a partir de una reformulación de los criterios diagnósticos, que antes se centraban en las conductas obstruccionistas y ahora atienden preferentemente a la ambivalencia cognitiva, oscilante entre la agresión a los otros como mecanismo de liberación de la culpa, y la dependencia del otro. Se trata de personalidades inseguras e inmaduras, profundamente insatisfechas y resentidas por su supuesta mala suerte o por la manera injusta en que, según perciben, han sido tratadas por la vida. El equipo de mi CAD, en colaboración con investigadores de la Universidad de Santiago de Compostela, han publicado en el primer número del año 2006 de la revista Trastornos Adictivos un exhaustivo estudio de la relación que este trastorno presenta con el abuso y la dependencia de sustancias.

El hecho de que casi el 20% de las mujeres que atendemos presenten este Trastorno lo convierte en un elemento a considerar de cara a su tratamiento y a la evolución que podemos pronosticar en el proceso de abandono del consumo problemático de sustancias. Para los profesionales que deben atenderlo, se trata de un patrón de personalidad extremadamente complejo, puesto que desarrolla comportamientos obstructivos en cuanto presume que el terapeuta está controlando su conducta. El curso del proceso de tratamiento frecuentemente se caracteriza por avances que repentinamente se convierten en marcha atrás cuando la persona advierte que ha realizado la tarea que le había sido encomendada por el profesional.



Para  
IV está di  
realiza un  
trastornos

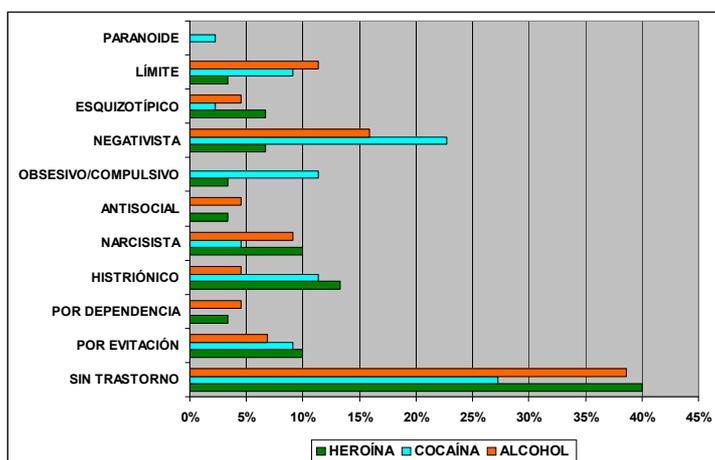
del DSM-  
cuando se  
ios de los  
alencia de

este desorden. Cuando se utilizan instrumentos basados en el diagnóstico dimensional aparece casi sistemáticamente como el más prevalente en población adicta. En

consecuencia, y como sugieren los autores del mencionado estudio, los sujetos que debieran ser diagnosticados de Trastorno de Personalidad Negativista son asignados a los más próximos: el Trastorno Antisocial, si predominan las conductas agresivas y obstruccionistas, o el Trastorno Límite, si predomina la inestabilidad emocional.

El Trastorno Límite de Personalidad es una variante sensiblemente más severa del anterior, y también es de los más prevalentes entre nuestra población, especialmente en las mujeres. A la ambivalencia cognitiva de los negativistas, los límites añaden una extrema vulnerabilidad emocional y una extrema impulsividad que les lleva a la autolesión o a la agresión a los otros, especialmente a los seres más queridos, buscando una atención y un afecto que temen desesperadamente perder. En el cuadro siguiente, extraído del estudio mencionado, se observa que las personas con Trastorno Límite de la Personalidad presentan un muy pobre ajuste en el mundo laboral, frecuentes intentos de suicidio o parasuicidio, menores periodos de abstinencia en el consumo de sustancias y antecedentes más frecuentes de maltrato y abusos sexuales en la infancia, y problemas añadidos de control de impulsos, como adicciones comportamentales, trastornos de la alimentación u otros.

Si atendemos ahora a la droga principal, la que motiva la demanda de tratamiento observamos en el Gráfico siguiente que son las consumidoras de cocaína las que presentan mayor prevalencia de trastornos de la personalidad: casi las tres cuartas partes presentan alguno. Y de ellas casi una cuarta parte de la muestra total de consumidoras de cocaína presentan un Trastorno de Personalidad Negativista. El Trastorno Límite es más frecuente en mujeres alcohólicas aunque a corta distancia se sitúan las consumidoras de cocaína.



