

3

INVISIBILIDAD, EMOCIONES Y ABUSO DE DROGAS ENTRE LAS MUJERES

Nuria Romo Avilés
Doctora en Antropología Social

La voz en off masculina presente en la mayoría de las campañas preventivas, pone de manifiesto que los hombres siguen representando a la autoridad y la credibilidad. Por el contrario, cuando se escucha la voz de una mujer, es para representar angustia, ansiedad y/o preocupación.

UNAD. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a Drogodependientes, 2012

Mujeres y varones afrontan problemas de salud semejantes, pero las diferencias son de tal magnitud que la salud de las mujeres merece que se le preste una atención particular (OMS, 2009). Incorporar la perspectiva de Género en Salud Pública supone distinguir entre diferencia y desigualdad. Si hablamos de diferencia nos referimos a las diferencias en materia de salud debidas a las características biológicas de los sexos. Hablar sólo de diferencias biológicas conlleva el peligro de insinuar que «anatomía es destino». La incorporación de la perspectiva de género en salud recomienda ampliar la mirada, considerando también los determinantes sociales o discutir los resultados de investigación reconociendo la concreción del enfoque (Calvente, María del Mar et al., 2012).

La inclusión de la perspectiva de género en el mundo de las drogodependencias provoca una mirada comprensiva, clave para entender el contexto en el que se consumen las sustancias y cómo afectan a las personas que las usan o abusan. Es indiscutible la necesidad de tenerla en cuenta en las políticas y en el diseño de los programas de tratamiento. Sin embargo, su inclusión no ha sido común, siendo la experiencia masculina la presentada con frecuencia como la norma. La omisión de la mirada de género en las investigaciones epidemiológicas o clínicas ha podido conllevar su invisibilidad en las políticas de prevención.

Las primeras contribuciones a la literatura sobre los usos de drogas dominadas por las explicaciones médicas y psicológicas del uso de drogas, cuando consideraban la mujer, proyectaban el uso de drogas de las mujeres como 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, en el peor de los casos, como enfermedad (Rosenbaum, M. and

Murphy S., 1990). Estas perspectivas han podido invisibilizar nuevas tendencias de consumo de drogas entre las mujeres más jóvenes que se han iniciado en las últimas décadas. En concreto, sabemos que se viene produciendo una disminución de los ratios de consumo de algunas sustancias y un incremento progresivo al consumo de las chicas de drogas legales, en concreto tabaco, alcohol y psicofármacos. (PNSD, 2009?).

Sabemos que diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre varones y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a éstas. 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. Las mujeres tienen dificultades añadidas para incorporarse al tratamiento de las adicciones y abandonar el consumo de drogas (Blake et al., 2001).

Se ha planteado que en los problemas de uso de drogas las diferencias de género son un reflejo de las que están presentes en la sociedad en general y los roles de cada sexo se proyectan en los contextos de consumo de drogas. Las emociones, los sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima son mayores entre las mujeres cuando las comparamos con los varones porque interiorizan en mayor medida la estigmatización social. Sabemos que la ilegalidad y el riesgo alejan a las mujeres del abuso de algunas drogas. La valoración social sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias resulta más negativa comparada con los varones, generando un mayor estigma social hacia ellas, debido al alejamiento de los comportamientos normativos asociados socialmente a las mujeres.

“La valoración social sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias resulta más negativa comparada con los varones”



Distintas investigaciones mantienen que las intervenciones más efectivas en chicas tienden a centrarse en la formación en habilidades sociales, influencia social y normas sociales. Por ejemplo, las chicas pueden ser más receptivas al modelo de la influencia social, debido a sus distintas experiencias de socialización. Intervenciones que proporcionan una mejora en la comunicación interpersonal, en la negociación, y que mejoran la resistencia a la presión del grupo pueden tener mejores resultados en chicas que en chicos. Otras investigaciones han sugerido que los mensajes que se centran en las relaciones sociales o en la mejora de la autoestima y confianza en uno mismo son más efectivos en chicas que en chicos. Se ha sugerido que los programas que incentivan la participación social o los vínculos sociales son más efectivos con las chicas (Amaro et al., 2001, Tobler et al. 2000).

Investigaciones recientes han mostrado que en España la prevención del uso abusivo de drogas no ha estado enfocada desde la perspectiva de género. La Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a Drogodependientes (2012) ha llevado a cabo un análisis sobre las grandes campañas de prevención desarrolladas en el país en los últimos diez años desde la perspectiva de género y llegan a la conclusión de que las campañas publicitarias de prevención del consumo de drogas no están pensadas para que lleguen a las mujeres igual que a los hombres, y de ahí que la efectividad no sea la misma. Señalan la necesidad de eliminar los estereotipos tradicionales presentes en la mayoría de las campañas evaluadas y poner énfasis en el consumo problemático de sustancias, que su adicción es mayor en mujeres, como es el caso de los psicofármacos (Unión de Asociaciones y Entidades de Atención a Drogodependientes (2012).

La evidencia científica que se va produciendo en el conocimiento de la influencia del género en los usos de drogas debería ser incorporada a la práctica de los profesionales del sector. Abordar las drogodependencias desde una perspectiva de género supone incorporar diferencias y peculiaridades de género, es decir, los factores físicos, psicológicos y sociales que condicionan las motivaciones para consumir drogas, los distintos patrones de uso, sus efectos y consecuencias. Así mismo, supone eliminar las desventajas o desigualdades que el género establece a la hora de acceder a programas y servicios preventivos y asistenciales (Romo, N., 2005). Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre hombres y mujeres exigen que las estrategias y actividades para prevenir el consumo de drogas se adapten a ellas. Los programas preventivos universales deberían tener en cuenta la perspectiva de género, optimizando sus intervenciones, incidiendo en los factores de riesgo y protección que influyen específicamente sobre las mujeres y los varones. Los programas preventivos selectivos e indicados deberían estar diseñados específicamente para las mujeres por sus diferencias en la etiología de los consumos, sus patrones de consumo de drogas y en sus consecuencias.

