

*Anna SANS PERARNAU*

---

DIFERÈNCIES DE GÈNERE EN LES ADDICCIONS

*Treball Fi de Carrera*

*dirigit per*

*Inmaculada JÓDAR ORTEGA*

*Universitat Abat Oliba CEU*

**FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS**

*Llicenciatura en Psicologia*

---

2010



*No ets allò que aconseguixes,  
ets allò que superes.*

ANÒNIM



## **Resum**

L'objectiu d'aquest treball és investigar sobre el fenomen de la drogodependència des d'una perspectiva de gènere. A partir del reconeixement de les diferències de gènere i dels rols assignats, esbrinar si és efectiu i important adaptar un tractament específic per a dones addictes. Per això, descrivim la relació entre la dona i el rol de gènere vigent a la societat, analitzem la relació entre el sexe femení i l'ús de diferents drogues, posem èmfasi en els factors que propicien o inhibeixen el consum, exposem les conseqüències derivades d'aquest i mencionem la comorbiditat psiquiàtrica més freqüent en la dona addicta. Per finalitzar ens centrem tant en descriure el procés d'intervenció amb base a les necessitats específiques de la dona drogodependent i les barreres existents en l'accés al tractament, com en senyalar les mesures preventives que són sensibles al gènere.

## **Resumen**

*El objetivo de este trabajo es investigar sobre el fenómeno de la drogodependencia desde una perspectiva de género. A partir del reconocimiento de las diferencias de género y de los roles asignados, descubrir si es efectivo e importante adaptar un tratamiento específico para mujeres adictas. Por este motivo, describimos la relación existente entre la mujer y el rol de género vigente en la sociedad, analizamos la relación entre el sexo femenino y el uso de diferentes drogas, ponemos énfasis en los factores que propician o inhiben el consumo, exponemos las consecuencias derivadas de éste y mencionamos la comorbilidad psiquiátrica más frecuente en la mujer adicta. Para finalizar nos centramos tanto en describir el proceso de intervención con base en las necesidades específicas de la mujer adicta y las barreras existentes en el acceso al tratamiento, como en señalar las medidas preventivas que son sensibles al género.*

## **Abstract**

*The object of this work is to investigate the phenomenon from a gender perspective. Upon recognition of the gender differences and the role assigned, discover if it's effective and important use a specific treatment for addicted woman. For this reason, we describe the relation between the women and her position in our society, we analyze the relation between female sex and the use of different drugs, making emphasis on the factors that favor consumption, putting forward the consequences that derive from this behavior, and also we mention the psychiatric comorbidity most frequent in drug addict women. Finally our target is to describe the intervention process considering the specific requirements of addicted women, the existence barriers on the access to the treatment, and the prevention measures that are sensible to this gender.*

## **Paraules clau / Keywords**

Gènere - Addicció - Drogodependències - Dona - Drogues - Tractament - Prevenció
---



## Sumari

Introducció.....	9
1. Perspectiva de gènere en l'addicció a les drogodependències.....	11
2. La dona i l'addicció a les diferents drogues. Dades epidemiològiques.....	14
2.1. Tabac.....	15
2.2. Alcohol.....	16
2.3. Psicofàrmacs.....	17
2.4. Altres drogues il·legals.....	18
3. Factors de risc i de protecció.....	20
3.1. Factors de risc.....	20
3.1.1. Factors socials.....	21
3.1.2. Factors familiars.....	22
3.1.3. Factors individuals.....	23
3.2. Factors de protecció.....	25
4. Conseqüències implicades en el consum de drogues en la dona.....	27
5. Diferències de gènere en la comorbiditat psiquiàtrica.....	30
6. Necessitats específiques pel tractament de dones drogodependents.....	33
6.1. Obstacles en l'accés al tractament .....	34
6.2. Procés d'intervenció.....	37
6.2.1. La fase d'avaluació.....	38
6.2.2. La fase de deshabitució.....	39
6.2.3. La fase d'incorporació social.....	42
7. Prevenció.....	45
Conclusions.....	49
Bibliografia.....	53
Annexes .....	56





## Introducció

En aquest treball es pretén indagar en l'addicció femenina i en les seves diferències en relació a l'addicció masculina. Pensem que és un tema molt interessant a treballar, ja que és una problemàtica molt coneguda, però en especial atenció a les dones molt desconeguda. A partir d'aquesta base es volen conèixer els factors associats a l'addicció femenina i de quina manera influeixen en la seva evolució. Amb aquest treball volem esbrinar quins són els aspectes biopsicosocials a tenir en compte en el tractament de la dona addicta, que es deixen de banda quan es tendeix a englobar a tots els drogodependents dins del mateix marc, sense tenir present el gènere.

L'addicció femenina és un tema molt important a tractar, ja que des de fa molts anys, el problema ha estat centrat en la seva repercussió en els homes, i no s'ha parat atenció suficient a la problemàtica femenina i les seves variants. Així doncs, és de vital importància centrar-se en aquestes diferències de gènere per tal de poder realitzar una correcta atenció especialitzada en aquest col·lectiu minoritari (però no menys important) en el camp de les drogodependències.

Amb relació amb el fenomen de la drogodependència, cal remarcar que la dona ha tingut i segueix tenint uns estereotips, unes estigmatitzacions i una crítica social molt més dura que la que pateix l'home. Per consegüent, no és d'estranyar la manca de dones que s'aventuren a iniciar un tractament. S'hauria de realitzar una prevenció dirigida bàsicament a dones i desenvolupar un tractament adequat a la seva problemàtica concreta i a les seves necessitats.

Abordar el problema de les addiccions suposa tenir en compte els factors de tipus psicològic, social, físic i laboral de la dona que la condicionen per a fer ús de drogues, així com els diferents efectes i conseqüències i els diferents patrons de consum. S'ha d'intentar eliminar les barreres, els desavantatges i les desigualtats que pateix la dona i que vénen condicionades pel gènere, amb l'objectiu de poder realitzar una bona prevenció i un adequat programa de tractament.

Per tots aquests motius intentem en aquest treball, dins de set epígrafs principals, enquadrar aquest fenomen de la manera més clara possible. En el primer apartat, analitzarem la relació existent entre gènere i rol en la nostra societat i la manera com afecta a la dona drogodependent aquest aspecte més cultural. En el segon epígraf observarem les prevalences més destacades d'ús de drogues entre el sexe femení i l'afectació biològica de les principals substàncies consumides per la dona. En tercer

lloc continuarem fent referència als factors de risc i de protecció, amb l'objectiu de tenir coneixement de tots aquells aspectes que poden facilitar l'aparició d'una conducta (factor de risc) o inhibir les probabilitats de que es produeixi (factor de protecció). Posteriorment observarem les conseqüències biopsicosocials derivades del consum en la dona. En cinquè lloc destacarem els trastorns mentals més freqüents que es solen presentar en la dona addicta. En sisè lloc descriurem el procés d'intervenció que s'ha de dur a terme amb una dona drogodependent, tenint en compte les seves necessitats específiques derivades del gènere. En aquest mateix apartat farem menció de les diferents barreres que existeixen i que dificulten i obstaculitzen l'accés al tractament. Finalment, destacarem els aspectes que han de tenir en compte les estratègies preventives per tal de ser eficients en la població femenina.

## 1. Perspectiva de gènere en l'addicció a les drogodependències

El gènere és el conjunt de característiques que envolten a la persona (culturals, socials, psicològiques, etcètera) i que són assignades com a pròpies de cada sexe i conformen el que anomenem la feminitat i la masculinitat. Per aquest motiu, el concepte de gènere ve molt determinat pel conjunt de significats que la societat atribueix en un determinat moment històric i social a cada individu depenent del seu sexe. Per tant, podríem dir que el gènere manté una relació estricta amb el rol que s'estableix en una col·lectivitat concreta. El rol consisteix en un "model de comportament que, en una societat determinada, s'espera d'una persona en relació amb el seu estatus" (Diccionari de la llengua catalana de l'Institut d'Estudis Catalans, DIEC). Aquests rols són transmesos inicialment per la família i per l'entorn social, incideixen en l'estructuració i l'organització de la vida de cada individu i compleixen una important funció normativa dins de la societat. Així doncs, els rols ens indiquen el que és adaptatiu o inadequat en cada un dels sexes. (Urbano i Arostegi, 2004).

Des d'una perspectiva tradicional seria corresponent al rol femení tot allò relatiu a l'àmbit privat, és a dir, a la reproducció, a la criança dels fills i a les feines de la casa. La dona és vista com a un ésser maternal, intuïtiu, afectiu, submís, dependent i que es preocupa pels altres. En canvi al rol masculí se li assigna l'àmbit públic, la provisió econòmica, el treball productiu, tot allò relacionat amb l'aspecte social, la transgressió d'algunes normes i fins i tot la possibilitat de canvi i d'innovació. Segons aquesta perspectiva, l'home és racional, dominant, fort i independent. Amb l'anterior visió de cadascun dels gèneres, la dona queda relegada com ja hem comentat, a l'àmbit privat i té una falta de projecció social, en canvi, l'home té més poder i reconeixement social. Aquests rols estereotipats es transmeten de generació en generació i determinen que l'estructura de poder afavoreixi al gènere masculí i qualsevol intent de canviar aquesta situació pot induir a situacions conflictives. (Sánchez Pardo, 2009a).

El fet de néixer home o dona implica estar sotmès a una determinada percepció cultural. Aquesta percepció genera una visió del que és correcte i del que no, ens fa viure conforme unes normes, uns valors, unes creences i unes actituds determinades. La transgressió suposa un rebuig, principalment social, cap a la persona. Per tant, trobem implicades unes posicions i uns recursos desiguals en cadascun dels gèneres, s'espera unes pautes de comportament determinades, que

són apreses des de la infància a través de la socialització i que ens mostren els comportaments que són obligats, permesos o prohibits en cadascun d'ells.

En el rol de gènere clàssic la dona té la necessitat d'agradar i seduir a l'home i, per aquest motiu, se li atorga una gran importància a la bellesa i a la cura de la imatge física. Tal i com senyalen Rekalde i Vilches (2003) la dona està sotmesa a uns models de bellesa que intervenen no només en la seva personalitat i en la seva manera de ser envers els altres, sinó també en la seva autoestima, independència, seguretat personal, etcètera. Tota aquesta pressió cultural de culte a la imatge té una influència directa en els comportaments i les actituds de la dona davant les drogues, és a dir, que moltes vegades el consum és afavorit per la necessitat d'aprimar-se i ser bella.

L'assignació del rol de gènere ens mostra que la dona addicta tendeix a ser jutjada d'una manera diferent que l'home amb problemes de drogodependències. Se li atribueix generalment un comportament desviat i impropï, propiciat per la vigència del model tradicional en la major part de la societat actual. A cada individu se li atribueix un comportament esperable, i el de la dona correspon a mostrar-se cuidadora, forta, maternal i amb control sobre el medi. Aquest significat desigual del consum en cada un dels gèneres, ens mostra que, en un home el fet de consumir algunes drogues legals és una conducta vista en la societat com a natural, social i culturalment acceptada; en canvi, en la dona, el consum de drogues, tan legals com il·legals, suposa un repte als valors socials dominants i un acte de transgressió. Per tant, la dona consumidora es veu estigmatitzada per un doble motiu, en primer lloc, pel fet del consum en sí, i en segon lloc, perquè se li assigna la transgressió del seu rol i de les seves expectatives (Ochoa, 2007).

A diferència del suport que rep l'home addicte per superar el problema per part de la família, la parella i els amics; la dona addicta es veu normalment rebutjada, aïllada i sancionada per tot el seu entorn. La falta de suport moltes vegades ve de part de la família, que poden arribar a negar-li l'assistència, perquè això suposaria fer-ho públic, és a dir, ser objecte de crítiques socials. Per aquest motiu, tal i com indica Sánchez Pardo (2009a), no és estrany que es reforci l'aïllament social i s'afavoreixi a l'ocultació del problema, tot per la por a ser estigmatitzades i rebutjades pel seu entorn. Tot això provoca una absència o endarreriment de la sol·licitud d'ajuda per a superar el problema, ja que no decideixen buscar ajuda fins que les conseqüències (físiques, mentals, familiars, socials i/o laborals) es converteixen en insostenibles per a la persona.

A més a més, tal i com indica l'Institut d'Addiccions de Madrid Salud (2005), cal remarcar que la dona tendeix a tenir un sentiment de culpabilitat més elevat que el dels homes a causa de la seva addicció i dels seus sentiments negatius per haver fracassat personalment en el seu projecte de vida. Aquesta sensació de fracàs a nivell personal, familiar i social, crea una gran frustració a la persona, ja que percep que ha sigut incapaç de dur a terme satisfactòriament el paper que se li ha assignat, és a dir, el de ser una bona mestressa de casa o una bona mare. Per exemple, si una dona addicta té fills, la seva addicció és encara més estigmatitzadora, ja que també es posarà en dubte la seva capacitat per a ser mare. Les conseqüències que pot provocar aquest sentiment en la dona són la desvalorització personal, l'aparició o increment dels conflictes i les tensions familiars i una possible aparició de violència familiar.

Les autores Romo (2006) i Ochoa (2007), coincideixen en destacar que durant el segle XX s'han produït canvis de gran importància que influeixen en el rol femení dins de la nostra societat. Això suposa una incorporació de la dona a l'àmbit públic i a la vida social i un creixement de les oportunitats de la dona en l'àmbit educatiu i laboral. Per altra banda, actualment encara persisteixen desigualtats que desafavoreixen la dona, com per exemple el nivell inferior d'ingressos respecte la població masculina. La dona, avui en dia, té un accés semblant al de l'home en tots els àmbits socials, i això també comporta una exposició similar als riscos associats que són inherents a aquests espais, com és el cas de les drogues. A partir d'aquesta incorporació a l'àmbit social s'ha començat a reconèixer la problemàtica de la dona drogodependent i s'han posat en marxa investigacions específiques sobre el tema.

Però actualment, encara ens trobem amb una gran incongruència, per una banda es rebutja el consum de drogues per part de dones adultes, ja que suposa un desafiament al rol tradicional; i per una altra banda, s'accepta el consum de drogues entre noies joves i adolescents, ja que és vist com una expressió de la nova cultura basada en la igualtat de gènere. (Sánchez Pardo, 2009a)

Un error molt comú de la societat és considerar la població consumidora de drogues com un tot homogeni; això desafavoreix la dona addicta degut a la visió masculinitzada del problema. Talment, s'ha de diferenciar el consum de l'home amb el de la dona perquè tenen un patró de consum diferent, una afectació desigual, uns motius d'iniciació que no sempre coincideixen, unes altres conseqüències i unes necessitats distingides entre ambdós. Una visió moderna de la societat es caracteritza per comprendre el fet de que tant homes com dones consumeixen

drogues, i que les conseqüències que es deriven del consum són diferents per cadascun dels sexes.

## **2. La dona i l'addicció a les diferents drogues. Dades epidemiològiques.**

Segons l'Observatori Europeu de Drogues i les Toxicomanies (OEDT), la mitjana d'edat de persones que inicien un tractament en règim ambulatori per consum de tòxics, a l'any 2009, era de 31 anys, i la proporció de sexes correspon gairebé a quatre homes per cada dona. Respecte a les persones que ja estan en tractament, el perfil i la prevalença home/dona varia segons la principal droga consumida, tot i que en general l'home predomina en el tractament de totes les drogues.

Analitzant la informació oferta per l'Observatori Espanyol sobre Drogues (OED), en dades de l'any 2007, podem concloure que el consum de drogues és molt més elevat dins de la població jove, de 15 a 34 anys, tant en l'ús de drogues il·legals com legals (excepte en els hipnosedants). En canvi en el rang de població de 35 a 64 anys augmenta l'ús de psicofàrmacs, amb especial atenció a l'elevat nombre de dones que els consumeixen. L'alcohol i el tabac, són les dues drogues legals més usades en tota la població i en totes les edats, independentment del sexe<sup>1</sup>.