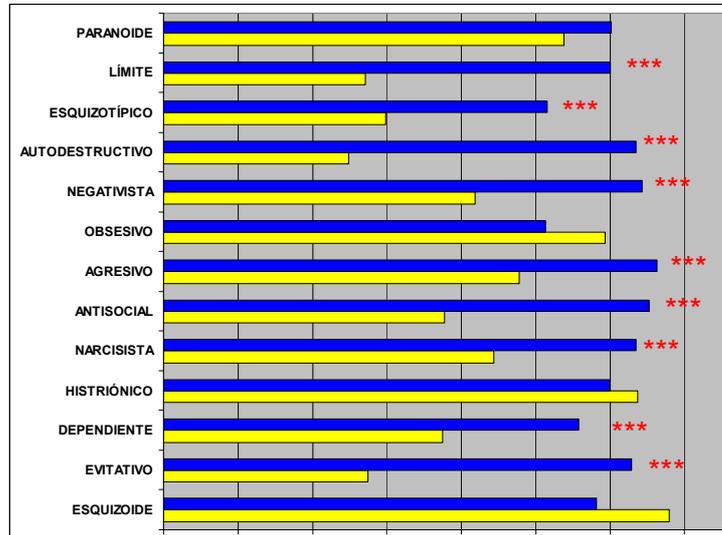
Las consumidoras de cocaína son, además, más jóvenes, presentando una media de 31,3 años (con una desviación típica de 8,04) frente a los 37,7 años de las consumidoras de heroína y los 40,7 de las consumidoras de alcohol. Lo que quiere decir que el Trastorno de Personalidad. Las mujeres

inician más tarde el consumo de cocaína que los varones: éstos lo hacen como media en torno a los 18 años, mientras ellas comienzan a consumir con 20 como término medio. Para entonces ya eran consumidoras habituales de alcohol en dosis muy elevadas, como nos muestran los estudios sobre población juvenil y confirman los datos de nuestro estudio. Hay que hacer constar que una buena parte de la muestra inició los consumos en épocas más tempranas, entre los 15 y los 18 años, periodo

especialmente crítico tanto en el desarrollo final del cerebro como en el proceso de formación de la personalidad y la socialización.

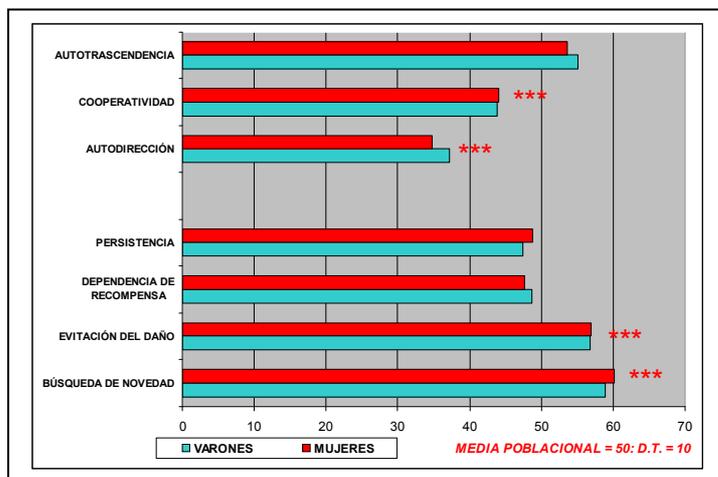
Comparamos ahora los resultados obtenidos en el MCMI-II por nuestra muestra de mujeres en tratamiento (N=127) con los obtenidos por una muestra de mujeres de población general (N=64). Encontramos diferencias muy significativas ( $p < 0,0001$ ) en los patrones Evitativo, Dependiente, Narcisista, Antisocial, Agresivo/Sádico, Negativista,

Autodestructivo, Esquizotípico y Límite. Todos ellos muestran una mayor severidad en la patología mostrada por las mujeres adictas en tratamiento.



Tenemos aún otra manera de estudiar la

presencia de estos trastornos, y nos la proporciona el modelo teórico de Cloninger. Este modelo propone la existencia de cuatro rasgos temperamentales y tres caracteriales. Los rasgos temperamentales tendrían un fuerte anclaje biológico, una fuerte determinación genética y un valor evolutivo que favorecería distintas modalidades de adaptación al medio. Los rasgos caracteriales, en cambio, se modularían más a partir del historial de aprendizaje y las experiencias vitales acumuladas. Los trastornos caracteriales supondrían la base sobre la que se establecería un Trastorno de la Personalidad y los rasgos temperamentales determinarían qué modalidad de personalidad desadaptada se establecería.