El factor generacional condiciona los roles en que han sido socializados hombres y mujeres y establece grandes diferencias en las motivaciones y patrones de consumo de drogas. La adecuación de los programas de prevención a la perspectiva de género supone implementar programas para chicos y chicas jóvenes, y para hombres y mujeres de edad adulta. Incorporar la perspectiva de género en las intervenciones preventivas abre la puerta a la incorporación de las desigualdades de sexo, clase social y origen étnico en estas intervenciones preventivas.

4

ENTRENAMIENTO EN ESTRATEGIA DE METAS (GMT) Y MINDFULNESS

El hombre más lento, que no pierde de vista el fin, va siempre más veloz que el que vaya sin perseguir un punto fijo.

Franz Kafka

Sandra Santiago Ramajo

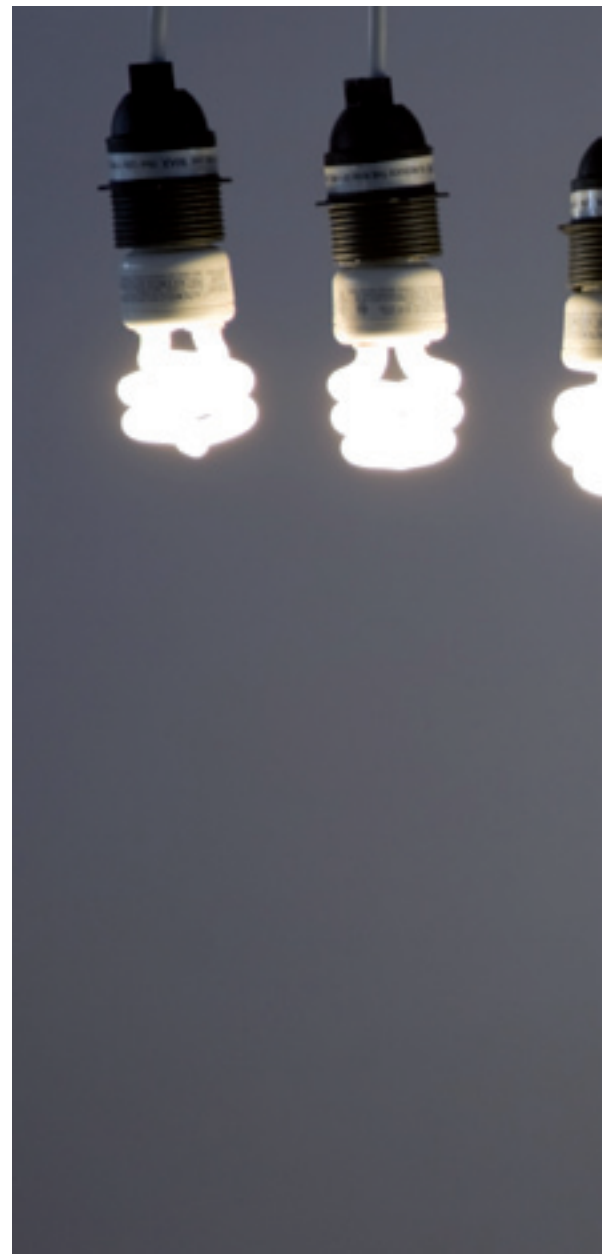
Doctora en Psicología por la Universidad de Granada y miembro del Grupo de Investigación "Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Clínica"

Carlos Valls Serrano

Grupo de Investigación de Neuropsicología Clínica. Universidad de Granada

Las conductas dirigidas a metas dependen de un procesamiento cognitivo de alto nivel como son las funciones ejecutivas asociadas al lóbulo frontal (Duncan, 1986). Las funciones ejecutivas están compuestas por cuatro componentes (Anderson, 2002): control atencional, flexibilidad cognitiva, fijación de objetivos y procesamiento de la información. La integración de estos componentes es importante para una conducta adecuada, su control emocional, su integración social y su funcionamiento cognitivo. La función de las metas es imponer coherencia en el comportamiento mediante el control de la activación o inhibición de las acciones que promueven o se oponen a la finalización de tareas.

En los últimos años, algunos estudios han demostrado que los consumidores de alcohol y los drogodependientes muestran daños en la toma de decisiones (Fernández-Serrano, Pérez-García & Schmidt Río-Valle, 2010; Fernández-Serrano, Pérez-García & Verdejo-García, 2011). Además, se han encontrado alteraciones en su experiencia emocional (Aguilar de Arcosetal, 2005). Debido a estas razones, es esencial complementar las terapias, como el Entrenamiento en Manejo de Metas, con otras terapias que realcen el control emocional, como la meditación Mindfulness, que constituye un estado de la conciencia en el que de manera consciente se atiende la propia experiencia momento a momento (Brown & Ryan, 2003). Mindfulness ha sido descrito como una práctica para aprender a centrar la atención y la conciencia, con una actitud de curiosidad, apertura y aceptación, lo que se podría decir en otras palabras, experimentar el momento presente sin intentar cambiar nada (Bishop, 2004). Como consecuencia se obtiene una mejora de la salud física y mental, reduciendo síntomas de estrés, ansiedad y depresión (Marchand, 2012). Este estado de conciencia se consigue mediante técnicas provenientes del budismo (Salmon et al, 2004) y en un intento de desligar las características religiosas y místicas del budismo, se han desarrollado terapias clínicas en grupo que utilizan manuales y técnicas estructuradas. Entre ellas destaca, Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) desarrollada por el Dr. Jon Kabat-Zinn en el centro médico de la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn, 2005) y el programa adaptado Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) desarrollado por Segal, Williams y Teasdale (2001). Ambos programas, tienen una duración de ocho semanas, con sesiones de dos horas de duración, y se caracterizan por cultivar el estado de mindfulness a partir de prácticas formales, como la meditación sentada, exploración del cuerpo o yoga con