A partir de les diferents dades proporcionades pels diversos observatoris, podem afirmar que en el consum de les drogues il·legals hi ha un percentatge major de consum masculí que femení. Les dones destaquen sobretot per l'ús de drogues legals: alcohol, tabac i psicofàrmacs; l'ús de tranquil·litzants i somnífers és molt més habitual en la població femenina. Encara que l'ús d'alcohol i tabac per part de dones ha augmentat en els últims anys (sobretot en les edats més joves) i s'han reduït les diferències entre sexes, la prevalença continua sent major en els homes.

Sobre els efectes en la salut sexual i reproductiva de la dona cal destacar que, en general, totes les drogues consumides produeixen una reducció de la fertilitat,

---

<sup>1</sup> Gràfic 1 – veure annexes.

alteracions en l'embaràs (amb diversos danys pel fetus i pel nou-nat), disfuncions sexuals i conductes de risc, i l'increment de possibilitats de transmetre malalties infeccioses.

Autors com Greenfield (2010) i Tuchman (2010) parlen de la teoria del terme "*telescoping*". Aquest descriu una evolució accelerada en la dona des de l'inici de l'ús de substàncies fins a l'aparició de la dependència. Postulen que hi pot haver un curt termini pel desenvolupament de les conseqüències mèdiques, conductuals i psicològiques característiques d'un trastorn per abús de substàncies. Això pot ajudar a entendre perquè les dones presenten un quadre clínic més sever tot i haver consumit menys quantitats de substància i en un període de temps menor que els homes.

A continuació realitzarem una síntesi descrivint l'epidemiologia, les conseqüències i les motivacions que porten al consum de les principals drogues que consumeixen les dones.

### 2.1. *Tabac*

L'OED ens indica que el consum de tabac en la població general de 15 a 64, la prevalença és major en homes (42,6%) que en les dones (34,7%); però si focalitzem la nostra atenció en els joves estudiants d'Ensenyament Secundari, amb edats compreses de 14 a 18 anys, observem que la prevalença de consum és clarament major en les dones (33,8%) que en els homes (30,9%)<sup>2</sup>.

Són ben coneguts els efectes col·laterals del tabac a nivell físic (problemes respiratoris, cardiovasculars, digestius, càncers, etc), i afecten per igual tant als homes com a les dones que el consumeixen. Però cal destacar que la dona pateix una major vulnerabilitat davant d'aquesta substància, principalment pels seus efectes antiestrogènics i en la funció ovàrica, cosa que provoca, entre altres coses, la menopausa i l'osteoporosis precoç, i la major probabilitat de patir càncer de cèrvix o del coll de l'úter. Segons exposen Urbano i Arostegi (2004) en el seu llibre, sembla ser que en base a diversos estudis, els fills de mares fumadores tendeixen a tenir moltes més conductes antisocials que no pas els fills de mares no fumadores.

---

<sup>2</sup> Taules 1, 2 i 3 – veure annexes.

Artazcoz i Borrell, citats per Sánchez Pardo (2009a), expliquen que a partir de la conquesta de l'àmbit social per part de la dona, s'adopten els comportaments propis del rol masculí, com és el cas del fumar; vist en la dona com un símbol d'autonomia, èxit social, atractiu i signe de la independència femenina i de la igualtat entre els diferents sexes. L'inici i el manteniment del tabaquisme pot estar produït per diversos factors en la dona (Ochoa, 2007), com per exemple l'estrès, la baixa autoestima, problemes relacionats amb el pes i preocupació per la seva autoimatge. El manteniment del seu consum ve molt lligat principalment al temor d'engreixar-se al deixar el tabac.

## 2.2. Alcohol

En referència a l'ús de begudes alcohòliques la prevalença mensual, analitzada l'any 2007 per l'OED, és de 71,4% en el cas dels homes i un 49% en les dones<sup>3</sup>. Tot i aquesta gran diferència, encara en podem observar més en els casos de consum diari, on arribem a trobar un consum del 30,4% en homes i el 8,3% en dones, en la franja d'edat dels 55 als 64 anys. En el cas d'estudiants de secundària (14-18 anys), observem una altra vegada el mateix patró que amb el tabac, és a dir, una major prevalença de consum mensual (un 59,4% en noies i un 57,7% en nois) anual (74,2% en noies i un 71,5% en nois) i esporàdic (un 81,7% en noies i un 80,8% en nois); per tant concluem que hi ha un ús elevadíssim d'alcohol en aquestes edats per part sobretot de noies<sup>4</sup>.

Tal i com adverteix Sánchez Pardo (2002) el consum en les edats més joves s'ha incrementat molt en les últimes dècades, i és realment preocupant la tendència present de consum abusiu i compulsiu que es produeix concentradament els caps de setmana. L'anterior perfil de la dona alcohòlica s'ha anat substituint pel d'una noia jove que usa aquesta droga de manera excessiva i intermitent.

Les complicacions a nivell físic en els dos sexes pel consum d'alcohol són múltiples: trastorns digestius, hematològics, cardiovasculars, endocrins, neurològics, lesions al fetge i el pàncrees, etc. Però si ens fixem específicament amb la dona, veiem que té una susceptibilitat molt major als efectes adversos de l'alcohol que l'home. Primer de tot cal destacar la diferent forma que té l'organisme de metabolitzar la substància

---

<sup>3</sup> Taula 1 i 2, i gràfic 2 – veure annexes.

<sup>4</sup> Taula 3 – veure annexes.



etífica; la dona posseeix un menor nombre d'enzimes metabolitzants, una major proporció de grassa i una menor proporció aquosa, provocant així una concentració en sang d'alcohol més elevada bevent la mateixa quantitat que l'home.

Diversos factors fan que s'instaurin problemes de dependència de l'alcohol en menys temps que entre els homes i que pateixin disfuncions cerebrals i malalties hepàtiques i cardíaques de manera molt més precoç; tot i beure menys quantitat en comparació a l'home (Sánchez Pardo, 2009a).

Les conseqüències del consum abusiu en el sexe femení són molt més catastròfiques i freqüents que en l'home; tenen moltes més possibilitats de patir: hepatitis, cirrosis, gastritis, úlceres, trastorns cardiovasculars, hipertensió arterial, osteoporosis, obesitat, càncer de mama, menopausa prematura, conseqüències ginecològiques, disfuncions sexuals, pèrdua de l'interès i plaer sexual, deteriorament cognitiu (dèficit en percepció espacial, abstracció verbal i de resolució de problemes), depressió i tristesa (pot portar al suïcidi), entre altres. En l'embaràs hi ha molts efectes nocius, però principalment es pot desenvolupar el síndrome alcohòlic fetal que, entre altres símptomes, els nens pateixen retard mental, patrons de comportament alterats, hiperactivitat, falta de concentració i inestabilitat emocional. (Urbano y Arostegi, 2004; Sánchez Pardo, 2009a; NIAAA, 2005).

Les causes que solen portar al consum d'aquesta substància en la dona, són generalment esdeveniments crítics en la vida de la persona: la mort d'un ésser estimat, criança en una família disfuncional, abusos sexuals, maltractaments, conflictes familiars o de parella, presència de patologia psiquiàtrica (depressió, trastorns de la conducta alimentària, policonsum, temptatives de suïcidi). Tot i aquestes causes que són més aviat factors psicosocials, no podem oblidar la importància dels factors biològics que predisposen a l'addicció, com són una història familiar d'alcoholisme i la major vulnerabilitat de les dones als efectes de l'alcohol. (Sánchez Pardo, 2009a; Urbano y Arostegi, 2004).

### *2.3. Psicofàrmacs*

En el cas de dels psicofàrmacs trobem un percentatge molt més elevat de consum femení que no pas masculí, gairebé tres vegades major, i el perfil és d'una dona d'entre 35 a 64 anys, segons l'OED a l'any 2007. Trobem més del doble de prevalença de consum diari en el cas de les dones, en els tranquil·litzants (5,1% dones – 2,3% homes), els somnífers (2,2% dones – 1,1% homes) i en els

hipnosedants (6,1% dones - 2,8% homes). La prevalença de consum mensual i anual en ambdós sexes també augmenta a partir dels 35-64 anys<sup>5</sup>.

Les dones necessiten una dosi menor que els homes per obtenir els mateixos efectes terapèutics i experimenten el doble d'efectes secundaris que els homes durant el tractament amb aquestes substàncies; això és degut a les diferències en els processos d'absorció i de metabolització entre els dos sexes.

Respecte a les complicacions a nivell físic s'observen alteracions neurològiques (tremolors i vertigen) i mals de cap (Sánchez Pardo, 2009a).

Un dels problemes que pot portar el consum indegut de psicofàrmacs és el tenir més probabilitats de consumir altres tipus de drogues, principalment l'alcohol, i desenvolupar el policonsum. La mescla de begudes etíliques amb tranquil·litzants pot produir greus accidents i intoxicacions. Entre les dones que solen usar psicofàrmacs existeix una tendència a l'aïllament, a la soledat i a l'apatia. A partir del seu ús continuat solen aparèixer freqüentment canvis d'humor, canvis d'hàbits, deficiències en el rendiment laboral i dificultats econòmiques (De la Cruz, et al. 2008).

En les noies joves les motivacions principals pel consum d'aquestes drogues són el plaer, la diversió, per escapar de problemes personals o pel gust d'experimentar amb allò prohibit. En les dones més grans les motivacions que influeixen són la necessitat d'evitar l'angoixa, el nerviosisme, les dificultats per a conciliar el son, les ganes de fugir dels problemes familiars o de parella, l'estrès provocat per la doble jornada laboral (dins i fora de casa). Cal destacar que moltes dones tenen la falsa creença que l'única solució per a resoldre determinades reaccions emocionals de la vida, és l'ús de psicofàrmacs (Urbano i Arostegi, 2004). També s'observa una probabilitat ascendent d'automedicació en les dones, degut a la sobrecàrrega psicofísica del múltiple rol, tant laboral com familiar, als canvis hormonals, a les pressions de l'entorn pel que fa a l'aparença i a la baixa estigmatització dels psicofàrmacs en relació amb altres drogues (Ochoa, 2007).

#### *2.4. Altres drogues il·legals (amfetamina, heroïna, cocaïna, cannabis, etcètera.)*

---

<sup>5</sup> Taula 4 – veure annexes.

Observem gràcies al treball realitzat per l'OEDT que en el cas de l'amfetamina, la proporció del consum en les dones és més elevada que per altres drogues i correspon a dues dones consumidores per un home. Cal destacar que el tractament per amfetamines va molt lligat al policonsum, és a dir, al consum afegit d'altres drogues.

Les dades existents, corroboren que el consum de drogues per part de dones ha augmentat principalment en les edats més joves, sobretot en edat escolar, a on podem observar la major prevalença de consum en tots els tipus de drogues, excepte en els psicofàrmacs. En l'inici del tractament per consum d'opiacis, trobem que la mitjana d'edat de les dones és molt més baixa que en comparació amb altres substàncies (OEDT).

Respecte les altres drogues de comerç il·legal, trobem que les prevalences de consum continuen sent bastant més elevades en homes que en dones, tot i que si pensem atenció a les dades oferides, la tendència de la dona al consum de totes les drogues va en augment. On s'observen les més elevades en quant a prevalences de consum, en ambdós sexes, entre els anys 1994 i 2008 segons l'OED, és en les edats de 14-18, a l'Ensenyament Secundari<sup>6</sup>; i per aquest motiu és innegable que s'ha d'iniciar una correcta prevenció a partir de l'inici de la pubertat. L'objectiu que s'ha d'aconseguir és d'evitar el consum de drogues, o si més no, intentar enderrirer l'edat d'inici en el seu ús.

En resum, les dones predominen bàsicament per la tendència al consum de drogues legals, en canvi els homes pel consum de drogues il·legals. En les edats joves veiem com les noies tendeixen a equiparar-se al consum dels nois, és a dir, que observem un consum elevadíssim de totes les substàncies. En l'edat adulta, la dona s'inclina al consum de drogues legals.

*Si nos fijamos en los usos de drogas «ilegales» entre las mujeres como grupo, quizás lo importante no es que sean «una minoría», «menos» o «insignificantes», sino que son mayoría en «otras sustancias» que pueden tener diferentes consecuencias para la salud y que únicamente se diferencian en que son «legales» y, por lo tanto, aceptadas socialmente y en muchos casos prescritas por el sistema sanitario. (Romo Avilés, 2006a, p.524)*

---

<sup>6</sup> Taula 1, 2 i 3, i gràfics 4, 5, 6, 7 i 8 – veure annexes.

### 3. Factors de risc i de protecció

Un factor és una característica personal o un atribut, una condició situacional o un context ambiental que influeix en una conducta determinada. En l'àmbit de les addiccions els factors de risc incrementen la probabilitat d'iniciar-se en l'ús o l'abús de drogues o en el manteniment d'aquesta. En canvi, el factor de protecció és aquell que inhibeix, redueix o atenua les probabilitats de que s'iniciï o es mantingui una conducta addictiva.

S'ha de tenir especial atenció als factors de risc i de protecció en la dona drogodependent, ja que ens guiaran cap a una millor prevenció d'aquesta malaltia i cap a un tractament adequat a les demandes de la persona. Segons indiquen Urbano i Arostegui (2004), "els factors de risc i de protecció no són els pols oposats d'un mateix continu, sinó dues realitats diferents que interactuen entre si"<sup>7</sup>.

Tot i això, cal destacar que, segons el *model del desenvolupament psicopatològic de Glantz*, moltes persones poden estar exposades a una gran quantitat de factors d'alt risc, però mai desenvoluparan cap problema d'addicció perquè també estan exposades a factors de protecció que contraresten els factors de risc (Becoña, 2002).

#### 3.1. Factors de risc

Un element clau en els factors de risc és la seva detecció primerenca, per tal de poder eliminar-los o si més no reduir el seu impacte, i així poder iniciar un desplegament de tot un seguit de mesures de prevenció.

Segons Sánchez Pardo (2009a) s'extreuen tres conclusions sobre els factors de risc associats al consum de drogues en la dona. En primer lloc la importància que tenen els estats emocionals o la simptomatologia negativa en els consums, per tal d'aconseguir minimitzar o manejar problemes com la depressió, l'estrès, l'ansietat, la soledat, la frustració, etcètera. Seguidament, la rellevància dels factors familiars en la dona, que tenen molta més dificultat que els homes per distanciar-se dels conflictes i dels problemes que es produeixen dins del nucli familiar. En tercer i últim

---

<sup>7</sup> Tr. del castellà, realitzada per l'autora del TFC

lloc, la funció que tenen el consum de drogues com a medi de socialització femenina.

### 3.1.1. Factors socials

Hi ha diversos factors socials que són un risc per a l'addicció femenina, començant per allò més general s'ha de fer referència als papers socials assignats a la dona contribueixen a situar-la en una situació de vulnerabilitat social i personal. Com hem mencionat anteriorment, els rols de gènere estableixen una manera desitjada de comportament, així com uns comportaments i uns deures determinats a la dona, i això porta a un rebuig social si aquests són transgredits. Talment, també observem un clar perill a la imitació de conductes de consum, que antigament eren pròpiament masculines, a través de la conquesta dels espais públics i de l'adaptació de la dona en un rol nou.

Com adverteix Sánchez Pardo (2009a), la publicitat sobre l'alcohol i el tabac exerceix una gran pressió sobre les dones, donant la falsa imatge de que el consum d'aquestes substàncies ajuda a satisfer les necessitats tan socials com psicològiques, derivades d'aquest canvi en la concepció del nou rol social de la dona (que dóna molta rellevància a l'aspecte físic de la persona). Aquest autor adverteix que la publicitat ha influït molt en l'increment del consum entre aquest col·lectiu, ja que les influències socials per l'adaptació de la dona en aquest nou rol, són fetes servir constantment per aquest medi.

*Todas estas estrategias convergían en un doble mensaje: presentar el consumo de tabaco por parte de las mujeres como un acto "liberador" (como una forma de emancipación, de expresión de la igualdad de las mujeres frente a los hombres) y como un símbolo de clase y estilo, de "glamour", potenciador del encanto sexual. [...] El éxito conseguido por la publicidad de bebidas alcohólicas en esta estrategia que asocia alcohol - jóvenes - diversión - amigos/as - noche resulta evidente. En apenas dos décadas ha logrado que un elevado porcentaje de chicos y chicas, sin apenas diferencias de género, participen de un modelo de ocio de fin de semana que gira en torno al uso y abuso de alcohol y otras drogas. (Sánchez Pardo, 2009, p.189-190)*

Tanmateix, i de manera més concreta, trobem que també influeix molt el grup d'iguals; la pressió que exerceix el grup, posa a la persona en una situació de vulnerabilitat per iniciar-se en l'ús d'estupefaents, a força de que l'individu, sobretot a les edats més joves, busca primordialment l'acceptació i la integració dins d'un col·lectiu determinat. En cas contrari, si el subjecte no participa en el consum dins

del grup, pot témer ser objecte de rebuig social. Així doncs, la relació amb persones consumidores encara augmenta més les probabilitats d'usar drogues.