Observamos en primer lugar los rasgos caracteriales. No hay diferencias entre varones y mujeres en ninguno de ellos, pero son significativamente menores las puntuaciones obtenidas por los adictos de ambos sexos tanto en Autodirección como en Cooperatividad. Ambos, una baja

Autodirección y una baja Cooperatividad, son los criterios que en los estudios de Cloninger y su equipo se asocian con presencia de Trastornos de la Personalidad.

La Autodirección mide la capacidad adquirida para desarrollar un proyecto de vida personal, determinar los propios objetivos, gestionar los propios recursos, mantener un adecuado autoconcepto y asumir la responsabilidad de los propios actos. Esta dimensión es críticamente baja en la mayor parte de las personas que son atendidas por problemas de consumo.

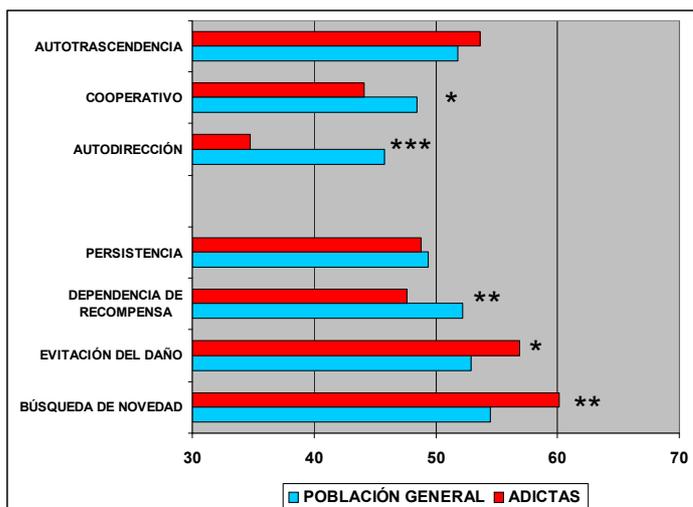
La Cooperatividad se refiere a las capacidades adquiridas para comprender al otro, desarrollar empatía y compasión, ser tolerante con las necesidades ajenas y actuar en congruencia con los requerimientos de la vida social. La mayor parte de las personas atendidas en el CAD muestran valores significativamente bajos en esta dimensión.

Si pasamos a observar las diferencias en los rasgos temperamentales, veremos que no hay diferencias por sexo entre los sujetos adictos, pero que éstos, independientemente de su sexo, son significativamente diferentes de la población general. Los adictos, hombres y mujeres, presentan mayores puntuaciones en Búsqueda de Novedad y en Evitación del Daño, mientras que los varones, además, presentan menor Dependencia de Recompensa y menor Persistencia.

El rasgo de Búsqueda de Novedad está relacionado con la necesidad de estimulación novedosa, la búsqueda activa de nuevas fuentes de estimulación, la conducta impulsiva y la actitud agresiva y desorganizada. Evolutivamente se correspondería con las características dominantes en los animales depredadores, obligados a buscar nuevas fuentes de alimentación, nuevos territorios para la caza, la preparación para la lucha y la competición por los nutrientes. Este rasgo está más próximo a una imagen viril en el ideario tradicional.

El rasgo de Evitación del Daño se relaciona con la necesidad de autoprotección, de eliminación de fuentes de estrés, de la búsqueda activa en el entorno de potenciales fuentes de amenaza. Evolutivamente se corresponde con las características de los animales herbívoros, que deben permanecer alerta frente a la posible amenaza de los depredadores, dedicando gran parte del tiempo a la protección de las crías. Se corresponde, en el ideario tradicional, con una imagen más femenina.

Ambos rasgos, aunque se suponen anclados en características biológicas estables (preparación biológica), en el ser humano se desarrollan a partir de la interacción con el ambiente a lo largo de la vida. Ambos están presentes, aunque los factores metabólicos predispongan más al uso de unos u otros. Las experiencias y el historial de reforzamiento pueden sensibilizar vías neuronales que inicialmente no estuvieran encaminadas a ser prioritarias.



Bien, pues cabe pensar en la ambivalencia inherente al hecho de utilizar simultáneamente estrategias de búsqueda de novedad y estrategias guiadas por el miedo. Necesidad de estimulación y miedo a la novedad. Impulsividad y miedo. Esta ambivalencia parece ser el sustrato biológico de la ambivalencia cognitiva que caracteriza a

los Trastornos de Personalidad Negativista y Límite.