mindfulness; con el objetivo de ir introduciéndolas poco a poco en la práctica diaria (Fjorback et al., 2011). El programa se aplica en grupo e incluye una educación acerca del estrés y entrenamiento en habilidades de adaptación (coping) y asertividad, además de la necesidad de realizar prácticas diarias de una media hora de duración. Cabe destacar que MBSR es un complemento terapéutico y no un sustituto al tratamiento médico (Kabat-Zinn, 1999).

La terapia de Entrenamiento en Manejo de Metas (Goal Management Training, GMT) fue desarrollada por Robertson, Levine, y Manly (2005) y es una estrategia de rehabilitación basada en la teoría de desorganización de la conducta derivada de daños frontales de Duncan et al. (1996). Una ventaja particular del GMT es que pone énfasis en el comportamiento cotidiano, ya que se centra en la planificación y ejecución de las actividades cotidianas con el fin de capacitar a los participantes en la gestión de metas, como por ejemplo, preparar la comida. GMT se compone de un paquete de materiales con presentaciones, cuaderno de tareas y actividades totalmente estandarizadas de siete sesiones de dos horas de duración (www.goalmanagementtraining.com). El entrenamiento está enfocado en varias etapas, que corresponden con cada uno

de los aspectos importantes de la conducta dirigida a objetivos. La etapa 1 va dirigida a la orientación, donde los participantes aprenderán a evaluar el estado actual de la conciencia mediante la parada del "piloto automático". En la siguiente etapa, se le enseñará al sujeto qué es la memoria de trabajo (pizarra mental) y cómo se introducen metas. En la cuarta etapa, se dedica a la toma de decisiones y la jerarquización de metas. La última etapa se ocupa del monitoreo, es decir, evaluar el resultado de la acción y, en caso de que no sea el resultado esperado, se repite el proceso.

En el año 2011 se publicó el único estudio de efectividad realizado con la terapia GMT junto con Mindfulness en sujetos drogodependientes (Alfonso et al., 2011). Se aplicaron ambas terapias a 18 sujetos en una comunidad terapéutica de Alicante durante siete semanas. Para comprobar la efectividad se compararon los datos con un grupo de 16 sujetos que recibieron el tratamiento estándar de la comunidad. Los resultados mostraron mejoras en memoria de trabajo, en atención selectiva, en inhibición de respuesta y en toma de decisiones, variables que suelen ser predictoras para un buen pronóstico del tratamiento y la prevención de recaídas (Passetti et al., 2008, Streeter et al., 2008).



“UNA VENTAJA PARTICULAR DEL GMT ES QUE PONE ÉNFASIS EN EL COMPORTAMIENTO COTIDIANO, YA QUE SE CENTRA EN LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS CON EL FIN DE CAPACITAR A LOS PARTICIPANTES EN LA GESTIÓN DE METAS”

➤ Mesa redonda





1

INTERACCIÓN FAMILIAR
Y USO DE DROGAS: UNA
APROXIMACIÓN DESDE LA
EMOCIÓN EXPRESADA

2

ALTERACIONES
EMOCIONALES Y
DIFERENCIA DE GÉNERO EN
DROGODEPENDENCIAS

3

INTELIGENCIA EMOCIONAL
Y CONSUMO DE DROGAS
EN EL ÁMBITO LABORAL

1

INTERACCIÓN FAMILIAR Y USO DE DROGAS: UNA APROXIMACIÓN DESDE LA EMOCIÓN EXPRESADA

Juan Antonio Becerra García

Licenciado y Doctor en Psicología,
Máster en Psicología Clínica Aplicada y
Especialista Universitario en Psicología
Legal y Forense. Departamento de
Psicología, Universidad de Jaén

Diferentes aproximaciones empíricas al estudio de las drogodependencias hacen referencia a la importancia de los factores sociales en el inicio y mantenimiento de la conducta de consumo y abuso de sustancias. De forma específica, diferentes autores han destacado la relevancia de diferentes variables y factores de estructura e interacción familiar en el inicio y mantenimiento del consumo de drogas.

A modo de resumen, diferentes trabajos (Hoffmann y Su, 1998; Storm y Haugland, 2005; entre otros) muestran que las variables y factores del ámbito familiar que con mayor frecuencia se han asociado al consumo de sustancias por parte de algún miembro familiar son los siguientes: Primero, un clima familiar negativo (por ejemplo, desorganización familiar, negatividad y rechazo, etc.); segundo, el conflicto familiar excesivo (por ejemplo, abusos verbales y físicos, críticas al miembro consumidor, etc.); tercero, la falta de comunicación adecuada entre los distintos miembros de la familia (por ejemplo, incomunicación familiar, ausencia de tareas compartidas entre los miembros, etc.); cuarto, estilos educativos inadecuados (por ejemplo, no existencia de normas familiares o ambigüedad de estas, exceso de protección, organización familiar rígida, etc.); y quinto, uso de drogas y actitudes favorables al uso de sustancias por familiares relevantes (por ejemplo, los padres).