S'ha de considerar que la presència i la disponibilitat de les diferents substàncies té un paper clau com a factor de risc, ja que la facilitat d'aconseguir-les dins d'una societat incrementa considerablement les possibilitats de començar a consumir. (Urbano i Arostegi, 2004)

Tampoc es pot deixar de banda la importància que arriba a tenir la sobrecàrrega i la sobreexigència de la "doble jornada laboral", és a dir, el que correspon a la pròpia feina dins i a fora de casa. Moltes vegades suposa per a la dona un cost físic i emocional, i s'ha de tenir en compte, ja que pot induir conductes de consum per pal·liar els efectes negatius d'aquest estrés.

Altrament, no es pot ignorar, dins dels factors de risc, que l'escassa participació social i la tendència l'aïllament suposen un risc d'abús. Ochoa (2007) indica que en aquests casos, les principals drogues usades són l'alcohol i els psicofàrmacs. Per totes les persones és important tenir un espai per a la realització personal; l'absència d'oportunitats pel desenvolupament del subjecte pot derivar en la frustració, i aquesta, en el consum.

### *3.1.2. Factors familiars*

Entre els factors de risc més importants dins de l'àrea familiar, trobem l'abús d'alcohol i altres drogues per part dels pares; molt influent entre els adolescents els quals copien freqüentment el comportament dels seus progenitors. Tot això s'explica perquè l'observació és una de les formes més importants d'aprenentatge de noves conductes, i si la persona veu constantment a casa seva que es consumeix pel motiu que sigui (ja sigui com a forma de resoldre els problemes, o com a manera de divertir-se, etc.), imitarà aquesta conducta. No tan sols s'observa que els fills de pares consumidors són molt més propensos a desenvolupar un trastorn per dependència a substàncies, sinó que també incideix que hi hagi problemes d'alcoholisme o altres drogodependències en la família extensa. La presència de patologies mentals en la família també s'ha vist relacionat amb el consum de drogues i amb una major vulnerabilitat perquè aparegui patologia dual.

Igualment, afecta el fet de tenir una parella consumidora de drogues, i incrementa notòriament les probabilitats de que s'iniciï el consum. Les diferents investigacions

remarquen que hi ha un major nombre de dones emparellades o casades amb parelles drogodependents que no pas en els homes. Freqüentment, l'inici del consum per part de la dona ha sigut propiciat per la seva parella.

La desintegració familiar i la ruptura de llaços amb la família, deixa la persona sense un dels pilars fonamentals que, en principi, protegeixen al subjecte davant de situacions problemàtiques, com és el consum d'estupefaents. L'absència d'un model parental conflueix en una situació d'alt risc, ja que l'individu no té present la referència d'una figura essencial i necessària en el seu desenvolupament vital. L'individu també pot ser que mantingui uns dèbils vincles afectius, ja sigui amb els seus pares o amb la parella; així com que la família tingui un distanciament emocional amb el fill. Urbano i Arostegi (2004) indiquen que un clima familiar caracteritzat pel conflicte i per una falta d'afecte, pot afavorir la possibilitat d'implicar-se en conductes de risc.

Un dels aspectes claus en l'educació familiar és l'establiment de certes normes, però sempre mantenint un clima d'afecte incondicional envers el nen; quan això passa la persona internalitza aquestes normes i aprèn a controlar la seva pròpia conducta. Per tant, quan l'estil educatiu dels pares no és l'adequat (o bé és massa autoritari, o bé massa permissiu), l'individu té moltes més dificultats per assumir les normes com a pròpies i per poder controlar la seva conducta. En aquest cas augmenta la probabilitat de que s'iniciï el consum o bé com a forma de transgressió de les normes imposades per la figura paterna o perquè la realitat imposa un límit a la satisfacció immediata dels seus desitjos que no està pas acostumat a respectar. (Sánchez Pardo, 2009a).

De manera paral·lela, el fet de viure situacions complicades o traumàtiques dins de la família també suposa un perill elevat per a l'abús de drogues. Aquestes situacions poden ser molt variades, com per exemple, la pèrdua d'un familiar, els conflictes amb la parella o la família, les separacions i els divorcis, la violència familiar i/o de gènere (incloent maltractaments, abusos sexuals i/o psicològics), etcètera.

### *3.1.3. Factors individuals*

També podem establir factors de risc individuals per a la dona. Un d'ells seria les diferències biològiques que existeixen entre l'home i la dona i que són molt importants en el procés d'addicció. La dona posseeix una metabolització diferent a la de l'home, una afectació distinta sobre el sistema nerviós central i unes

conseqüències ginecològiques del consum, entre altres aspectes que ja hem mencionat anteriorment.

Urbano i Arostegi (2004) indiquen que la majoria de dones joves associen el consum a un mode d'experimentació, de diversió, de curiositat, al fet de sentir-se més adultes, al desig de provar coses i obtenir unes sensacions noves. D'altra banda en la dona adulta, l'ús de drogues és més associat a un moment de canvi en la vida de la persona, a l'afrontament de diversos problemes i complicacions personals, a moments de dol, a diversos sentiments no desitjats (soledat, depressió i ansietat, entre altres).

La presència d'alguns trastorns intensifica les probabilitats d'iniciar una conducta de consum. Si ens fixem, per exemple amb els trastorns afectius, principalment de tipus depressiu, observarem una gran relació amb aquestes conductes. Una de les teories que explica aquesta correlació és la de l'automedicació, que en el cas de la depressió, el consum seria usat, per exemple, per induir en la persona els efectes energitzants i euforitzants que tenen algunes drogues en contacte amb l'organisme.

La baixa autoestima també és descrit com un factor de risc i està en la base de moltes conductes desviades. La carència d'estima vers un mateix fa que una persona es senti incompetent per a resoldre situacions o problemes i això provoca frustració; així doncs la droga és usada per a evitar enfrontar-se als problemes i alleugerir la percepció tan negativa que té de sí mateixa la persona. (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005)

Un altre factor a destacar és el baix autocontrol i l'elevada impulsivitat. Per una banda, un mal nivell de control personal dificulta al subjecte rebutjar comportaments que li ofereixen conseqüències positives immediates i que repercuteixen a la persona a llarg termini; també complica la planificació d'objectius i l'execució d'aquests amb les estratègies convenientes i obtenir recompenses personals. La impulsivitat implica la necessitat de gratificació immediata, i el consum de drogues és una d'aquestes conductes, en les quals es sol minimitzar les conseqüències que pot dur aquest comportament a mitjà o a llarg termini.

Els sentiments no desitjats que pot patir la persona també la poden portar al consum com a mètode per reduir-los. Estaríem parlant d'una gran varietat de sensacions, com ara depressió, frustració, ansietat, estrés, soledat, etcètera.



La pressió estètica o la presència de desequilibris en la conducta alimentària (especialment de la bulímia), pot induir a una dona que posa per davant la seva aparença física a la seva salut a abusar de substàncies. Això és degut a que el control del pes i la preocupació constant per la imatge corporal, són incentius pel consum de fàrmacs, de tabac i de cocaïna; que, o bé aprimen, o bé disminueixen la gana. (Rekalde i Vilches, 2003).

Un altre perill per a l'inici del consum és la insatisfacció en les relacions amb els altres o amb un mateix, o també la impossibilitat de cobrir uns certs ideals provinents del rol femení de gènere i les autoexigències que es deriven d'aquest (bellesa, maternitat, etc).

La dependència relacional, l'actitud submissa, la necessitat constant d'aprovació masculina, el temor als conflictes, la incapacitat per expressar la ira i l'autoacusació contínua, són algunes de les característiques que situen a la dona en una posició molt vulnerable pel consum de drogues. Aquests trets defineixen un perfil de baixa autoestima. En la codependència es pot observar com moltes dones expressen "l'amor" que senten, realitzant les mateixes conductes que la seva parella, com a mostra de donació envers la relació.

### *3.2. Factors de protecció*

Cal fer referència que, segons la bibliografia consultada, hi ha una manca de recerca i de coneixement dels factors protectors, en contrast amb els factors de risc que predisposen al consum.

S'ha de destacar que la dona té una percepció de risc de les drogues major al dels homes, i això els permet desenvolupar estratègies de control i d'evitació de l'ús i de l'abús de les diferents substàncies. Tot i això, anteriorment, el fet ser dona ja era un factor protector en sí pel consum de drogues; però actualment, i a causa de l'evolució macrosocial i del nou rol femení, la dona es situa en una posició de major vulnerabilitat i d'alt risc, presentant unes taxes elevadíssimes d'experimentació en les diferents substàncies (Urbano i Arostegi, 2004).

Per altre banda, les dones també atribueixen més valor a la salut que l'home, cosa que fa que vigilin més a l'hora de dur a terme conductes de risc. Prenent per exemple el *model de creences de salut*, una teoria que explica que una persona adoptarà una conducta determinada referent a la seva salut, depenent de la

susceptibilitat que ella percebi en relació a la seva vulnerabilitat a desenvolupar una determinada malaltia o un determinat problema a partir d'aquella conducta. Per tant, una persona que tingui una percepció de vulnerabilitat elevada i observi un risc, analitzarà, primer de tot, els beneficis i les barreres de dur a terme aquella conducta. Així doncs, pel fet que les dones donen molta més importància a la salut que els homes, es poden enquadrar dins d'aquest model, el qual ens anticipa al problema i és molt probable que s'eviti, per tal de no malmetre la salut (Becoña, 2002).

El model tradicional, que encara és vigent en moltes famílies de la nostra societat, proporciona també una protecció extra a les noies davant el consum de drogues. En primer lloc per les actituds que mantenen els pares poc permissives envers el ús de substàncies. En segon lloc pel major control i supervisió de les activitats que duen a terme les filles. I finalment, perquè hi ha més restricció davant els espais d'oci nocturn, que és a on es duen a terme la majoria dels consums.

En els adolescents, el compromís amb l'escola és un factor protector, ja que els conté en el ús de drogues, perquè una persona amb un bon rendiment escolar tindria molt més a perdre si es donessin conductes de risc que una persona amb mals resultats acadèmics. Això es demostra en la *teoria evolutiva de Kandel* (Becoña, 2002), en la qual també s'explica que el grup d'iguals influeix a l'adolescent a realitzar conductes desviades a través de la gratificació immediata i en canvi, els pares promouen al fill els objectius a llarg termini i per a tenir aspiracions futures.

Segons indica Becoña (2002) sobre la *teoria de la maduresa sobre el consum de drogues de Labouvie*, trobaríem un altre factor protector, que és el de l'autoregulació. A major control personal i a major eficàcia, trobem que la persona té menys probabilitats de dur a terme una conducta de consum, ja que tindrà capacitat de posposar les seves necessitats immediates en pro al futur. Segons aquesta teoria, també s'observa que a major edat, menys probabilitats de que es doni una conducta de consum, degut a la maduresa de la persona.

Urbano i Arostegi (2004) mostren com a principal factor protector la resiliència. És una capacitat de protecció natural davant de situacions adverses, en les quals la persona és capaç de sobreposar-se i fins i tot de enfortir-se amb aquestes. En relació al consum de drogues, podríem dir que les persones amb una alta resiliència poden deixar de banda els factors de risc i utilitzar els factors de protecció adequadament i actuar competentment tot i les dificultats.

## **4. Conseqüències implicades en el consum de drogues en la dona**

És ben sabut que el consum de drogues deriva en unes conseqüències que generalment afecten a totes les àrees de la persona. Amb això, ens referim no només l'impacte innegable que té físicament, sinó també en la seva afectació psicològica i a la vida familiar, social i laboral.

Referint-nos a l'àrea social, com ja hem mencionat anteriorment, la tolerància social cap a la dona és molt menor que en l'home, i provoca reaccions de rebuig i de discriminació cap a la seva persona. Per tant, la dona addicta, es troba amb moltes més barreres i dificultats per demanar ajuda o per iniciar un tractament. S'observa que la dona que realitza un tractament acostuma a anar-hi sola, degut a la falta de suport tant familiar com social. Aquesta falta de suport pot derivar amb la marginació social i amb l'inici de la pràctica de la prostitució com a via per aconseguir diners amb rapidesa i poder consumir drogues; això intensifica les relacions de submissió en la dona i augmenta considerablement el risc de contagi de diverses malalties de transmissió sexual (MTS).

Pel que fa a l'esfera laboral, la dona sol tenir moltes complicacions que deriven del consum abusiu de substàncies i que empitjoren la seva situació, com per exemple, baixada del rendiment, absentisme, baixes, sancions, acomiadaments, conflictes i males relacions amb els companys de feina o amb els superiors, etcètera. (Sánchez Pardo, 2009a).

La maternitat associada a l'addicció implica una doble estigmatització per a la dona, per una banda aquesta és menyspreada socialment pel fet de tenir un problema de consum de drogues, i per l'altra perquè és considerada com una mala mare. Ochoa (2007) adverteix que tot això és una barrera afegida per l'entrada en tractament, ja que el fet de tenir un o diversos fills és una dificultat més per a seguir un tractament i a més a més s'incorpora el temor a que les separin dels fills. En relació a l'embaràs, les drogues tenen unes conseqüències greus en tot el procés de reproducció, fecundació i part, i posteriorment amb la lactància i el desenvolupament del nen (fills prematurs i amb baix pes al néixer, síndrome alcohòlic fetal, síndrome d'abstinència, deformacions i/o retard mental). S'aprecia també un elevat nombre d'embarassos no desitjats i d'una elevada proporció de MTS, propiciat principalment per la desinhibició sexual que produeixen algunes drogues i amb la realització de pràctiques d'alt risc.

L'impacte de l'ús de les drogues causa incompliments en les obligacions familiars, problemes econòmics i aïllament social de la persona drogodependent i de la seva família. S'observa en la dona una major vulnerabilitat psicosocial, ja que hi ha, generalment, una pèrdua o un deteriorament dels vincles familiars, amb una actitud de rebuig cap a ella; en canvi l'home sol rebre el suport del seu entorn per a superar el problema, i l'actitud de la família és molt més comprensiva i encarada a cuidar del seu benestar (Sánchez Pardo, 2009a).

Cal tenir en compte que els factors psicològics poden tenir com a antecedent o desencadenant històries personals complicades, com per exemple haver patit abusos sexuals i/o maltractaments per part de la parella o la família. La violència cap a la dona produeix sentiment de culpabilitat, de temor i una desvalorització important de la persona (baixa autoestima), i com a mecanisme per escapar d'aquesta dura realitat, freqüentment es decanten per l'ús de drogues. Moltes vegades l'home que sotmet a la seva parella a aquest tipus de violència, actua sota els efectes de les drogues. Un nombre elevat de dones que reben tractament per problemes d'addicció, presenten proporcions molt elevades d'abusos (físics, sexuals i/o emocionals). La relació entre aquestes situacions i l'ús de drogues, provoca casos de trastorns per estrès posttraumàtic, depressions i trastorns induïts per substàncies.

En l'àrea psicològica trobem diverses característiques comunes que es produeixen en la dona addicta. Una d'elles és la tendència més elevada a la depressió. Tal i com destaca l'Institut d'Addiccions de Madrid Salut (2005), moltes de les drogues existents tenen efectes depressors, és a dir que inhibeixen el funcionament del sistema nerviós central, alentint l'activitat nerviosa i el ritme de les funcions corporals. Per tant, l'ús de determinades substàncies pot potenciar estats depressius i empitjorar el quadre clínic de la persona.