Personalidades impulsivas y miedosas, que no han aprendido a desarrollar un autoconcepto adecuado, a desarrollar un proyecto individual, a determinar las propias metas y a encontrar un adecuado posicionamiento en el engranaje social. Este es el sustrato común a los Trastornos de la Personalidad que presentan nuestras pacientes.

Si comparamos a las mujeres adictas en tratamiento con las de población general, aquellas son más impulsivas, más temerosas, más individualistas (menos dependientes de recompensa), dirigen su vida con extrema dificultad y son menos cooperativas y sociables.

En definitiva, hemos preferido referirnos a nuestros datos en la medida en que son más adecuados a la realidad que manejamos cada día que aquellos escasos trabajos disponibles en la bibliografía y que suelen referirse a culturas diferentes a la nuestra. A partir de estos datos podemos extraer una serie de conclusiones:

Las mujeres que realizan tratamiento por trastornos relacionados con consumo de sustancias presentan una prevalencia elevada de trastornos de la personalidad, incluso superior a la de los varones en la misma situación.

La mayor parte de estos trastornos pertenecen al espectro de la impulsividad.

1. Los dos trastornos más prevalentes son el Trastorno de Personalidad Negativista y el Trastorno Límite de Personalidad, que comparten como rasgo principal una acusada ambivalencia cognitiva que hace oscilar su conducta entre la agresión y la culpabilización.
2. El Trastorno de Personalidad por Evitación es significativamente más prevalente en mujeres que en varones, y se caracteriza por un repliegue en las relaciones sociales, una mala autoimagen, ansiedad anticipatoria y poca confianza en el futuro, presentando una frecuente comorbilidad con trastornos de tipo depresivo y por ansiedad. En estos casos cabe pensar que la autoadministración de sustancias cumple una función de reducción del malestar, una estrategia de escape o evitación, y un acusado impulso de huida.

3. En términos generales cabe sugerir que las mujeres adictas en tratamiento se parecen más en su personalidad a los varones adictos que a las mujeres de población general. Es conocido que contextos muy estructurados reducen las diferencias interpersonales, como pueden ser las atribuibles al género. El mundo de la droga es un contexto con pautas de comportamiento muy automático, con pautas relacionales muy explícitas y con poco margen de maniobra para la creatividad personal. Esto obliga a efectuar comportamientos muy estereotipados y, de entre ellos, son reforzados aquellos que implican rapidez de acción, reacciones instintivas e irreflexivas, de modo que la agresividad adquiere un importante valor adaptativo.
4. Existen otras hipótesis que pueden explicar el hallazgo de una sobrerrepresentación de mujeres con patrones de personalidad impulsivos y agresivos en las muestras de adictas en tratamiento. En el trabajo anteriormente citado de Sol de Ena y Eduardo Pedrero se sugerían varias desde perspectivas biológicas y sociológicas que podrían orientar nuevas investigaciones.

Las mujeres atendidas en el CAD presentan una socialización muy deficiente en relación no sólo a las mujeres de población general, sino incluso en relación a los varones adictos. Esto se traduce en actitudes menos cooperativas, tendencia a la anomia sin capacidad para la toma de decisiones en sus proyectos vitales, más acusada intolerancia ante actitudes y comportamientos ajenos, dificultad para asumir las consecuencias de los propios actos, pobre sentido de pertenencia a su grupo social y dificultades para comprender, asumir y comportarse de acuerdo con los valores comúnmente aceptados en su entorno. Desde perspectivas evolucionistas se ha propuesto recientemente un modelo motivacional, con un sustrato neurológico localizado en el sistema límbico-estriato-pálido, que supondría un automodelado permanente de la conducta en base a las capacidades autopercebidas de aptitud para la reproducción y la supervivencia, lo que viene a sugerir que la conducta antisocial tendría para los sujetos valor adaptativo en determinados contextos. Algunos estudios muestran cómo estos déficits pueden iniciar un proceso de reversión tras la aplicación de una intervención psico-educativa en contextos terapéuticos.

En definitiva, puede afirmarse que determinadas configuraciones neurológicas en determinadas condiciones ambientales tenderían a disminuir las conductas de afiliación y a favorecer patrones de conducta agresivos y poco empáticos (tal y como propone Moffit).