Teniendo en cuenta la importancia que juegan el clima y la calidad de las interacciones que se dan en el núcleo familiar sobre la conducta adictiva de alguno de sus miembros, es relevante incluir a la familia en la intervención con este tipo de problemas (Dodge y Pettit, 2003; Saatcioglu, Erim y Cakmak, 2006; entre otros). Para ello un primer paso sería conocer la calidad de las relaciones familiares, la conflictividad de los componentes del

núcleo familiar hacia el miembro con problemas de consumo de sustancias. Un constructo para la medida de este tipo de variables familiares podría ser el denominado "Emoción Expresada", que ha sido utilizado con este propósito en diferentes tipos de patologías. El objetivo de este trabajo es realizar una introducción a la Emoción Expresada como constructo relevante para medir el clima familiar disfuncional en el campo del consumo de sustancias. Para conseguirlo, se presenta en primer lugar una descripción de sus principales componentes, de su importancia en salud mental y de la medida del mismo. En segundo lugar, se presentan diferentes investigaciones que los han utilizado en el campo de las drogodependencias. Por último, se recogen las principales conclusiones derivadas del trabajo desarrollado.

EL CONSTRUCTO EMOCIÓN EXPRESADA

La Emoción Expresada surge de modo pragmático para designar aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros. En concreto, surgió en el campo de la esquizofrenia donde numerosos estudios muestran la relación entre una alta Emoción Expresada y la recaída en esta patología (Muela y Godoy, 2003; Vaughn y Leff, 1976; Wuerker, Long, Haas y Bellack, 2002). Se podría decir que la Emoción Expresada es la forma en que la familia expresa su emoción o reacciona en la interacción con un miembro que presenta algún tipo de problema (como por ejemplo, una patología física, mental, etc.). Los componentes principales del constructo son los siguientes (Muela y Godoy, 2003; Vaughn y Leff, 1976):

- a. Crítica: Hace referencia a los comentarios críticos que el familiar realiza acerca de la conducta del miembro con problemas, sería la evaluación negativa del comportamiento de este, tanto en el contenido (desagrado, molestia, etc.) como en la entonación de lo dicho.
- b. Hostilidad: Es el componente que refleja los comentarios críticos extremos que implican una evaluación negativa generalizada, dirigida más en concreto a la persona que a la conducta o que implican un rechazo manifiesto de la persona.
- c. Sobreimplicación Emocional: Refleja una respuesta emocional exagerada y desproporcionada del familiar e intentos de controlar excesivamente la conducta del otro miembro familiar. Dentro de este hay varios tipos: 1) Sobreprotección: sentimientos de compasión y excesiva permisividad del familiar hacia el miembro con problemas; 2) Manifestaciones emocionales intensas: el familiar siente lástima y la manifiesta (incluso con llantos, sollozos, etc.); 3) Desesperanza: el familiar siente que la situación es tan negativa que no le ve salida, manifestando tristeza, pesimismo, etc.; 4) Autosacrificio: hace referencia al coste emocional que supone para la familia el problema de uno de sus miembros (por ejemplo, un familiar proyecta sobre él mismo los problemas de otro).

La paz y la armonía constituyen la mayor riqueza de la familia.

Benjamín Franklin

El índice o nivel de Emoción Expresada de la familia se obtiene a partir de estos tres componentes, aunque existen otros dos componentes del constructo (Calor y Comentarios Positivos), ya que son los componentes que han mostrado un mayor valor predictivo (Muela y Godoy, 2003). En los Modelos de Vulnerabilidad en Salud Mental (Modelo de Vulnerabilidad de Zubing y Spring; entre otros) la enfermedad es función de dos parámetros, por un lado la vulnerabilidad o propensión (por ejemplo, factores neurobiológicos, personalidad, etc.), por otro, el estrés o variables disparadores (por ejemplo, acontecimientos vitales estresantes, estresores crónicos, etc.). La Emoción Expresada es una variable importante dentro de estos modelos de vulnerabilidad, ya que un alto nivel de Emoción Expresada es un estresor crónico (estresor de intensidad moderada de duración muy extensa). Este tipo de estresores son los que poseen mayor significado para la salud (Lazarus y Folkman, 1986) de ahí la relevancia del constructo como elemento que influye en el curso y recaída en diferentes patologías. Para su evaluación se han utilizado principalmente instrumentos tipo entrevista (Camberwell Family Interview y Muestra de Habla de Cinco Minutos, principalmente) y tipo autoinforme (Level of Expressed Emotion; Family Attitude Scale; Family Questionnaire; entre otros), aunque la evaluación es uno de los campos que requieren de mayor investigación para aumentar la aplicabilidad clínica del constructo (para una revisión ver Becerra-García, 2011).

A pesar de esto, diferentes trabajos han estudiado directamente el constructo en el campo de las drogodependencias, encontrándose que la alta Emoción Expresada predecía la probabilidad de recaída en pacientes alcohólicos y con patología dual, de igual forma predecía la recaída y el abandono terapéutico en consumidores de heroína y favorecía el inicio del consumo de sustancias en niños y adolescentes (Caspi et al. 2004; García, 1999; O'Farrell, Hooley, Fals-Stewart y Cutter, 1998; Pourmand, Kavanagh y Vaughan, 2005; entre otros). En otros trabajos, aunque no se estudia directamente el constructo, se observa que los principales componentes (es decir, las críticas, hostilidad y la sobreimplicación de los familiares) se relacionan con el curso y prevención de la drogodependencia (McArdle et al., 2002; entre otros).