Així mateix també s'observa una proporció molt elevada de símptomes d'ansietat i d'estrès en addictes. Aquests poden ser tant la causa com la conseqüència del consum de drogues. Hi ha gran varietat de drogues psicoactives (alcohol, amfetamines, benzodiazepines, cànnabis, nicotina, cocaïna, etcètera), que poden arribar a provocar en el subjecte símptomes d'ansietat, degut als efectes secundaris o a l'abstinència de la droga.

L'autoestima constitueix el conjunt de sentiments d'autovaloració, i en la dona addicta s'observa una manca important d'aquests afectes, els quals són clarament

negatiu. Castaños et al. (2007) senyalen que l'autoestima baixa és un factor de risc pel desenvolupament de una addicció, i que la relació entre aquestes és de caràcter "bidireccional". En la dona drogodependent, en malmetre's la seva pròpia imatge, es produeix una pèrdua important de l'autoestima.

*A las mujeres adictas les cuesta valorarse porque han asumido una cultura que [...] castiga más la transgresión que supone el consumo en la mujer. En su proceso de socialización se les dificulta sutilmente la vivencia de experiencias que implican autovaloración, autoafirmación, experimentación y el enfrentamiento de dificultades, así como vivir situaciones que no responden a lo que se espera de ellas. (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005, p.28)*

S'observa també la presència de sentiments d'ineficàcia i de culpabilitat en la dona addicta, que menysvalora sistemàticament les seves capacitats, reafirmat per aquesta manca d'autoestima present en la majoria dels casos. L'autoconcepte de moltes drogodependents esdevé una constant infravaloració d'elles mateixes, juntament amb sentiments d'ineficàcia, una autopercepció de vici i una tendència a perpetuar una situació que consideren irresoluble. L'Institut d'Addiccions de Madrid Salut (2005) també destaca aquests sentiments com a causa de la pressió social que s'exerceix sobre la dona.

Castaños et al. (2007) subratllen que en la majoria de dones addictes s'observa la presència de la dependència emocional. Aquesta forma de relacionar-se és habitual que es desenvolupi en una relació de parella, en la qual, la dona tendeix a idealitzar l'altra persona. En aquesta subordinació es produeix un pensament obsessiu i recurrent entorn a la relació, i la dona manté una actitud submissa i d'obediència. En el cas que la seva parella sigui també addicta, s'acostuma a generar un obstacle afegit en el tractament, ja que reforcen mútuament la codependència i pot acabar sent una causa d'abandonament o de recaiguda.

L'Institut d'Addiccions de Madrid Salut (2005) estableix com a característica psicològica l'elevada prevalença de patologia dual, que correspon a la presència simultània de dos o més trastorns psiquiàtrics. Pot ser que el trastorn psiquiàtric sigui inicial al consum i que aquest últim esdevingui una forma de disminuir els símptomes produïts pel trastorn (teoria de l'automedicació). També es pot donar el cas que l'abús de substàncies (primari) desencadeni l'aparició d'un trastorn mental (secundari), i finalment poden aparèixer els trastorns, junts o separats, sense que hi hagi cap relació causal entre ells.

També s'observa una major prevalença de temptatives de suïcidi i suïcidis consumats en dones drogodependents; aquests són principalment portats a terme amb una sobredosis. Aquesta tendència suïcida es pot explicar per les dificultats psicosocials, els sentiments de culpa, el remordiment personal, l'autocompassió, la vergonya, la mala qualitat de vida i, entre altres, el baix autoconcepte. (Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005)

La majoria de drogues psicoactives afecten a mitjà o a llarg termini a les funcions cognitives de la persona. Fins i tot, un consum abusiu d'algunes substàncies pot degenerar en una demència. Per exemple, l'Institut d'Addiccions de Madrid Salud (2005), destaca que el consum crònic d'alcohol produeix en la persona un deteriorament cognitiu, tot i que també pot generar alteracions de la memòria, trastorns del son, trastorns psicòtics, entre altres.

## **5. Diferències de gènere en la comorbiditat psiquiàtrica**

És important per tal de realitzar un tractament correcte detectar possibles trastorns psiquiàtrics que pot patir la dona addicta. Cal destacar que la valoració psiquiàtrica, s'ha de dur a terme quan la persona es troba en període d'abstinència, per tal de no confondre un possible trastorn amb un efecte de la droga. Els trastorns poden ser la causa o la conseqüència de l'addicció o poden no mantenir cap relació entre sí, però de totes maneres s'han de tenir molt en compte per tal de poder realitzar un tractament de forma integral.

La psicopatologia és un factor de risc per a desenvolupar un trastorn d'abús de substàncies i a la inversa, i a més a més, els pacients addictes amb malalties mentals tenen un pitjor pronòstic i una pitjor evolució, donada la major dificultat en el tractament. Segons informen Blanco, Sirvent, et al. (2010) s'ha demostrat que la psicopatologia (tant primària com secundària) relacionada amb les addiccions, té una major prevalença quan es compara amb la població general. També s'estima que en els pròxims anys la meitat dels drogodependents presentaran una malaltia mental i que les persones amb malalties mentals també abusaran al 50% de substàncies.

Entre els trastorns psiquiàtrics que més s'observen amb relació al consum de substàncies trobem els referents a l'estat d'ànim. S'ha demostrat que la depressió és, com a mínim dues vegades més comú en la dona que en l'home. Segons indiquen Blanco, Sirvent, et.al. (2010), sembla ser que les dones tendeixen a reaccionar amb major freqüència a estats depressius, davant dels mateixos nivells d'estrès que l'home. Destaquen que els rols de la dona dins de la família i les creences socials sobre els sexes, influeixen també a que tinguin una major vulnerabilitat davant aquests estats.

En la població addicta, les dones presenten un índex major de trastorns de l'estat d'ànim, especialment depressius (trastorn depressiu major i distímia). Els autors mencionats anteriorment, destaquen que aquests estats depressius en les addiccions apareixen no només com a depressions reactives, és a dir degudes al consum de substàncies, sinó com a depressions endògenes.

La depressió en la dona addicta ve freqüentment derivada de sentiments de culpa, vergonya i de fracàs. El remordiment de la dona drogodependent porta al consum per mitigar la culpa i l'ansietat. Blanco, Sirvent, et.al. (2010, p.3) afirmen que la depressió en la dona adquireix una "morfologia generalment hipotímica (tristesia, autodepreciació, buit emocional), en tant que en l'home s'observa una major freqüència en el perfil disfòric (irritabilitat, anergia, anhedonia)."<sup>8</sup>

Aquests autors van realitzar un estudi de camp transversal en una mostra de població addicta d'ambdós sexes, mitjançant el *qüestionari de depressió de Beck*. Els resultats obtinguts van mostrar que existeixen diferències significatives entre la variable sexe i el grau de depressió, mostrant les dones una major severitat que els homes. També van demostrar que les dones tenen una menor autoestima que els homes.

Respecte als trastorns d'ansietat estan considerats com els més freqüents dins de la població general i mantenen una alta prevalença de comorbiditat amb la depressió. Dins de la globalitat d'aquest trastorns, el més freqüent és la fòbia específica, seguit de l'ansietat generalitzada (TAG) i del trastorn d'angoixa. La prevalença de trastorns d'ansietat en la dona suposa gairebé el doble que en l'home.

---

<sup>8</sup> Tr. del castellà, realitzada per l'autora del TFC

L'ansietat és un dels principals trastorns que apareixen en les addiccions, i al mateix temps també és una de les causes de consum de substàncies psicoactives com a forma de disminuir els símptomes derivats d'aquesta, la qual cosa contribueix a mantenir, a llarg termini, a mantenir el problema i a l'elevada probabilitat de desenvolupar un trastorn d'ansietat més important, com ara el TAG. Blanco, Sirvent, et al. (2010) diuen que la relació entre l'ansietat i el consum té un "caràcter bidireccional", ja que un dóna lloc a l'altre i a la inversa.

En un altre estudi realitzat per aquests mateixos autors mencionats anteriorment, mesuraven l'estat d'ansietat en pacients addictes en tractament, mitjançant el *qüestionari d'estat-tret d'ansietat d'Spielberger (STAI)*. Els resultats mostren que les dones tendeixen a tenir intensitats més elevades d'ansietat que els homes.

Troblem també una alta prevalença de comorbiditat de les addiccions amb els trastorns de la personalitat. Blanco, Sirvent, et al. (2010) senyalen que les persones que pateixen un TP tenen més probabilitats de consumir substàncies i amb majors quantitats, així mateix, el pronòstic i l'evolució d'aquests també és més desfavorable. Altrament, també s'ha observat que en una persona drogodependent és freqüent l'existència de varis TP.

Els TP més relacionats amb les addiccions en la dona són els que s'enquadren dins del grup B, el trastorn límit de personalitat i el trastorn histriònic de la personalitat, i els corresponents al grup C, el trastorn de personalitat per evitació i el trastorn de personalitat per dependència. En el TP límit, s'ha demostrat que multiplica el risc d'addicció en la persona que el pateix.

En el TP per dependència, cal destacar que es produeix molt freqüentment en la dona addicta una doble dependència, en primer lloc a la substància, i en segon lloc en relació amb persones o amb situacions de caràcter sociopàtic. La persona bidependent adquireix un hàbit de passivitat, opta per no prendre decisions i s'instal·la en una deliberada falta d'autonomia, tret en tot allò que fa referència al fet de mantenir la seva addicció.

Un altre trastorn freqüentment comòrbid a l'addicció és el relacionat amb la conducta alimentària (TCA). L'hedonisme i el culte a la bellesa i a la imatge que predomina a les societats occidentals facilita l'aparició d'aquestes conductes. A més a més, com



ja hem observat en els altres trastorns, una alta proporció de persones que pateixen un TCA tenen una major tendència a desenvolupar conductes addictives.

Les drogues, tant els psicoestimulants (cocaïna, amfetamina, nicotina, xantina i metamfetamina) com els psicodpressors (opiacis, alcohol, barbitúrics i benzodiazepines), tenen efectes anorexígens, és a dir, que redueixen la gana. Els consums de drogues en aquests trastorns es donen principalment com a forma per evitar l'augment de pes i les sobreingestes. També es duen a terme, tot i que en menys mesura, per minvar els estats ansiosos, per millorar l'estat d'ànim i com a forma de canalitzar la impulsivitat. Rekalde i Vilches (2003) senyalen el factor d'aprimar-se com a favorable al consum d'estimulants. La gran perillositat dels TCA en relació amb l'ús de drogues és que multiplica els riscos de mortalitat, genera baixes taxes de recuperació i també convergeix en un alt risc de recaigudes.

De la mateixa manera, el trastorn per estrès posttraumàtic (TEP) també manté una estricta relació amb les addiccions. Segons informa Greenfield, et al. (2010), hi ha unes taxes molt elevades de consum en dones que han estat víctimes de maltractaments o d'abusos sexuals. És probable que les drogues siguin usades com a forma d'evasió de la realitat i com a mètode per a disminuir o fer desaparèixer els sentiments negatius provocats pel trauma.

## **6. Necessitats específiques pel tractament de dones drogodependents**

L'interrogant que sorgeix a l'hora de parlar de les diferències de gènere en les addiccions, es basa en si és necessari o no desenvolupar un programa de tractament específic per a la dona drogodependent. En base a totes les característiques concretes de l'addicció femenina, i coincidint amb la bibliografia consultada al respecte, creiem que és molt més eficaç un tractament que tingui en compte les diferències de gènere.

Greenfield et al. (2010) senyalen que cal tenir present que les dones que entren en un tractament solen presentar un perfil clínic més sever, és a dir, tenen un major

nombre de problemes mèdics, socials, psicològics i duals que els homes. També destaquen que comparativament amb els homes, el desenvolupament de l'addicció femenina s'associa a un ús de menor quantitats de substància i durant un període de temps més curt.

Palacios (2000), sintetitza en el seu article que el primer aspecte que s'ha d'intervenir en les addiccions és el quadre simptomàtic que acompanya. Diu que aquest primer pas és independent al sexe de l'addicte, i que es centra en la forma de tractar de la dependència, tant a nivell físic com psicològic. Afirmar que a partir d'aquesta intervenció primerenca, és quan entren en joc els factors de gènere, que condicionen molt el tractament terapèutic.

En la majoria de casos, el nombre de dones que recorren a sistemes de tractament és molt inferior que en el cas dels homes. Això és degut a que hi ha més homes que dones amb problemes d'addicció en la població general, però també perquè moltes dones renuncien a accedir a una teràpia. Pot ser per diverses raons, com per exemple, per evitar l'estigmatització o per temor a perdre la custòdia dels fills. A més a més, és important destacar que entre les dones que s'adhereixen a un programa de tractament, el fracàs terapèutic és molt més alt en comparació amb els homes.

Blanco, Sirvent i Palacios (2005) justifiquen els motius pels quals s'ha de dur a terme un tractament específic per a dones drogodependents. Fan referència a que la dona addicta moltes vegades presenta històries de maltractaments o d'abusos sexuals previs o actuals al moment d'iniciar el tractament, per tant, la presència d'homes, pot dificultar en gran part l'abordatge psicoterapèutic. A més a més, assenyalen que quan la dona té antecedents de dependència relacional, augmenten les probabilitats de que es torni a produir aquell comportament si es troba en un centre mixt. També afirmen que la dona se sent més còmoda i es pot expressar amb més llibertat i pot tocar temes més íntims amb més tranquil·litat en un grup format per tan sols dones. Adverteixen que en els grups mixts solen formar-se parelles no autoritzades, que acaben fracassant o abandonant el tractament, ja que focalitzen la seva atenció en la relació i no pas en la seva recuperació.

### *6.1. Obstacles en l'accés al tractament*

Les dones solen iniciar tractament amb problemes molt més greus que els homes i generalment es troben també amb moltes més barreres per accedir a aquest. Greenfield et al. (2010) destaquen que hi ha diversos factors que ajuden a explicar

perquè les dones addictes els hi és més complicat accedir en un tractament. Senyalen com a factors les responsabilitats de la cura dels fills, el transport, el nivell econòmic i l'estigma social.

L'Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Delicte (ONUDD) (2004), indica que hi ha tres tipus d'obstacles per l'accés al tractament, els inherents als sistemes, els estructurals i els socials, culturals i personals. Seguint aquesta divisió, els obstacles inherents als sistemes són els que corresponen a tots aquells factors que no permeten que s'estableixin els serveis necessaris i adequats a les necessitats de les dones. El primer d'aquestes obstacles és la manca de representació femenina en els llocs de treball i de poder responsables d'influir en la formulació de polítiques i en l'assignació de recursos. Això dificulta que es prengui consciència de la necessitat d'investigar i elaborar polítiques que abordin les qüestions de gènere i d'assignar recursos al tractament de dones drogodependents.

Una altra barrera correspon a l'escassa sensibilització respecte a les diferències de gènere com un element determinant de la salut de les persones. És a dir que hi ha molts factors que influeixen en l'estat de salut de les persones, i entre els quals s'observen diferències entre els sexes que s'han de tenir en compte quan es planifiquen serveis de salut.

La falta de coneixements sobre les dones amb problemes d'abús de substàncies i de les seves necessitats de tractament també genera un impediment. Actualment, ha augmentat molt el nombre d'estudis sobre aquesta problemàtica, però no s'analitzen sistemàticament en estudis demogràfics, epidemiològics o en investigacions biològiques, preventives i terapèutiques.

Un quart obstacle que es descriu en el mencionat article de la ONUDD és l'absència de models de tractament sensibles a les qüestions de gènere. Això vol dir que, avui en dia, la majoria dels serveis encara estan enfocats i concebuts pels homes. També s'observen diferències en el mode d'organitzar i finançar els serveis sanitaris i els tractaments per abús de substàncies, els quals, poden afectar a l'adaptabilitat dels models de tractament destinats a dones.

Es necessària una àmplia varietat de serveis assistencials, ja que la majoria de dones que assisteixen a tractament solen tenir molts més problemes associats que els homes, com per exemple responsabilitats familiars, menys recursos econòmics, patologia dual, presència de traumes, etcètera.

Respecte als obstacles estructurals són factors que afecten específicament a les dones i que dificulten el seu accés al tractament. Entre ells, trobem el fet de que són elles les que majoritàriament cuiden als seus fills, i moltes vegades aquestes dones no tenen cap persona propera que se'n pugui fer càrrec i els programes de tractament que garantitzen l'atenció als nens són escassos.