No caben, pues, explicaciones reduccionistas, como aquéllas que tienden a considerar los Trastornos de la Personalidad como “enfermedades mentales”. Así lo afirma Millon cuando explica: *“La noción arcaica de que todos los trastornos mentales representan invasiones externas o procesos internos de enfermedad es un exponente de ideas precientíficas (...) Estas ideas tan ingenuas tienen poco peso entre los investigadores actuales de la medicina y del comportamiento. Como resultado de*

*nuestro mayor conocimiento de la compleja naturaleza de la salud y de la enfermedad, reconocemos actualmente que la mayoría de los trastornos físicos son el resultado de la dinámica y el intercambio entre las capacidades del sujeto para afrontar las cosas y el ambiente en el que vive (...) La psicopatología debería concebirse como el reflejo del mismo patrón interactivo”.*

Por eso, podemos hipotetizar que una persona con preparación biológica para evitar el daño, que estimula su sistema dopaminérgico (relacionado con la impulsividad y la búsqueda de novedad) mediante la administración de sustancias como la cocaína, llegará a experimentar una fuerte ambivalencia entre ambos sistemas neurales, que se traducirá en una personalidad ambivalente, insegura, oscilante entre la agresión y la dependencia, sin un sentido claro de autoconcepto.

Pero también podemos hipotetizar que la causa de esta ambivalencia puede ser de origen social. En efecto, niños y niñas son educados y preparados en términos de igualdad. En la adolescencia se mantienen los estándares de igualdad. Pero esos estándares siguen respondiendo a una construcción viril del mundo. Las mujeres, en nuestro mundo actual, son empujadas a aprender a moverse en un mundo competitivo, a adoptar estilos de conducta agresivos en busca de una supuesta igualdad, pero nadie las prepara para llegar, por ejemplo, a un ámbito laboral donde serán rechazadas o peor retribuidas por el simple hecho de ser mujeres, lo que lleva a la frustración. Se les prepara para desarrollar un amor emocional hacia sus parejas, pero nadie las prepara para ser maltratadas al llegar al matrimonio, lo que genera culpa. La aparente igualdad que experimentan en la fase de adolescencia se desvanece al pasar a una edad adulta donde las exigencias vuelven a ser diferentes en función del sexo.

En definitiva, lo que los datos nos muestran es que las mujeres que acuden en demanda de tratamiento por problemas relacionados con el consumo de drogas lo hacen en una situación de mayor desventaja que los varones, tanto por su historia pasada como por sus posibilidades reales de reinserción. Su mayor cantidad e intensidad de trastornos de la personalidad no nos habla de mayor patología, sino de mayores dificultades.

Los trastornos de la personalidad no tienen tratamientos eficaces si se toman como una entidad mórbida, pero pueden tratarse si se compensan los rasgos en los que se sustentan. Podemos intervenir sobre la impulsividad reduciéndola, en un primer momento, mediante fármacos, para después iniciar un tratamiento psicoterapéutico focalizado en el autocontrol. Podemos intervenir sobre la hiperreactividad emocional modulándola farmacológicamente para favorecer la incorporación a una psicoterapia encaminada al control emocional, al afrontamiento eficaz del estrés o a la reducción de la activación. Podemos favorecer la circulación social si entrenamos en habilidades sociales y desarrollamos acciones educativas en el medio real de la mujer que está superando su adicción. Podemos y debemos poner en práctica las intervenciones encaminadas a superar las dificultades añadidas de una persona problematizada por las drogas que, además, es mujer.

Lo que no podemos, ni debemos tolerar, es quedarnos en una visión estigmatizante que se limite a constatar mayores niveles de psicopatología en las mujeres tratadas, ni a limitarse a proporcionarles más fármacos como única solución. Debemos seguir promoviendo la investigación necesaria para conocer los determinantes de su malestar, de su desajuste consigo mismas y con su entorno social, a buscar intervenciones útiles y a observar el problema desde todas las perspectivas posibles. Eso será beneficioso para ellas, pero también para nosotros como profesionales. Porque es preciso tener en cuenta las palabras de Millon cuando se refiere a los Trastornos de la Personalidad:

*“Las ideas preconcebidas que dominan actualmente el ámbito clínico son doblemente pesimistas para las personas a quienes se diagnostica un trastorno de la personalidad: sufrir un trastorno o una enfermedad es bastante negativo. No obstante, lo peor es padecer una enfermedad que esté profundamente arraigada en la persona y que invada por completo todas las áreas de la vida en todo tiempo y situación. Imagínese la desesperanza e indefensión que pueden sentir estas personas si se les dice que “tienen” un trastorno de la personalidad. ¡Imagínese la desesperanza y la indefensión que puede sentir el terapeuta si cree esto!”.*