CONCLUSIONES

En relación al objetivo del trabajo, los diferentes estudios consultados parecen mostrar que la Emoción Expresada es una medida que puede ser de importancia para el estudio de las relaciones e interacciones familiares en los problemas de consumo de sustancias. Esta importancia puede justificarse, en primer lugar, por los resultados de las diferentes aproximaciones empíricas que ponen de manifiesto la relevancia de la medida en el inicio y recaída del consumo de diversas sustancias. En segundo lugar, porque es un constructo relevante como variable disparadora de patología mental (según trabajos realizados con diferentes grupos clínicos) que es susceptible de ser cuantificada.



“los familiares más relevantes en la manifestación de alta Emoción Expresada son los padres y esposos”

A pesar de esta relevancia, en el campo de las drogodependencias es una variable escasamente utilizada si atendemos al número de trabajos que directamente la han aplicado. Los componentes de Crítica y Hostilidad son los que en mayor medida se han relacionado con el inicio y recaída en los trabajos que han estudiado el constructo en drogodependencias, siendo los familiares más relevantes en la manifestación de alta Emoción Expresada los padres y esposos de personas que consumen sustancias. En relación a esto, otros estudios que no estudian de manera directa la Emoción Expresada enfatizan el papel de los diferentes componentes del constructo como variables que influyen en el consumo, por lo que en base a lo hallado su medida podría ser relevante en el estudio del clima familiar en los estudios sobre drogodependencias. Pero además de en la evaluación, la Emoción Expresada parece adecuada como una variable a tener en cuenta en la intervención terapéutica en drogodependencias, ya que al ser una situación estresante crónica genera unas respuestas psicológicas en la persona consumidora que pueden ser intervenidas por medios de técnicas adecuadas dirigidas tanto a la persona que padece el problema como a los familiares que la manifiestan.

Uno de los problemas inherentes del constructo es el relativo a su evaluación, siendo necesario una mayor investigación en este campo para hacer más aplicable la medida del mismo en contextos clínicos. También sería conveniente tener en cuenta la percepción del clima familiar por parte de la persona consumidora, que suelen percibir de forma negativa su situación socio-familiar y ante situaciones de alta Emoción Expresada puede haber diferencias individuales en la intensidad estresante de la situación. En resumen, si atendemos a lo encontrado podemos decir que forma específica serían deseables un mayor número de trabajos que aborden el estudio de la Emoción Expresada en drogodependencias, y de forma general se deberían desarrollar estudios que intenten aumentar la aplicabilidad clínica del constructo a este y otro tipo de patologías donde se ha mostrado relevante.

2

ALTERACIONES EMOCIONALES Y DIFERENCIA DE GÉNERO EN DROGODEPENDENCIAS

María José Fernández Serrano

Doctora en Psicología por la Universidad de Granada

Sandra Santiago Ramajo

Doctora en Psicología por la Universidad de Granada y miembro del Grupo de Investigación "Neuropsicología y Psiconeuroinmunología Clínica"



La evidencia acumulada respecto a la fisiología y epidemiología del uso y abuso de drogas indica que existen diferencias evidentes entre hombres y mujeres (Carroll et al., 2004; Lynch et al., 2002). Por ejemplo, distintos estudios han encontrado que las razones que llevan al uso de las drogas varían entre hombres y mujeres, existen diferentes factores de riesgo para el uso de drogas, tienen diferentes patrones de uso, presentan diferentes patrones de progresión a la dependencia de las drogas y experimentan diferentes efectos del uso, tanto a nivel psicológico como a nivel físico.

Respecto a los motivos que llevan a unos y a otros al uso de las drogas, por ejemplo, en lo referido al alcohol, las mujeres son más propensas que los hombres a consumir alcohol en respuesta a una situación de estrés y a emociones negativas. Por el contrario, los hombres son más propensos a consumir alcohol para incrementar las emociones positivas o ajustarse a un grupo (Annis et al, 1995). Según los últimos estudios, los hombres son 2,2 veces más propensos a padecer abuso de drogas y son 1,9 veces más propensos a tener dependencia a las drogas (Greenfield et al., 2010). Las mujeres parecen más vulnerables que los hombres a los efectos reforzantes de psicoestimulantes, opiáceos y nicotina, durante distintas fases del proceso adictivo. Asimismo, algunos

estudios indican que las mujeres consumidoras de drogas continúan consumiendo las drogas durante más tiempo que los hombres, aunque son los hombres los que experimentan una transición más acelerada desde el consumo casual y controlado al consumo incontrolado y patrones de "atracones" (Kosten et al., 1996; Lynch et al., 2002; Westermeyer and Boedicker, 2000). Además, las mujeres suelen informar de mayores tasas de angustia subjetiva antes y después del inicio del consumo de la droga, mientras que los hombres informan de mayores síntomas depresivos después del uso de drogas (Brady and Randall, 1999; Kosten et al., 1993; Sinha and Rounsaville, 2002). Otras investigaciones han estudiado diferencias de género en la respuesta de estrés asociado a las recaídas. Mientras que en las mujeres las recaídas parecen estar más asociadas a los afectos negativos y a los problemas interpersonales, en los hombres es más probable que estén asociadas a experiencias positivas (Sinha, 2001; Sinha et al., 2007; Walitzer and Dearing, 2006). Se ha encontrado una descompensación en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenocortical en las mujeres, que puede ser la clave para una mayor vulnerabilidad a las recaídas en respuesta a las emociones negativas, ya que puede estar asociada con la mayor intensidad emocional en los niveles inferiores de este eje (Fox et al., 2008).