Així mateix, els serveis per a les embarassades són molt pobres. La Generalitat de Catalunya, en un article de l'any 2008, que tracta sobre el protocol clínic-assistencial en cas maltractaments aguts a la infància, fa referència al "nourat drogodependent". Respecte aquest tema s'explica que és una forma de maltractament prenatal, en el qual la dona, de forma conscient o inconscient, no té en compte les atencions que demana el seu estat, amb el risc de perjudicar el fetus. En una ponència de la jornada *Workshop: addiccions i dona* es feia referència al consum de tòxics durant l'embaràs i s'exposava que una de les conseqüències no desitjades d'aquest protocol, és que possiblement disminueix la probabilitat de que les dones amb problemes de consum sol·licitin ajuda durant l'embaràs, cosa que genera danys col·laterals per a la mare i el fetus.

Respecte als programes de tractament trobem diversos impediments, com ara la ubicació i el costos econòmics de la majoria d'aquests, que no són accessibles per a totes les dones. També és important que els programes tinguin un horari flexible, perquè si és molt rígid dificulta considerablement l'accés, ja que moltes vegades són incompatibles amb les responsabilitats familiars i domèstiques de la dona. Un altre aspecte a considerar és l'existència de llistes d'espera i la importància de donar una resposta immediata després d'un contacte inicial, per tal de que es sotmetin ràpidament al tractament.

L'ONUDD (2008) ressalta que la falta de detecció del problema en el sector de l'atenció primària de la salut, fa que sigui un obstacle molt important a superar, ja que el personal professional assistent té un paper clau a la hora de detectar els consums problemàtics de substàncies en els seus pacients i ajudar-los a iniciar un tractament. L'Institut de Deusto de Drogodependències (2007) també assenyala la importància de la detecció d'aquests casos de consumidores ocultes en la fase d'atenció primària.

Fent referència als obstacles socials, culturals i personals, trobem factors com ara les circumstàncies desfavorables de la vida de la persona, detectades principalment

en països que encara estan en vies de desenvolupament. L'estigmatització, la vergonya i la culpa que experimenten les dones drogodependents fa més difícil el reconeixement del problema i fer el pas per demanar ajuda. Un altre factor és la falta de suport per part de la família, i en particular de la parella (moltes vegades també addicta). El temor a perdre la custòdia dels fills o de ser etiquetades com a males mares, fa que s'oculti el problema i s'opti per a no demanar ajuda. Segons l'ONUDD (2004), també s'observa en moltes dones una falta de confiança en els tractaments i de la seva capacitat per entendre els problemes singulars del sexe femení.

Freqüentment el consum de substàncies en la dona és més considerat com a una sol·lució que no pas com a un problema. L'abús de substàncies és un mode d'automedicació, per a combatre problemes emocionals o l'experiència de viure condicions de patiment extrem.

En el llibre de l'Institut Deusto de Drogodependències (2007) s'exposa com a un obstacle personal l'actitud present en moltes dones amb problemes d'addicció de situar les necessitats de les persones del seu entorn com a prioritàries, negant-se la seva pròpia identitat i amb una manca clara d'acceptació de sí mateixes.

*[...] ellas tratan de satisfacer el modelo de mujer culturalmente aceptado pero, cuando el grado de exigencia de ese modelo supera sus posibilidades de éxito, los sucesivos intentos por lograr el ideal provocan que en sus historias de vida se acumulen intentos fallidos. Sin duda, estos fracasos contribuyen a disminuir su autoestima y la confianza que tienen en ellas mismas. [...] una mujer que se ha decepcionado y ha decepcionado a su entorno social se siente indigna de cualquier redención, incluidos los tratamientos de deshabituación, por lo que tendrá más reservas que los hombres para acercarse a los servicios que le ofrecen. (Instituto Deusto de Drogodependencias, 2007, p.221)*

## 6.2. Procés d'intervenció

La relació terapèutica és un factor clau en el tot el procés d'intervenció de la dona drogodependent. L'Institut d'Addiccions de Madrid Salut (2005) assenyalava que és necessari mantenir una relació empàtica per tal de garantir una bona adhesió al tractament i perquè es produeixi el canvi terapèutic. Castaños, et al. (2007) diuen que és molt important evitar la confrontació, ja que tot i que en homes drogodependents s'ha demostrat la seva eficàcia en el tractament, en les dones les torna a col·locar en una posició subordinada, i es poden generar posicions que fereixin encara més la seva autoestima i que facilitin els abandonaments en el tractament.

En analitzar les diferents fonts bibliogràfiques ens trobem en una discussió comuna sobre si influeix el gènere del terapeuta en la relació professional. Blanco, Sirvent i Palacios (2005) arriben a la conclusió de que el sexe del terapeuta no influeix a l'hora d'abordar un problema d'addicció en la dona. Tot i això remarquen que és molt important que el psicòleg sàpiga mantenir una adequada distància emocional i prendre consciència dels moviments transferencials i contratransferencials, ja que moltes drogodependents presenten dependència relacional, conflictes amb les figures masculines i/o reaccions rebels o de submissió davant dels homes. L'Institut Deusto de Drogodependències (2007) també coincideix en destacar que la influència del gènere del terapeuta és escassa en el resultat de la teràpia.

El procés d'intervenció amb perspectiva de gènere, es divideix en tres fases: la d'avaluació, la de deshabitació i la d'incorporació social.

*Incorporar la perspectiva de género en la intervención con mujeres drogodependientes supone tener en cuenta a lo largo del proceso y en las distintas etapas de tratamiento el hecho diferencial de ser mujer en esta cultura y momento histórico, así como la asimetría que existe en las relaciones entre hombres y mujeres, y en la diferente valoración social de ambos. (Castaños, et al., 2007, p.63)*

### 6.2.1. La fase d'avaluació

La fase d'avaluació s'inicia des del primer moment en què el professional es troba amb la pacient. A partir d'aquí s'ha de crear un entorn segur i acollidor, en el qual el terapeuta creï un vincle de confiança amb la pacient, per tal de que es pugui expressar lliurement sense sentir-se jutjada. També s'ha d'intentar instaurar un espai flexible pel que fa a horaris (per les possibles càrregues familiars) i en l'avaluació, és a dir, que la dona es pugui expressar obertament i es puguin observar les seves preocupacions i necessitats. Mencionar la importància evident de la confidencialitat per crear un marc de seguretat imprescindible entre la pacient i el psicòleg.

S'ha d'obtenir una valoració de l'estat físic per tal d'obtenir una visió global de la situació somàtica de la pacient. En cas d'embaràs, és necessari que es porti a terme una atenció immediata. L'avaluació global de l'estat de salut mental també és molt

important i ha de ser una constant durant tot el procés de tractament; la presència o la sospita d'un trastorn dual condicionen el tipus de tractament a aplicar.

En aquesta fase s'han de tractar continguts que normalment no estan inclosos en els protocols d'avaluació i d'intervenció, però que són necessaris de tractar quan s'està treballant amb dones drogodependents (Castaños, 2007; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005). Un dels aspectes que el terapeuta ha de tenir en compte és l'actitud de la pacient davant del tractament, analitzant les seves motivacions, expectatives i la possible creença irreal de poder curar-se de l'addicció sense ajuda externa.

Així mateix s'ha de valorar les càrregues familiars i les dificultats que poden veure's implicades en el desenvolupament del tractament; ja que l'existència de fills pot constituir un factor limitant per a determinar el tipus de tractament. De manera paral·lela s'ha de realitzar una valoració de l'entorn més pròxim de la pacient, observant l'ajuda que té (o que no té), i l'actitud que mantenen envers la seva addicció. La família i la parella són elements fonamentals pel bon resultat en el tractament, tot i que també poden actuar com a factor desestabilitzador del mateix.

El terapeuta també ha de fer un seguiment de la historia toxicològica, sobretot en relació als aspectes relacionals, és a dir, quines funcions ha tingut el consum en la manera de relacionar-se amb les altres persones. Tanmateix, també és essencial detectar l'existència de possibles situacions de maltractament o d'abusos, actuals o passats. Altrament s'ha d'avaluar l'autoestima de la pacient i els sentiments de culpa o de vergonya que pugui tenir latents. També és important observar el paper que té el sexe amb relació amb el consum, i com es viu a dins de la relació de parella, si és el cas. D'altra banda s'ha de valorar l'estat nutritiu de la pacient i observar si hi ha preocupació per la imatge corporal, determinant si és així, la seva relació amb l'addicció.

#### *6.2.2. La fase de deshabitució*

Els objectius terapèutics que s'han d'aconseguir tractar en aquesta fase són varis (Castaños, 2007; Instituto de Adicciones Madrid Salud, 2005). Primerament s'ha de motivar a la pacient pel tractament a llarg termini, és a dir que s'han de dissenyar unes estratègies i uns objectius adaptats a la persona i que siguin realistes, positius i que motivin al canvi. Aquests objectius han de tenir en compte les causes i les

repercussions de l'addicció a nivell biopsicosocial, i els condicionats específics derivats del gènere.

Segonament s'han d'identificar mesures de control extern que facilitin l'abstinència de la dona drogodependent. S'ha de tenir molt en compte les possibles situacions de maltractament o d'abús que puguin estar incidint en el control extern, amb la finalitat de vetllar per la seguretat de la pacient.

En tercer lloc és important detectar, juntament amb la pacient, el suport extern que posseeix i els seus recursos personals que li permetin recuperar els seus sentiments de vàlua i millorar la seva autoestima. En referència als recursos personals és important validar les actituds o conductes que ha mantingut la persona en situacions molt difícils al llarg de la seva vida. S'ha d'intentar reassignar les seves habilitats personals usades durant períodes de consum, donant-los una nova funció. També és clau que es reflexioni sobre estratègies inadequades per aconseguir els objectius (com per exemple la manipulació); identificar-les, comprendre les seves causes i conseqüències i buscar les alternatives més convenients. Així mateix, la pacient ha d'aprendre a reconèixer i a validar les seves necessitats personals.

En el suport extern és molt important facilitar que la família es converteixi en un pilar clau i en un ajut real en la pacient, sense exigir-li més pel fet de ser una dona. És adequat la recuperació i la revalorització d'antigues amistats, especialment amb altres dones; així com promoure la participació en grups de dones dins i fora dels centres de tractament. S'ha de facilitar una estreta coordinació amb altres serveis o institucions (salut mental, atenció a la violència de gènere, serveis socials, etcètera), per tal de dur a terme un tractament integral.

En quart lloc s'han d'identificar situacions de risc específiques de la dona que augmentin el perill de recaiguda. Aquestes serien: els sentiments d'ansietat, de depressió, de soledat, de culpa, l'augment de pes després d'abandonar el consum, l'autoexigència, la sobreexigència familiar en el procés terapèutic, l'emergència de records o sentiments derivats traumes viscuts i/o el fet de tenir actualment o en el passat una parella drogodependent i tenir dificultats per distanciar-se d'aquesta.

Seguidament s'han de desenvolupar estratègies de prevenció de recaigudes aprenent a identificar, reconèixer i a manejar els desitjos de consum, sense oblidar que les dones solen presentar més simptomatologia ansiosa i depressiva. S'ha d'incorporar la perspectiva de gènere en el desenvolupament de les estratègies



d'afrontament, qüestionant estereotips i rols de gènere i descobrint les funcions que implica el consum per a la dona per tal de buscar alternatives. En tot tractament adreçat a les drogodependències s'ha de tenir en compte que moltes vegades la recaiguda arriba a formar part del procés. Per tant, és adequat per la pacient el coneixement d'aquest per tal de desenvolupar estratègies d'intervenció, ja que moltes vegades s'oculta la recaiguda perquè és percebuda amb una gran autoinculpació.

En sisè lloc també s'han de desenvolupar correctament les habilitats relacionals que facilitin les relacions personals fora dels contextos de consum, per tal d'augmentar la capacitat d'autoafirmació de la dona davant l'altre. La principal habilitat és l'assertivitat, que implica l'expressió de necessitats, desitjos, emocions i opinions, establir límits (dir "no"), prendre decisions, etcètera.

D'altra banda s'han de detectar possibles àrees de conflicte i donar-los una atenció especial. Una d'aquestes àrees és l'autoestima, és important que la dona s'apregui a valorar per sí mateixa sense que existeixi tanta necessitat de valoració externa. Això implica facilitar l'autoconeixement, identificar les creences i els valors de la persona, identificar els aspectes tant satisfactoris com insatisfactoris en la seva vida i valorar la importància dels seus desitjos i les necessitats.

També podem trobar situacions de maltractament o d'abús sexual, en les quals s'inclouen les dones que han exercit la prostitució. Han de ser conscients de la interacció entre aquestes situacions i la seva història de consum. El fet de viure aquest tipus d'experiències genera sentiments de culpa i de ràbia que s'han de treballar perquè la pacient aprengui a cuidar-se i a respectar-se a sí mateixa. És freqüent que al reviure aquestes situacions aparegui un TEP.

Una altra àrea de conflicte correspon a la dependència emocional. És un aspecte molt important a tractar ja que afecta negativament a la persona i a la manera de relacionar-se amb els altres. S'ha d'ajudar a la pacient a identificar aquest tipus de relacions, transmetre models positius de relacionar-se i promoure el canvi.

Pel que fa a la sexualitat, els objectius que s'han de treballar consisteixen en aconseguir que la pacient mantingui intimitat afectiva sense tenir relacions sexuals, recuperar l'acceptació del propi cos, gaudir de la sexualitat (promovent una sexualitat segura), aprendre a establir els límits desitjats en les relacions

interpersonals i sexuals, i abordar les dificultats en aquesta àrea (sobretot quan hi ha antecedents d'abusos).

Així mateix és important centrar-se en la recerca de suports en l'entorn familiar i social de la dona, ja que la inexistència de recursos de contenció i d'ajut reforça l'aïllament i l'exclusió social de la dona drogodependent. Per tant, si la família està implicada en el tractament de la pacient, el pronòstic i l'evolució en el procés és més positiu.

La maternitat pot esdevenir una altra àrea de conflicte, en aquesta s'han de treballar diversos aspectes, com la prevenció d'embarassos no desitjats, l'anàlisi de les expectatives que tenen de la maternitat i prendre consciència dels canvis que implica en tots els nivells. És important realitzar un anàlisi del model educatiu en el qual van créixer i buscar alternatives més saludables pels seus fills, la desmitificació d'estereotips de gènere sobrecarreguen o culpabilitzen les mares diferencialment dels pares. El terapeuta ha d'ajudar a facilitar informació per a l'adequada educació dels fills en els aspectes més bàsics, donar suport per a profunditzar i prendre consciència sobre les diferents funcions maternals, instar en l'aprenentatge de gaudir positivament de la seva maternitat, i promoure la implicació dels pares en l'exercici de la seva paternitat.

Finalment és important que el terapeuta doni feedbacks a la pacient sobre els assoliments aconseguits i els objectius que encara queden pendents. Això, sobretot en les dones drogodependents, ajuda a reforçar la seva autoestima.

### *6.2.3. La fase d'incorporació social*

El tractament de la drogodependència no implica tan sols el fet de deixar de consumir drogues, sinó que també comporta un canvi més radical en la vida del subjecte. Suposa canvis en la persona, en les seves relacions socials i de parella, i en la necessitat de recursos educatius, professionals i econòmics. Aquesta etapa del tractament es centra en el desenvolupament d'un projecte de futur en les diferents àrees de la vida de la persona.

Hi ha programes de tractament que contenen una sèrie de serveis per a les dones i que mostren millors resultats. A Espanya trobem, per exemple, una comunitat terapèutica per a dones amb fills al seu càrrec que desenvolupa "Proyecto Hombre" a Lleó i Castella la Manxa. Té com a objectiu el tractament de la dona

drogodependent sense que s'hagi de separar dels seus fills, mantenint el vincle afectiu que es desenvolupa entre mare i fill. A la resta del món també s'han desenvolupat molts programes específics i que s'ha demostrat la seva eficàcia. Per exemple a Brasil trobem un programa en règim ambulatori destinat exclusivament per a dones drogodependents (PROMUD); a Kenya hi ha atenció especialitzada per a dones en un programa residencial mixt (Projecte Omari); a Suècia es troba un programa de comunitat terapèutica exclusiu per a dones (Sodia Behandlingshem); a Estats Units n'hi ha un de manteniment amb metadona (Women In Treatment, de la fundació APT); i a Àustria trobem un programa d'atenció hospitalària ambulatoria a dones drogodependents embarassades (Addicció-Embaràs i Drogodependència).