Por otra parte, es fundamental tener en cuenta que, tanto en animales como en humanos, existen diferencias de género significativas tanto a nivel hormonal como de funcionamiento de neurotransmisores a nivel cerebral, por tanto es esperable que tanto el reconocimiento como la experiencia de las emociones sean diferentes entre hombres y mujeres. En una reciente revisión de estudios experimentales que han empleado resonancia magnética funcional en hombres y mujeres, Whittle et al. (2011) encontraron diferencias de género en los mecanismos neuronales que subyacen a los procesos emocionales. Las conclusiones de esta revisión mostraron que los hombres y mujeres utilizan estrategias diferentes durante el procesamiento emocional, más concretamente: (1) las mujeres perciben las emociones mejor que los hombres porque utilizan regiones cerebrales diferentes durante la percepción emocional; (2) las mujeres son más reactivas a los estímulos emocionales, especialmente aquellos estímulos que son desagradables, amenazantes o traumáticos (en general, estímulos emocionales negativos), que se puede deber a que la amígdala se activa más en las mujeres que en los hombres durante la percepción de los estímulos de miedo; (3) los hombres son más eficientes en la regulación de las emociones y (4) las mujeres experimentan emociones con mayor frecuencia e intensidad. Asimismo, en un reciente meta-análisis de Else-Quest et al. (2012) se han encontrado diferencias de género en la experiencia emocional de emociones negativas como la vergüenza y la culpa, donde las mujeres parecen más sensibles que los hombres.

Estas diferencias de género tanto en los patrones de uso de drogas, los motivos del consumo, las emociones asociadas a este, y las diferencias en la percepción, expresión y experimentación emocional, unido a la baja prevalencia de mujeres encontradas en los centros de rehabilitación, hacen especialmente complicada la realización de investigaciones sobre alteraciones emocionales y género en esta población. A continuación se exponen los principales hallazgos que se han encontrado en este ámbito.

Con respecto al consumo de alcohol, se ha encontrado que a nivel agudo, es decir, tras la ingesta de la sustancia, existen diferencias de género en el procesamiento de las expresiones faciales de contenido emocional (Attwood et al., 2009a). En este estudio, los hombres mostraron mejor reconocimiento de expresiones faciales tristes después del consumo de dosis altas de alcohol, pero no se encontraron diferencias de género en el procesamiento de las expresiones de ira o felicidad. En cambio, Kano et al. (2003) encontraron que los hombres discriminaban más rápido expresiones faciales felices después de dosis bajas en comparación con dosis más altas de alcohol, pero no encontraron efectos en las expresiones de tristeza, ira o de sorpresa. Estos autores afirman que los efectos relacionados con la dosis sobre el procesamiento de expresiones faciales felices podrían deberse a los efectos bifásicos del alcohol, por lo que dosis bajas inducen a efectos estimulantes que pueden influir selectivamente en el procesamiento de los estímulos faciales de felicidad, en comparación con dosis más altas que inducen a efectos depresores. Sin embargo, otros estudios realizados en consumidores de alcohol abstinentes, si bien reflejan un peor reconocimiento emocional general de los consumidores, no reflejan diferencias en función del género (Kornreich et al., 2003).

En opiáceos, distintos estudios muestran que consumidores de estas sustancias en período de abstinencia también presentan dificultades en el reconocimiento global de las distintas emociones (Kornreich et al., 2003). Asimismo, en la experiencia

de emociones, los consumidores de opiáceos experimentan una menor activación ante imágenes emocionales de contenido activante a pesar de una mayor sensación de control subjetivo sobre su experiencia emocional (Aguilar et al., 2005). Sin embargo, en abstinentes de estas sustancias, hasta donde llega nuestro conocimiento, ni en percepción ni en experiencia de emociones se han encontrado diferencias en función del género.

En psicoestimulantes, a nivel agudo, se han encontrado diferencias de género sobre los efectos de la ingesta de anfetaminas de individuos sanos o no dependientes del uso de drogas (White et al. 2007). Los resultados mostraron que de forma aguda las anfetaminas empeoran la toma de decisiones de los hombres, que se inclinan hacia opciones más arriesgadas y peligrosas, frente a las mujeres que se comportan como los sujetos que ingirieron placebo en este estudio. Sin embargo, en sujetos dependientes del uso de cocaína, algunos estudios han observado incrementos en la activación fronto-límbica de mujeres frente a hombres en respuesta al estrés que ha sido asociado a un mayor riesgo de las consecuencias de las emociones negativas en las mujeres sobre el control cognitivo (Li et al., 2009; de Visser et al., 2010).

En relación al cannabis, aunque hasta donde llega nuestro conocimiento no existen estudios sobre diferencias de género en el reconocimiento y experiencia emocional de consumidores de esta sustancia, algunos estudios reflejan diferencias de género asociadas al estado emocional previo a la ingesta. En concreto, algunas investigaciones muestran que las mujeres son más susceptibles a cambios hemodinámicos inducidos por el cannabis (Mathew et al., 2003) y consumen marihuana de forma más frecuente cuando tienen un estado de ánimo negativo o ansioso (Patton et al., 2002), llegando a reducir tanto los niveles conductuales como los niveles emocionales relacionados con el estado ansioso.

“Mientras que en las mujeres las recaídas parecen estar más asociadas a los afectos negativos y a los problemas interpersonales, en los hombres es más probable que estén asociadas a experiencias positivas”

CONCLUSIONES

Aunque la evidencia científica sugiere diferencias entre hombres y mujeres tanto en el procesamiento emocional como en los patrones de consumo de drogas, existen escasos estudios que evidencien de forma clara estas diferencias de género en individuos consumidores de drogas. Los estudios existentes han sido realizados con muestras pequeñas y los resultados que arrojan son contradictorios en ocasiones. Más investigaciones a este respecto deberían ser realizadas.

3

INTELIGENCIA EMOCIONAL Y CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL

Cada organismo está animado por una tendencia intrínseca a desarrollar todas sus potencialidades y a desarrollarlas de forma que favorezcan su conservación y su enriquecimiento.

Carl Rogers (1902-1987)

Dionisio Contreras Casado

Diplomado en Trabajo Social y Educación Social. Experto universitario en Tratamiento y Prevención de las Drogodependencias y en Inteligencia Emocional. Técnico de Prevención de riesgos Laborales en CECAM (Confederación Regional de Empresarios de Castilla-La Mancha)

Formamos parte de una "cultura etílica", que hace del alcohol, protagonista de sus festejos, sus celebraciones y sus remedios. El alcohol forma parte de los negocios, y se encuentra presente en la vida laboral. Así, uno de cada tres accidentes laborales graves está relacionado con el consumo de alcohol y otras drogas, y el perfil del alcohólico en el entorno laboral es un varón de entre 25 y 40 años.

El consumo de drogas, y concretamente de alcohol, en el ámbito laboral, tiene una repercusión directa, no sólo sobre el rendimiento, sino también sobre la siniestralidad. Los principales factores de riesgo del consumo de drogas en el ámbito laboral, son de naturaleza organizacional y personal, por lo que las estrategias preventivas, han de tener en cuenta, estos factores.

Las drogas constituyen uno de los más importantes factores de riesgo laboral, y a este respecto, es conveniente mencionar lo categórica que se muestra la Organización Internacional del Trabajo: "Los adictos y los alcohólicos sufren más accidentes laborales que el resto de los trabajadores".

Cabría añadir que, el riesgo no sólo es para el propio trabajador adicto, sino que es extensivo a sus compañeros. Por todo ello, cabría incluir el consumo de estas sustancias dentro de los programas de prevención de riesgos laborales. Las consecuencias más habituales del consumo de drogas en el trabajo son: descenso de productividad, absentismo, aumento de la siniestralidad (en el ámbito laboral o "in itinere"), disminución de la producción, menoscabo de las relaciones laborales o deterioro de la imagen de la empresa, son algunas de ellas. Entre el 20-40% de los expedientes disciplinarios tramitados por las empresas están relacionados con el consumo de alguna droga.

Es evidente que la calidad del trabajo se resiente por la indisposición que las adicciones producen, lo que deriva en fallos abundantes que merman la calidad del producto. El trabajador adicto a alguna droga, aumenta sus ausencias al trabajo (se multiplican por tres), normalmente por indisposiciones cortas pero habituales, ya que el adicto tiene más predisposición a enfermar; dado que su salud está resentida por la intoxicación crónica de la droga que consume.

Por un lado, entiendo que el trabajo debe de ser concebido como instrumento de realización personal, y que esto trasciende una concepción del trabajo como simple medio de subsistencia.

Cuando la desmotivación se apodera de un trabajador, cuando ya no vibra con lo que hace, cuando uno siente que el trabajo no le transforma y le perfecciona como persona, e incluso que trabajar atenta contra la estructura de lo que uno ES, entonces tenemos el caldo de cultivo para que prosperen conductas dependientes, y todo tipo de emociones displacenteras. Alcoholismo, tabaquismo, abuso de café, o consumo de drogas ilegales anidan bien en este perfil de trabajador.

Reencontrarnos con el inmenso placer de trabajar, y armonizar lo que SOMOS con lo que HACEMOS (vocación), nos va a dotar de instrumentos y herramientas emocionales, que va a alejar del trabajador la necesidad de usar drogas para afrontar la realidad, o para esconderse de ella. En este sentido, dar respuesta, y elaborar una reflexión sobre "¿Qué soy?", "¿Cuál es mi valor como persona?", "¿Qué necesito hacer?", "¿Cuáles son mis aptitudes?", va a ayudar al trabajador a identificar metas y objetivos personales, y a unificar "lo que quiere hacer" con "lo que está haciendo".

Muchos trabajadores, se han visto en un trabajo, sin haber tenido la percepción de haberlo elegido. Quizá en un pasado adolescente o juvenil, se vieron altamente presionados por la ansiedad de un futuro profesional incierto, y han terminado trabajando a desgana, y fuertemente desmotivados, en algo que no les realiza, o sienten que no han elegido.

Por otro lado, aumentar el conocimiento personal, la capacidad de gestión emocional, tener una "actitud activa" para conseguir los objetivos personales, así como aprender a manejar situaciones conflictivas, de riesgo o de tensión, han de estar en la base de cualquier estrategia preventiva del consumo de drogas en el trabajo.

Uno de los factores organizacionales, de protección mayor, frente al consumo de drogas, y siempre en el contexto de la empresa, es el derivado del clima laboral, de la capacidad de resolver los conflictos, de los estilos de mando o liderazgo, y de la valoración, que ha de pasar de ser de la tarea, a la valoración del individuo, del trabajador.