Greenfield et al. (2010) associen uns millors resultats de tractament al fet de desenvolupar programes destinats només a dones addictes. Aquests programes en els quals s'ha demostrat la seva eficàcia en el tractament de dones drogodependents tenen alguns dels serveis següents: atenció i cura dels fills, atenció prenatal a embarassades, grups específics que tracten temes que preocupen a les dones, sessions de teràpia individual adaptades a les necessitats de cada pacient, preparació laboral i tècniques per a buscar llocs de treball, serveis jurídics, grups de teràpia, sessions psicoeducatives, grups d'autoajuda, tallers d'habilitats socials, etcètera. Aquests serveis incrementen el nombre de dones que acudeixen a tractament i redueixen les barreres d'entrada a aquests.

L'ONUDD (2004) explica que Orwin i els seus col·laboradors van realitzar un seguit d'investigacions per esbrinar si els programes de tractament per a dones responen a les seves necessitats específiques. En base a l'anàlisi de 33 programes, van determinar que si el tractament de l'addicció es complementa amb altres serveis, com els citats anteriorment, els resultats són molt més satisfactoris.

Els programes d'intervenció amb dones drogodependents han de conèixer els recursos que aquestes dones poden necessitar. Alguns poden ser articulats dins del mateix programa, i altres són duts a terme per altres institucions, per tant, és necessari que des dels serveis d'atenció a les drogodependències es treballi amb una estreta coordinació i col·laboració amb les altres entitats.

En la fase d'incorporació social s'han de tractar totes les àrees de la persona, és a dir, la personal, la social, la familiar i la formativa laboral. En la preparació i incorporació laboral cal destacar que en termes generals, la majoria de dones drogodependents tenen grans dèficits de formació educativa i professional. Això

també es veu empitjorat en el cas de les dones per les desigualtats, encara existents, en el mercat laboral. S'ha de motivar i conscienciar a cada pacient de la importància que té aquesta àrea per aconseguir autonomia personal i econòmica, oferint també accions i dispositius per cobrir els dèficits formatius, i orientant sobre els recursos relacionats amb la recerca de llocs de treball.

Algunes dones viuen en una situació d'extrema exclusió social com a resultat de la seva addicció, per tant, el professional hauria de poder facilitar a la pacient la informació adequada sobre els mitjans que la puguin ajudar a cobrir les seves necessitats mínimes (allotjament, alimentació, etcètera), per poder començar posteriorment un adequat procés de recuperació.

S'observa que les dones drogodependents presenten una imatge deteriorada de sí mateixes, amb sentiments de culpa i d'inferioritat i amb moltes dificultats en les relacions socials. Per aquest motiu, és necessari millorar la seva valoració personal i aprenent a reconèixer els seus èxits, tot reforçant les conductes preventives. S'han d'abordar les relacions socials i personals, la seva sexualitat i analitzar la construcció social del gènere, és a dir, que siguin persones actives i protagonistes de les seves pròpies vides. Per al seu creixement personal també han d'assumir la maternitat com a decisió pròpia, enfortint els llaços que mantenen amb els seus fills. Així mateix, no es pot restar importància al tractament terapèutic individual o grupal dels episodis de maltractament o abús.

Per la cura de la seva salut i imatge les dones han d'anar a Centres d'Atenció Primària (CAP), ja que moltes vegades aquets aspectes són descuidats a causa del consum. Per tant, el professional ha de considerar i articular accions preventives, ja que es poden observar en dones drogodependents problemes d'alimentació, de salut ginecològica, d'higiene i de salut bucodental amb un deteriorament greu.

Per a les pacients que tenen responsabilitats familiars hi ha alguns programes, com ja hem mencionat, que ajuden en el seu procés de recuperació. Aquests tenen recursos per a realitzar el tractament sense que les mares es separin dels seus fills, i també és positiu que s'ofereixin guarderies i ludoteques pels nens. Les drogodependents moltes vegades han estat o són víctimes de violència familiar, així doncs, han d'aprendre a gestionar els recursos existents davant aquestes situacions.

La participació social ha de ser promoguda dins d'aquest col·lectiu, ja que així es dissol el seu aïllament social i es poden crear relacions amb altres dones que

serveixin de suport i que potenciïn l'expressió de les necessitats, sentiments i preocupacions de la persona. Per aquest motiu, és molt important aprendre a establir i a mantenir relacions que no desvaloritzin el fet de ser dona.

A vegades també és necessari proporcionar informació i orientació jurídica a la pacient, ja que poden tenir causes judicials pendents, necessitar assessorament laboral o temes familiars que han de ser tractats per la justícia (la custòdia dels fills, separacions o divorcis, etcètera). En aquesta matèria, cada Comunitat Autònoma disposa de serveis gratuïts al ciutadà en els quals podem derivar la pacient.

Finalment, s'han de potenciar els espais lúdics, recreatius i culturals on la pacient tingui el seu propi espai, on pugui establir noves relacions socials i enriquir-se personalment amb activitats culturals diverses.

## **7. Prevenció**

La prevenció és un factor molt important en el tema de les drogodependències, ja que correspon a tot un seguit de mesures que tenen com a finalitat impedir o dificultar el consum de drogues, o si més no, reduir-ne el seu consum. Respecte a les intervencions preventives trobem dos grans blocs; en primer lloc el que es centra en la *reducció de la demanda*, que correspon a tot un seguit de mesures que pretenen disminuir o eliminar els factors de risc i potenciar els de protecció; i el seu focus principal és el canvi d'actituds, conductes i percepcions de l'individu. En segon lloc, les intervencions que tenen com a objectiu la *reducció de l'oferta*, volen disminuir la disponibilitat de les diferents drogues en la societat a través de les distintes polítiques nacionals i internacionals.

Hi ha diversos tipus de prevenció en drogodependències, la que correspon a la conceptualització clàssica (prevenció primària, secundària i terciària) i la corresponent a l'actual (prevenció universal, selectiva i indicada). Tal i com indica Becoña (2002), prenent com a referent el *model de Caplan*, la prevenció primària té com a objectiu principal evitar l'aparició del problema, la secundària localitza i detecta al més aviat possible el problema, i finalment, la terciària es du a terme un cop ja es troba instaurada l'addicció i tracta d'evitar complicacions i recaigudes.

Aquest autor, també explica, a partir de la distinció inicial feta per *Gordon*, que la prevenció universal va dirigida a tota la població d'un determinat sector o grup, la selectiva es centra amb un subgrup d'aquesta població que es troba amb una situació de major risc de consum, i la indicada va enfocada a un subgrup d'individus concrets d'aquesta població que tenen conductes problemàtiques, és a dir, que acostumen a ser consumidors o experimentadors que solen tenir problemes comportamentals.

És important, d'acord amb les diferències presents entre homes i dones en les addiccions, que es desenvolupin també activitats preventives sensibles a les qüestions de gènere. Un dels motius principals pels quals hem de tenir en compte el gènere en aquests programes és que les dones es troben en una posició d'especial vulnerabilitat davant els consums de drogues i els riscos associats a l'ús i l'abús d'aquestes substàncies. Tenint això en compte, s'ha d'incloure en el disseny de programes preventius aquesta perspectiva, ja que en la prevenció universal es tendeix a masculinitzar el problema i no s'incideix moltes vegades als factors de risc i de protecció que influeixen específicament sobre les dones i els homes.

Els programes preventius selectius i indicats haurien de ser dissenyats específicament per a les dones, degut a les diferències etiològiques dels consums, als patrons d'ús de les diferents substàncies i a les conseqüències específicament de gènere que s'observen en l'abús de drogues. A més a més, la majoria de programes haurien d'incloure aspectes psicoafectius i relacionals, que són especialment rellevants en el gènere femení.

Sánchez Pardo (2009b) destaca que les administracions públiques i les entitats privades han d'utilitzar un llenguatge que no discrimini el gènere femení, és a dir, que no sigui sexista en la redacció de plans, programes, activitats, conclusions, informes i altres documents relacionats amb les drogues. Així mateix han d'evitar l'estigmatització de les dones que usin o abusin de substàncies.

No tan sols s'ha de tenir en compte el gènere en matèria de prevenció, sinó que també s'ha d'adequar a l'edat de la persona; ja que com indica Sánchez Pardo (2009b) "el factor generacional condiona els rols en que han estat socialitzats homes i dones i estableix grans diferències en les motivacions i patrons de consum

de drogues<sup>9</sup>. Per tant, s'han d'implementar programes destinats a nois i noies joves i per a homes i dones que es troben en l'edat adulta.

Els programes que es centren en la població adolescent han de tenir molt present el factor de gènere i transmetre el missatge a les noies de què la igualtat suposa tenir autonomia personal i capacitat per desenvolupar projectes propis, i que no es basa en la imitació de models de conducta masculins. En els nois és important incidir en que la masculinitat no implica assumir riscos ni haver de desenvolupar conductes que perjudiquen a la salut, sinó que han d'aprendre a comportar-se de manera intel·ligent davant les diferents situacions de la vida. (Sánchez Pardo, 2009b)

El tema de la salut sexual i reproductiva també ha d'estar integrat en aquestes mesures de prevenció pel control del consum, ja que és diferent la vulnerabilitat entre els dos sexes. També és adequat prevenir les pràctiques sexuals de risc relacionades amb l'ús de drogues i advertir dels riscos de l'exposició de la dona a aquestes pràctiques sense protecció. Això és degut a que la dona es troba en una posició d'inferioritat davant els efectes de les drogues en les relacions sexuals i determinades pràctiques d'alt risc.

Les estratègies de prevenció han de tenir en compte que l'abús de substàncies pot arribar a ser un fet propiciador de la violència de gènere, per tant, és necessari tenir en compte aquest impacte per tal de reduir la influència que té el consum de drogues en els maltractaments.

Específicament en la dona, s'han de reforçar les estratègies que controlen el consum de drogues durant l'embaràs. Sánchez Pardo (2009b) assenyala que és necessari donar molta importància a la salut de la dona des de l'inici de l'embaràs, intentar desculpabilitzar-la enviant-li missatges empàtics i d'ajuda, i treballar en matèria de prevenció de recaigudes. Quan ens trobem amb un cas d'embaràs i consum, s'ha de treballar per l'establiment de protocols d'atenció precoç, de seguiment i de suport socio sanitari.

La publicitat actua com a medi per a reforçar el consum de begudes alcohòliques i de tabac enviant missatges selectivament en homes i en dones, per tant els programes també han d'intentar contrarestar i neutralitzar aquesta manipulació que

---

<sup>9</sup> Tr. del castellà, realitzada per l'autora del TFC

es produeix (Sánchez Pardo 2009b). També s'ha d'intentar desvincular els estereotips de l'ús de certes substàncies amb els "beneficis" que produeix en la persona, en quant a la imatge corporal, l'atractiu físic i sexual, i els efectes anorexígens d'algunes drogues.

Calafat et al. (2009) destaquen que en els ambients recreatius i d'oci nocturn es concentren les majors prevalences d'ús i d'abús de substàncies. Fan referència a que la majoria de gent no tendeix a veure això com a un problema, sinó com a un dret que tenen els joves de passar-ho bé i ser feliços. A més a més, amb la implementació de programes es genera un conflicte d'interessos, ja que les indústries d'oci perceben les mesures preventives com un sinònim de pèrdues econòmiques. Per aquest motiu, remarquen la importància de que hi hagi cooperació entre les diferents parts, que es formi a les persones amb matèria de prevenció i que augmenti la responsabilitat en l'aplicació de la llei. Expliquen que gairebé sempre la prevenció es centra en el consum de drogues il·legals, però que en canvi, la majoria de problemes vénen derivats per l'ús o l'abús de l'alcohol, o d'aquest mesclat amb altres substàncies. També destaquen la importància d'incidir en els aspectes culturals que associen les drogues amb valors típics de la societat postmoderna actual (hedonisme, viure el moment, etcètera).

Barreda et al. (2005) desenvolupen un seguit de propostes que requereixen ser tingudes en compte per a una correcta prevenció en l'àmbit de les drogodependències. Una d'elles correspon a la sensibilització i formació dels professionals d'atenció general en les característiques diferencials de gènere i estratègies d'intervenció. També proposen el disseny i implementació de protocols que ajudin a la detecció precoç de dones amb un consum abusiu de substàncies o que tenen un alt risc de passar de l'ús a l'abús. Així mateix, destaquen la importància del desenvolupament d'actuacions que facilitin l'accés, la intervenció i la reinserció de dones drogodependents que tenen càrregues familiars. Aquests autors insten a la valoració de la situació i el seguiment dels fills de dones addictes.



## Conclusions

Les diferents circumstàncies que viuen les dones en els diferents països del món, es reflecteixen en la seva forma d'afrontar els problemes relacionats amb les drogues. Com ja hem vist, la situació de la dona drogodependent en la nostra societat segueix en desenvolupament, ja que encara no es presta suficient atenció a les seves necessitats específiques. Tot i que la nostra societat tendeix cada vegada més a la igualtat en els diferents rols de gènere, observem altrament una masculinització important en matèria de drogodependències. És per aquest motiu, que creiem que és necessari insistir en l'estudi i en el coneixement de l'addicció femenina, per tal que es puguin desenvolupar més programes preventius i tractaments que tinguin en compte la importància del gènere en aquest fenomen.

A més a més, les dades epidemiològiques ens subratllen la necessitat de reconèixer aquestes diferències en l'estudi de les addiccions. D'acord amb les diferents dades que hem anat analitzant durant el treball, s'observa que el consum de drogues legals (tabac, alcohol, psicofàrmacs) per part de dones ha anat en augment durant els últims anys. Actualment, és alarmant la prevalença de consum de tot tipus de drogues per part de noies adolescents i és necessari el desenvolupament d'estratègies preventives eficaces.

És per això que creiem que és necessari insistir en l'estudi i en el coneixement de l'addicció femenina, per tal que es puguin desenvolupar més programes preventius i tractaments que tinguin en compte la importància del gènere en aquest fenomen.

És cert que el rol femení ha anat evolucionant en la nostra societat, i ja no es centra bàsicament en l'àmbit privat i en cuidar dels altres, però ¿realment la dona és percebuda amb les mateixes igualtats que l'home? Encara trobem que els rols entre homes i dones són molt diferenciats i que la societat castiga molt més la dona quan "transgredeix" quelcom que no forma part d'allò que cada rol estipula. Per tant, la nostra cultura propicia que quan alguna dona té problemes amb relació amb el consum de substàncies tendeixi a ocultar el problema i a excloure's socialment. És a dir, que els tabús socials i els estigmes culturals determinen que els problemes d'aquestes dones no siguin reconeguts per ni elles mateixes, ni pel seu entorn, ni pels professionals que podrien ajudar-les a rebre tractament.

L'androcentrisme del problema de les drogodependències situa a la dona en una posició de major vulnerabilitat. No tenir en compte les diferències existents entre els dos sexes, suposa no tenir en compte ni els factors de risc en l'inici i el manteniment de l'addicció femenina, ni les diferències biopsicosocials, ni els patrons distints de consum, ni les conseqüències específiques que es deriven, ni les barreres en l'accés al tractament, etcètera. La dona està en una posició clarament desprotegida en aquest àmbit i això facilita encara més l'empitjorament del seu problema.

Posant èmfasi a les raons per abordar el problema des d'una perspectiva de gènere, diríem que, en primer lloc s'observen uns patrons de consum diferenciats entre ambdós sexes. En segon lloc, les motivacions que porten a l'inici i al manteniment del consum de les diferents drogues no sempre coincideixen. En tercer lloc perquè hi ha factors de risc i de protecció distints i que tenen un impacte diferent en la persona depenent del seu sexe. En quart lloc, les desigualtats biològiques, psicològiques, socials i culturals que existeixen entre homes i dones, exigeixen que les estratègies de tractament i de prevenció s'adaptin a elles. En últim lloc és important destacar que el curs que segueix l'addicció entre els dos sexes és diferent, i que els efectes i les conseqüències derivats de l'ús i l'abús de drogues també són distints. És a dir que no es poden oferir les mateixes estratègies i instruments de tractament i de prevenció per afrontar dues realitats molt diferents.