Es más que evidente y consensado, que la totalidad de los conflictos que se dan en la empresa, y de los problemas laborales, no tienen que ver con el cociente intelectual de ninguno de los actores en cuestión, sino con otra serie de factores y variables relacionadas con lo que se conoce como



Inteligencia Emocional, y que se refiere a la capacidad de las personas a “manejar” adecuadamente sus emociones, conocer sus propias motivaciones, o saberse poner en el punto de vista de su compañero. Aspectos estos, que afloran siempre en cualquier problema laboral, y que mucho tienen que ver con cómo nos comunicamos con nuestros compañeros en nuestro trabajo.

Tanto es así, que el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, consciente de que el desarrollo emocional de las personas, no sólo influye en su ámbito personal, sino también en el mundo de las relaciones profesionales, tiene editadas dos Notas Técnicas de Prevención (la n° 569: Prevención e inteligencia emocional (I): enseñanza de la prevención y recuerdo emocional, y la n° 570: Prevención e inteligencia emocional (II): capacidad de influencia y recursos lingüísticos). En ambas, se reflexiona sobre cómo transmitir mensajes, con alta eficacia preventiva, a la plantilla, y su puesta en práctica, puede reportar a la organización, o compañía, incalculables beneficios.

Dicho de otro modo, ambas se refieren a como influir y persuadir a los trabajadores del riesgo que se deriva de su actividad laboral, a como enviar mensajes claros y convincentes, como negociar y resolver conflictos, o sobre como orientar y liderar un grupo, de modo que se genere un clima de trabajo agradable. En este sentido, la NTP n° 570 advierte de la importancia de una comunicación de calidad en el ámbito laboral: la forma en que son transmitidos los mensajes, la forma en que éstos adquieren la capacidad de estímulo para el receptor, no es únicamente intrínseca a la propia verbalización del mensaje. Que el mensaje sea transmitido por uno u otro emisor es parte de la “forma” del mensaje. Igualmente lo es, que el mensaje se lance a un grupo o a un individuo o que, fuera del propio mensaje lingüístico, se ofrezca al receptor determinada imagen, gesto, modelo, etc. que suponga incorporar, como no puede ser de otra manera, el mundo de la denominada “comunicación no verbal” al capítulo de comunicaciones interpersonales operativas”.

Efectivamente una comunicación persuasiva, y emocionalmente inteligente, es un difícil reto para cualquier líder, sin embargo cuando se consiguen logros en este sentido, el trabajador se siente más integrado, más contento, y con mayor calidad de vida. Su motivación se desarrolla; sus relaciones con los compañeros mejoran; la implicación en el trabajo aumenta, por lo tanto

“EL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÁMBITO LABORAL, TIENE UNA REPERCUSIÓN DIRECTA, NO SÓLO SOBRE EL RENDIMIENTO, SINO TAMBIÉN SOBRE LA SINIESTRALIDAD”

su eficacia y eficiencia; se responsabiliza de sus funciones, y prospera su autonomía. En resumidas cuentas: aumenta la rentabilidad de la empresa, disminuyen los riesgos, aumenta el bienestar y la valoración personal, y por lo tanto decrece el riesgo del consumo de drogas.

No es habitual encontrarnos con un director o coordinador de equipo como el descrito en el párrafo anterior, sino más bien con un líder, que actuando incongruentemente con lo que siente: se enfada sin enfadarse, o se contenta sin contentarse, y que cuando transmite algo a sus subordinados, lo hace llevado por convicciones del tipo: “las cosas no tienen arreglo”, “siempre ha sido así”, o “yo no puedo hacer nada”. Muy a menudo se queja de que él no es el responsable de nada, de que él se limita a obedecer órdenes, y se justifica diciendo que él sólo hace su trabajo (sus emociones para cuando llegue a casa).

Evidentemente, en un entorno laboral, todos comunicamos, y si nos centramos en el directivo, es porque ellos se convierten, con su puesto, en modelo de comunicación hacia los demás, y por lo tanto, su responsabilidad comunicativa, dado el puesto que ocupan, es mayor. Es vital que el líder identifique y comprenda, tanto sus emociones como las de sus subordinados, y que más pronto que tarde, se de cuenta de cuando él siente una emoción, o cuando percibe emociones en el equipo, o en alguno de sus miembros. Así se evitan buena parte de conflictos emocionales.

Las empresas no necesitan “mesías” que se crean capaces “por sí mismos”, de solucionar, implantar y ejecutar “impositivamente” planes o procesos, dar respuesta a todos los conflictos y problemas que surjan derivados del trabajo o las relaciones interpersonales entre los miembros de los equipos. Precisan más bien de líderes que sepan integrar visiones, que sepan enseñar a aprender, emocionalmente habilidosos para promover alianzas y componer un proceso armónico, donde el resto de integrantes ven contradicciones irreconciliables.

La principal diferencia existente entre superiores o líderes emocionalmente inteligentes y aquellos otros que no lo son, no es que aquellos tienen más habilidades técnicas, más conocimientos, mejor currículo académico, o mayor cociente intelectual; la diferencia, es el modo en que gestionan sus emociones y las relaciones, su capacidad para empatizar con sus trabajadores, de motivar al grupo, de perseverar en el trabajo, y sobre todo son jefes que articulan todos los valores compartidos por la plantilla, con el objetivo de que sus integrantes encuentren un significado a su trabajo, ya que encontrarlo es el principal factor de protección frente al consumo de drogas.

Los individuos, son el capital principal de cualquier organización, y que gocen de salud, y no usen las drogas, constituye no sólo una inversión a largo plazo, sino también una responsabilidad de toda organización.