La mirada des del gènere clarifica la necessitat de tornar a definir les polítiques de drogues i treu a la llum les experiències de les dones en els seus contextos culturals, diferents a les dels homes. Per aquest motiu, les institucions, els professionals de l'àmbit sociosanitari, i els especialistes en prevenció i assistència en drogodependències han de prendre consciència d'aquestes diferències de gènere que es troben en l'addicció, per tal de poder iniciar i desenvolupar tot un seguit d'estratègies de manera integral que tinguin un impacte positiu en la situació en la que es troba avui en dia la dona drogodependent.

Prestar suficient atenció al gènere ens permet tenir un coneixement real de la problemàtica de les addiccions i, sobretot, permet adaptar els tractament i les estratègies preventives a les necessitats de l'individu derivades del sexe. Tal i com hem pogut observar, són nombrosos les adaptacions exclusivament femenines que es poden establir en un programa, i que generen en la dona un clima molt positiu, de confiança i seguretat, per aconseguir l'èxit en el tractament de la problemàtica. Per aquest motiu, el que hem d'aconseguir és promoure que s'inclougui aquesta

perspectiva a l'àmbit de les drogodependències per deixar enrere les desigualtats i obtenir una comprensió equitativa d'aquest fenomen social.

Insistim que és de vital importància el desenvolupament de programes específics per a la dona, o si més no, que tinguin en compte les diferències que esdevenen del gènere en sí. Amb això, s'aconseguirà fer front als factors de risc i potenciar els protectors, eliminar o disminuir les barreres d'accés al tractament, atendre les dones drogodependents embarassades o amb fills, minimitzar els danys col·laterals derivats del consum, etcètera.

Tot i la crítica realitzada, és veritat que durant els últims anys l'interès per aquest tema ha anat en augment i les investigacions que s'han dut a terme són nombroses. També s'han desenvolupat programes de tractament específics per a dones. Però tot i així, el que volem transmetre és que no ens podem adormir, hem d'entendre i acceptar que encara queda molt camí per fer en aquest àmbit perquè la dona pugui tenir les mateixes oportunitats que els homes en matèria de drogodependències.



## Bibliografía

### A) BIBLIOGRAFIA BÀSICA

BLANCO, PILAR; SIRVENT, CARLOS; PALACIOS, LEANDRO. (2005). Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas, *Salud y drogas*, Instituto de Investigación en Drogodependencias, 2005, España, vol. 5 núm. 2, p. 81-98.

BLANCO, PILAR; SIRVENT, CARLOS; VILLA MORAL, M<sup>a</sup>; LINARES, M<sup>a</sup> DEL PILAR; RIVAS, CRUZ. (2010) Psicopatología y género en adicciones. *Interpsiquis, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría*.

CASTAÑOS, MÓNICA; ET AL. (2007) *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*, Delegación del Plan Nacional sobre Drogas Edita: Instituto de la Mujer Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, España.

GREENFIELD, SHELLY; et al. (2010). Substance abuse in woman. *Psychiatric Clinic of North America*. 33(2):339-55

INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD. (2005). Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. *Madrid Salud*.

INSTITUTO DEUSTO DE DROGODEPENDENCIAS (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en drogodependencias*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto, Serie Drogodependencias, nº19

OCHOA MANGADO, EUGENIA. (2007). «Aspectos diferenciales en los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas». A: FERRANDO BUNDÍO, LAURA. *Salud mental y género en la práctica clínica*. Madrid: Ars médica, 2007, capítulo 7, pàg. 95-121.

OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LA DROGA Y EL DELITO (ONUDD). (2004). Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. *Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas*. Viena.

PALACIOS AJURIA, LEANDRO. (2000) Abordaje psicoterapéutico de la adicción femenina. I Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer. Fundación Instituto Spiral.

ROMO AVILÉS, NURIA. (2006a) «Mujeres. Mirando desde el género los usos de drogas». A: S.E.T. (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TOXICOMANÍAS). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid: Panamericana, 2006, capítulo 12.2., pàg. 522-526.

ROMO AVILÉS, NURIA; GIL GARCÍA, EUGENIA. (2006b). Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. *Trastornos Adictivos*. 2006;8(4):243-250.

SÁNCHEZ PARDO, LORENZO ET AL. (2009a) *Drogas y perspectiva de género. Documento marco*. Plan de atención integral de la mujer de Galicia, Xunta de Galicia. Extret el 22 d'Octubre de 2010, de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD\\_DocumentoMarco.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_DocumentoMarco.pdf)

SÁNCHEZ PARDO, LORENZO ET AL. (2009b). *Intervenciones sensibles a la perspectiva de género*, Plan de atención integral de la mujer de Galicia, Xunta de Galicia. Extret el 22 d'Octubre de 2010, de [http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD\\_ManualIntervenciones.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_ManualIntervenciones.pdf)

URBANO, A. Y AROSTEGI, E. (2004). *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto, Serie Drogodependencias, nº 14.

#### B) BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

BASTÓN MARTÍNEZ, EVA; ET AL. (2009). Hacia un enfoque de género en Comunidad Terapéutica, *Revista Española De Drogodependencias*, 2009, vol. 34 núm. 1, p.89-98

BECOÑA IGLESIAS, ELISARDO. (2002) Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas, *Plan Nacional Sobre Drogas*. Universidad de Santiago de Compostela. Extret el 10 de Desembre de 2010, de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>

CALAFAT, AMADOR; JUAN, MONTSE; DUCH, M<sup>a</sup> ANGELES. (2009) Intervenciones preventivas en contextos recreativos nocturnos: revisión, *Adicciones*, 2009, Vol. 21, núm. 4, p. 387-414

DE LA CRUZ, M<sup>a</sup> JOSÉ; HERRERA, ÁNGEL; EGEA, EUGENIO. (2008). *Adicciones en mujeres*. Instituto Canario de la Mujer.

DICCIONARI DE LA LLENGUA CATALANA DE L'INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS (DIEC). Consultat el 16 d'Octubre de 2010, de <http://dlc.iec.cat/>

GARCÍA-RODRÍGUEZ, OLAYA. (2009). Perspectiva de género en el inicio de consumo de tabaco: un punto de partida para la prevención, *revista española de drogodependencias*, 2009, vol. 34. Núm. 4, p. 480-502.

GENERALITAT DE CATALUNYA. (2008). Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància.

GONZÁLEZ VALLES, NIEVES. (2006) Factores psicosociales en mujeres adictas, *Avances*, documento de trabajo de la Coordinación de Investigación, Instituto de Ciencias Sociales y Administración, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, núm. 105, p. 1-17. Extret el 17 de Novembre de 2010, de <http://www.uacj.mx/dgdc/dc/publicaciones/avances/Documents/2006/Avances%20105.%20Maria%20Nieves%20Gonzalez.pdf>

INGLÉS, CÁNDIDO, ET AL. (2010) Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia, *Psicothema*, Asturias, España, 2010. Vol. 22, núm. 3, p. 376-381

- LLOPIS LLÁCER, JUAN JOSÉ ET AL. (2002). *¿Podemos hablar de una predisposición femenina? Adicción e Identidad de Género*. Grupo Europeo de Estudios de Adicción e identidad de género. IREFREA 2002 (Power point). Extret el 5 de Setembre de 2010, de [HTTP://WWW.IREFREA.ORG/INDEX.ASP?IDCONTENIDO=3793](http://www.irefrea.org/index.asp?idcontenido=3793)
- LLOPIS LLÁCER, JUAN JOSÉ ET AL. (2006). *Panorama actual de las mujeres consumidoras de sustancias en España, una visión desde la identidad de género*, IREFREA 1998-2006. Extret el 18 de Setembre de 2010, de [HTTP://WWW.INSTITUTOSPIRAL.COM/IIISYMPOSIUM/RESUMENES/JJLLOPIS.PDF](http://www.institutospiral.com/IIISYMPOSIUM/RESUMENES/JJLLOPIS.PDF)
- MORAL, M<sup>a</sup> DE LA VILLA; SIRVENT, CARLOS. (2007). Codependencia y género: Análisis explorativo de las diferencias en los factores sintomáticos del TDS-100. *Interpsiquis 2007*. Extret el 5 de Noviembre de 2010, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/29264/>
- NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). (2005). Alcohol: Un tema de salud de la mujer. Extret el 5 de Noviembre de 2010, de [http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/Women\\_Spanish.pdf](http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/WomenSpanish/Women_Spanish.pdf)
- OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED). (2009). Situación y tendencias de los problemas de drogas en España.
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS. (2009). El problema de la drogodependencia en Europa. Informe anual 2009. EMCDDA.
- ORGANITZACIÓ MUNDIAL DE LA SALUT (OMS). Género y salud mental de las mujeres. Extret el 20 d'Octubre de 2010, de <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/mujer/genderwomen.html>
- REKALDE, ANGEL Y VILCHES, CARLOS. (2003) *Drogas de ocio y perspectiva de género en la CAV*, Donostia, Comunidad Autónoma Vasca. Extret el 19 de Setembre de 2010, de <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1101RECdro.pdf>
- SÁNCHEZ PARDO, LORENZO. (2002). El consumo alcohólico en la población española. *Trastornos Adictivos*. 2002;14(1):79-97.
- TUCHMAN, ELLEN. (2010). Women and addiction: The Importance of Gender Issues in Substance Abuse Research. *Journal of Addictive Diseases*, 29:127-138.
- Jornada "Workshop: Addiccions i Dona", organitzades pel Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental; realitzades el 19 de novembre de 2010 a la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell.

## Annexes

Taula 1. Prevalences de consum de drogues en els últims 12 mesos en la població de 15-64 anys, segons sexe (%). Espanya 1995-2007.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco			55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3
Anfetaminas/ <i>speed</i>	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3	4,4	1,5
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0
Inhalables	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	5,2	4,7	9,1
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,8	4,3
Tranquilizantes sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,9
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,8

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

Taula 2. Prevalences de consum de drogues en els últims 30 dies en la població de 15-64 anys, segons sexe (%). Espanya 1995-2007.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	51,4	34,4	45,0	35,2	46,5	36,3	47,9	37,9	43,1	33,6	42,6	34,7
Alcohol	-	-	75,8	52,1	74,4	49,1	76,4	50,9	75,8	52,1	76,0	52,9	71,4	49,0
Cannabis	-	-	6,7	2,5	6,2	2,8	9,4	3,4	11,3	3,9	12,5	4,7	10,0	4,2
Éxtasis	-	-	0,5	0,1	0,3	0,2	1,3	0,3	0,5	0,2	0,9	0,3	0,6	0,2
Alucinógenos	-	-	0,	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0
Anfetaminas/ <i>speed</i>	-	-	0,4	0,1	0,4	0,2	0,9	0,2	0,4	0,1	0,6	0,2	0,4	0,1
Cocaína en polvo	-	-	1,5	0,2	1,3	0,4	2,2	0,5	1,6	0,5	2,5	0,7	2,5	0,8
Cocaína base	-	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,5	0,1
Heroína	-	-	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables	-	-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,3	6,3
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	3,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).



Taula 3. Evolució de les prevalències de consum de substàncies psicoactives entre els estudiants d'Ensenyança Secundària de 14-18 anys, segons sexe (percentatges). Espanya, 1994-2008.

	1994		1996		1998		2000		2002		2004		2006		2008	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
<b>Consumo alguna vez en la vida</b>																
Tabaco	56,6	65,1	58,9	69,4	57,4	68,5	57,1	66,7	54,6	64,7	56,6	64,1	42,0	49,8	42,2	47,0
Alcohol	84,3	84,0	84,3	84,1	85,5	86,4	78,2	77,9	75,9	77,2	81,5	82,5	78,4	80,7	80,8	81,7
Tranquilizantes*															14,2	20,4
Tranquilizantes sin**	4,8	7,4	4,5	7,6	4,4	8,2	5,2	8,6	5,0	7,9	5,8	8,1	5,8	9,2	7,7	11,0
Cannabis	23,8	18,0	28,8	24,2	31,6	27,6	36,2	30,1	40,6	34,6	45,3	40,2	38,0	34,6	37,8	32,8
Éxtasis	4,7	2,5	6,1	4,8	4,0	3,2	7,6	4,8	7,0	5,8	6,0	3,9	4,2	2,5	3,5	2,0
Alucinógenos	6,7	3,6	8,0	5,6	6,1	5,0	7,2	4,4	5,6	3,4	6,2	3,3	5,7	2,7	5,6	2,6
Anfetaminas	5,3	3,1	6,6	4,1	5,5	3,2	5,7	3,3	6,2	4,9	6,0	3,6	4,2	2,7	4,5	2,7
Cocaïna	3,1	1,9	4,0	2,8	6,5	4,4	8,4	4,5	9,0	6,4	11,3	6,8	6,8	4,7	6,3	3,8
Heroïna	0,7	0,3	0,8	0,3	1,2	0,7	0,8	0,3	0,6	0,5	1,1	0,3	1,5	0,5	1,4	0,4
I.Volàtils	4,1	2,1	4,2	2,5	5,1	3,4	5,7	3,0	4,8	2,7	5,2	2,9	4,1	2,0	3,6	1,8
GHB															1,6	0,7
<b>Consumo en los 12 últimos meses</b>																
Tabaco															36,0	40,1
Alcohol	82,8	82,7	82,3	82,5	83,0	84,5	77,3	77,3	74,9	76,3	80,6	81,5	73,4	76,3	71,5	74,2
Tranquilizantes*	3,2	5,6	3,2	5,8	3,3	5,9	3,5	6,6	3,2	5,7	4,0	5,5	3,7	5,8	8,1	12,1
Tranquilizantes sin**															4,6	6,8
Cannabis	21,2	15,2	25,9	21,1	28,2	23,5	32,2	25,2	36,2	29,8	39,4	33,7	31,6	28,2	33,5	27,5
Éxtasis	4,2	2,2	4,8	3,5	2,9	2,1	6,4	3,9	4,7	3,8	3,3	1,9	3,3	1,6	2,6	1,3
Alucinógenos	5,7	3,1	6,9	4,5	4,8	3,2	5,5	2,9	4,4	2,0	4,4	1,8	4,1	1,6	3,9	1,7
Anfetaminas	4,4	2,5	5,5	3,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,8	3,4	4,3	2,3	3,3	2,0	3,2	1,8
Cocaïna	2,3	1,2	3,3	2,2	5,4	3,6	6,4	3,1	7,5	5,1	9,4	5,1	5,2	3,1	4,9	2,4
Heroïna	0,5	0,2	0,6	0,2	0,8	0,5	0,7	0,1	0,4	0,2	0,8	0,1	1,2	0,3	1,1	0,4
I.Volàtils	2,5	1,3	2,4	1,7	3,3	2,0	3,3	1,8	3,0	1,5	3,0	1,4	2,6	1,1	2,3	1,0
GHB															1,2	0,4
<b>Consumo en los últimos 30 días</b>																
Tabaco	26,0	36,3	26,2	38,1	25,5	37,6	27,3	37,1	25,0	33,4	32,9	41,9	24,8	30,6	30,9	33,8
Alcohol	75,3	74,9	66,8	66,7	67,5	68,5	60,4	59,9	56,7	55,4	65,5	65,7	58,1	58,0	57,7	59,4
Tranquilizantes*															4,0	6,1
Tranquilizantes sin**	1,9	3,3	1,5	2,9	1,5	3,0	1,7	3,4	1,7	3,1	1,8	3,0	2,0	2,8	2,4	3,3
Cannabis	15,1	9,8	18,4	13,2	20,3	14,5	24,5	16,9	28,5	19,6	28,3	22,0	22,3	18,0	23,0	17,2
Éxtasis	2,9	1,4	2,8	1,9	1,9	1,3	3,8	1,7	2,1	1,6	1,9	1,0	2,1	0,7	1,5	0,6
Alucinógenos	3,6	1,7	3,8	1,9	2,6	1,5	2,6	1,3	1,8	0,7	2,3	0,7	2,0	0,7	1,7	0,7
Anfetaminas	2,9	1,6	3,2	2,0	2,7	1,5	2,6	1,4	2,5	1,5	2,7	1,0	2,0	1,0	1,5	0,8
Cocaïna	1,4	0,7	2,1	1,2	3,2	1,8	3,4	1,5	3,7	2,8	5,1	2,6	3,1	1,6	2,7	1,2
Heroïna	0,4	0,1	0,4	0,1	0,6	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2	0,7	0,1	0,9	0,2	0,8	0,3
I.Volàtils	1,5	0,8	1,5	1,0	2,2	1,5	1,8	1,1	1,5	0,8	1,6	0,7	1,7	0,6	1,4	0,5
GHB															0,8	0,3

\* Tranquilizantes o pastillas para dormir.

\*\* Tranquilizantes o pastillas para dormir sin receta.

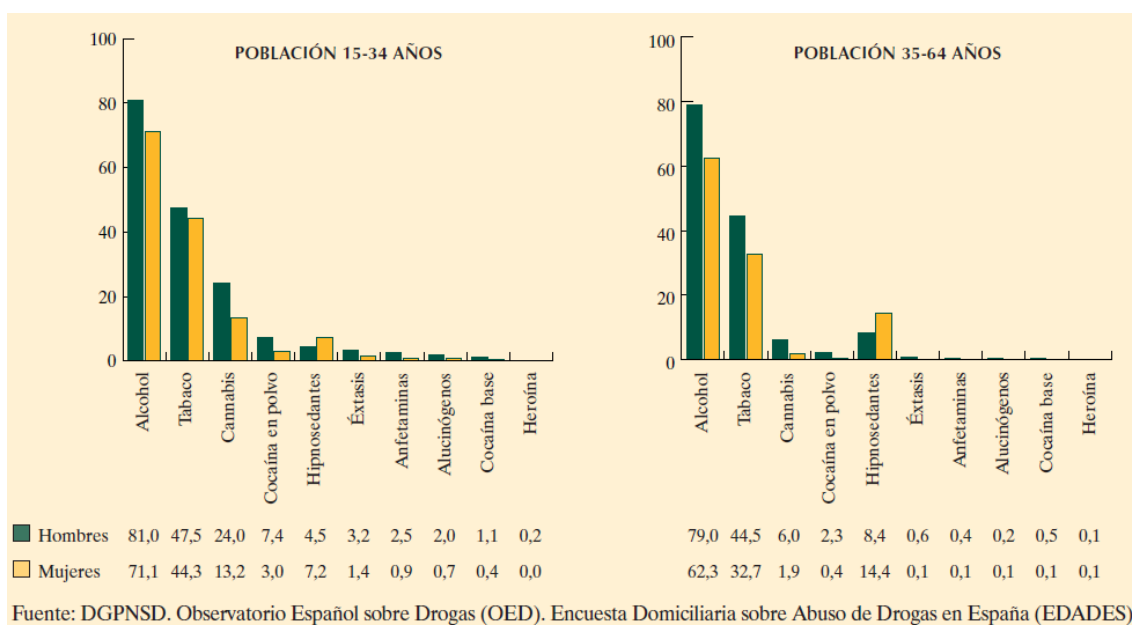
Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Taula 4. Prevalences del consum de hipnosedants segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.

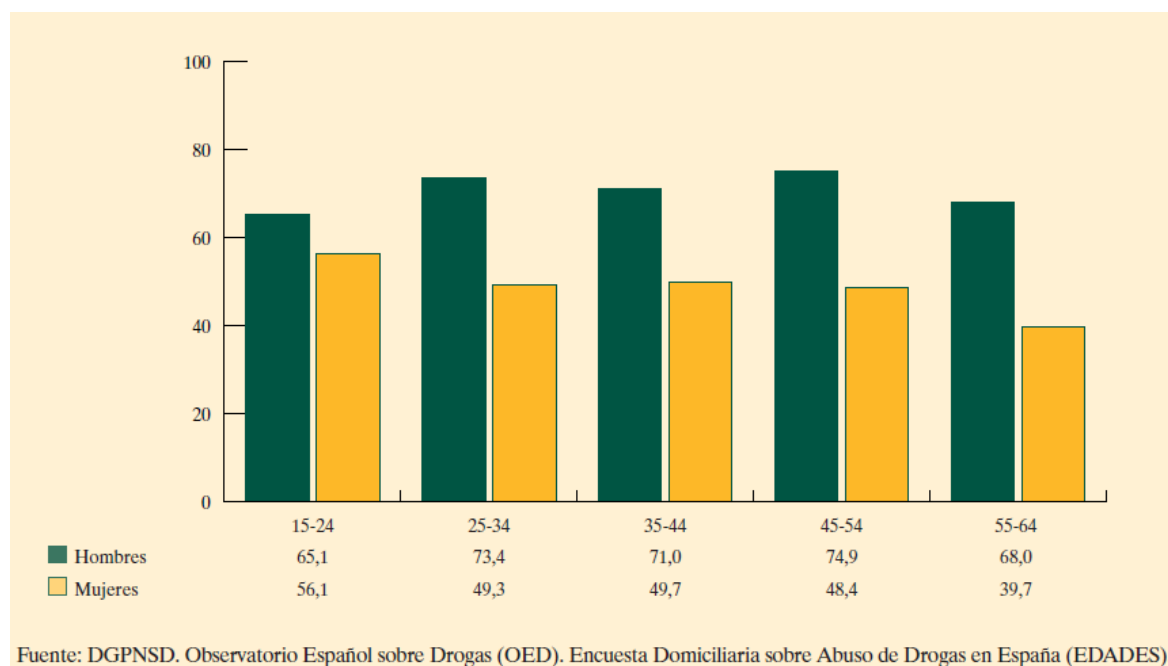
	HOMBRE			MUJER			TOTAL		
	15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total	15-34 años	35-64 años	Total
<b>Tranquilizantes</b>									
Alguna vez	6,8	12,4	9,5	11,9	20,7	16,7	8,8	16	13
Últimos 12 meses	3,8	6,3	4,7	6,2	11,6	9,1	4,4	8,4	6,9
Últimos 30 días	1,6	4,4	3,3	3,3	8	6,3	2,5	6,2	4,7
Diario	0,6	2,3	1,6	1,4	5,1	3,6	1,0	3,7	2,6
<b>Somníferos</b>									
Alguna vez	3,3	6,8	5	4,8	9,1	7	3,7	7,6	6
Últimos 12 meses	1,8	4	2,8	2,6	5,8	4,3	1,8	4,6	3,8
Últimos 30 días	0,9	2,8	2	1,3	4,2	3,1	1	3,6	2,5
Diario	0,2	1,1	0,8	0,4	2,2	1,5	0,3	1,7	1,1
<b>Hipnosedantes</b>									
Alguna vez	8	15,3	12,2	13,5	23,9	19,6	10,6	19,6	15,4
Últimos 12 meses	4,5	8,4	6,8	7,2	14,4	11,5	5,8	11,4	8,6
Últimos 30 días	2,1	5,9	4,3	3,7	10,2	7,6	2,8	8,1	5,9
Diario	0,7	2,8	1,9	1,6	6,1	4,2	1,1	4,4	3,1

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES).

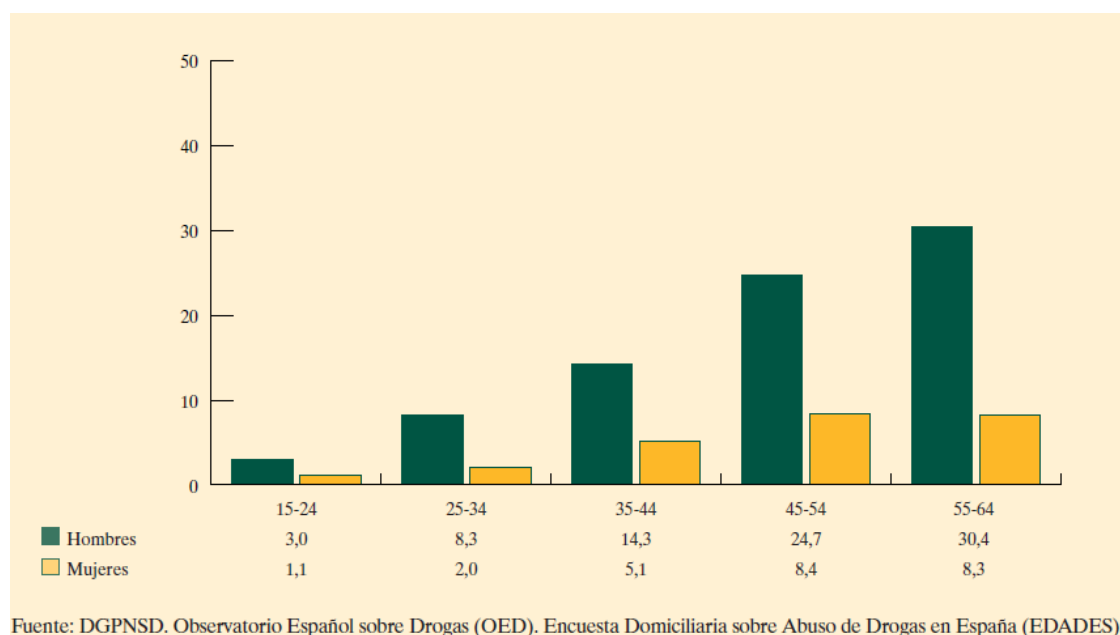
Gràfic 1. Proporción de la población de 15-34 años i de 35-64 años que ha usat drogues ens els últims 12 mesos. EDADES 2007, Espanya.



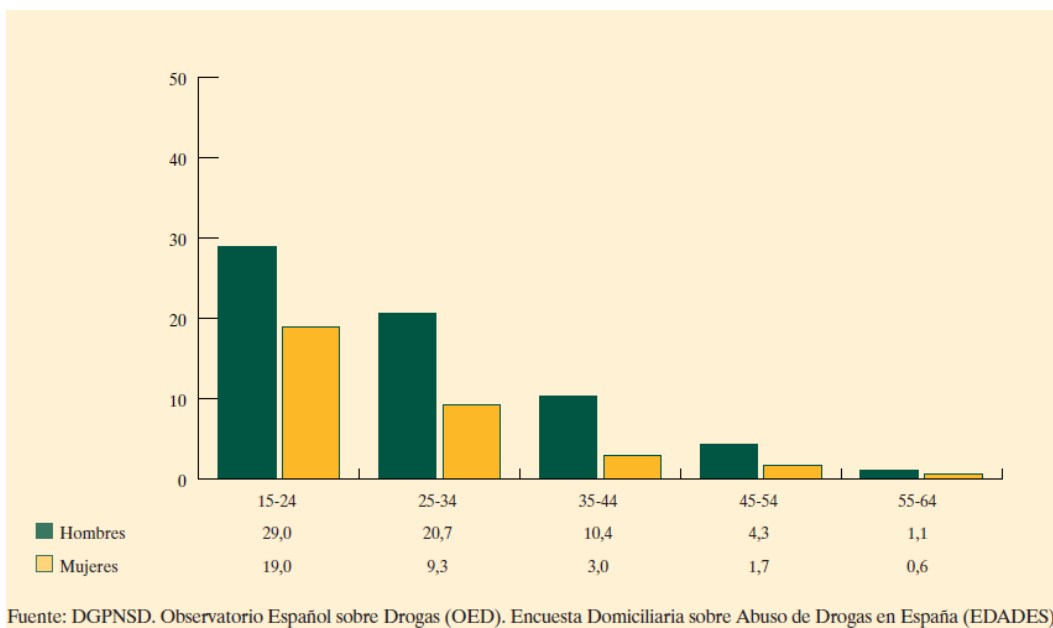
Gràfic 2. Prevalença del consum d'alcohol en els últims 30 dies, segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.



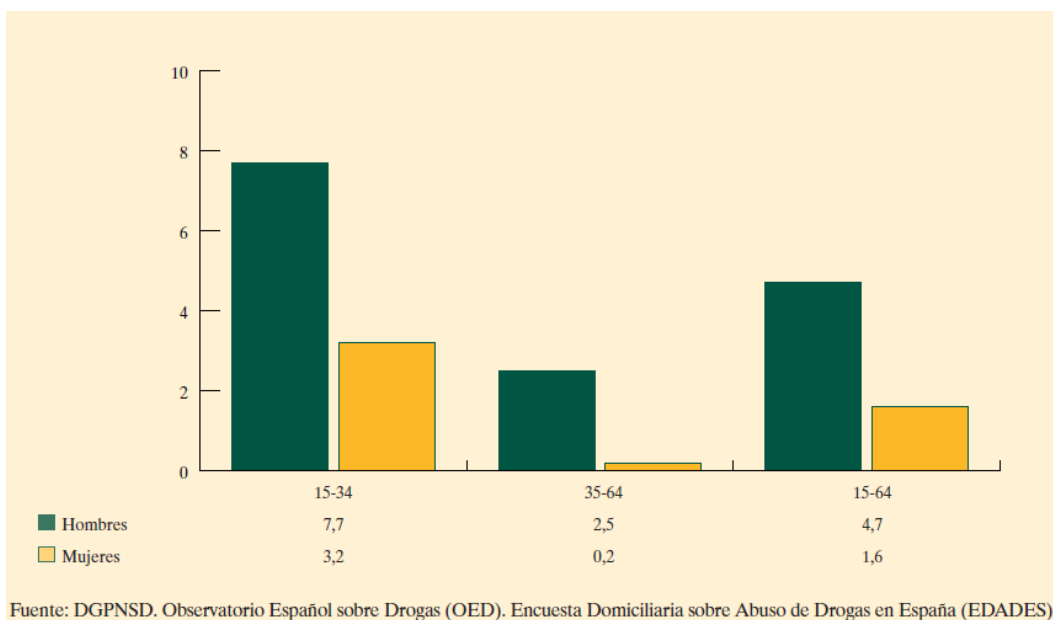
Gràfic 3. Prevalença del consum d'alcohol diari en la població de 15-64 anys, segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.



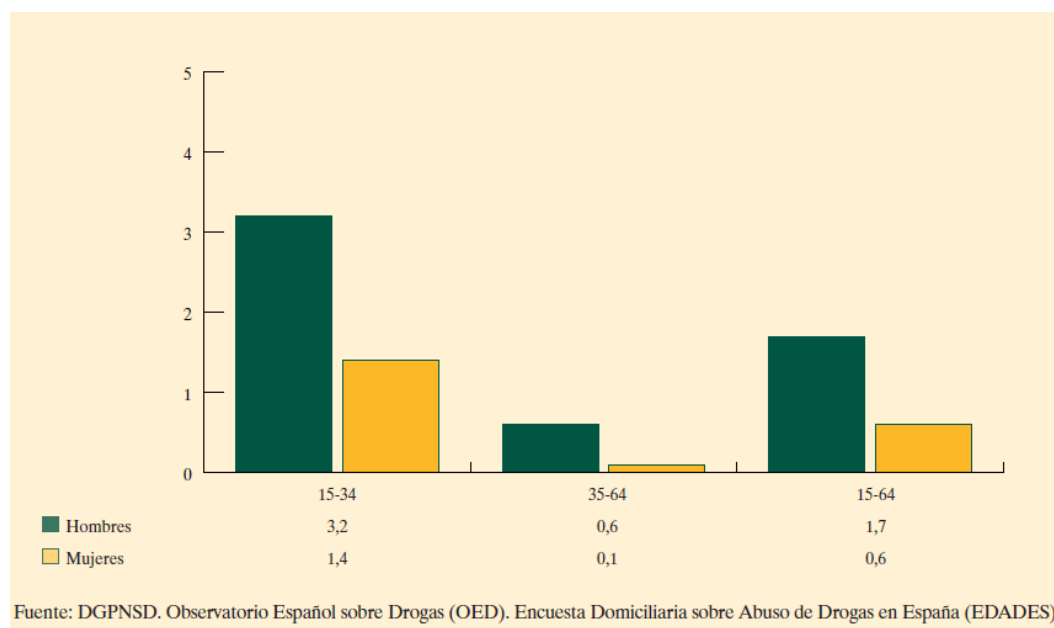
Gràfic 4. Prevalença del consum de cànnabis en els últims 12 mesos en la població de 15-64 anys, segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.



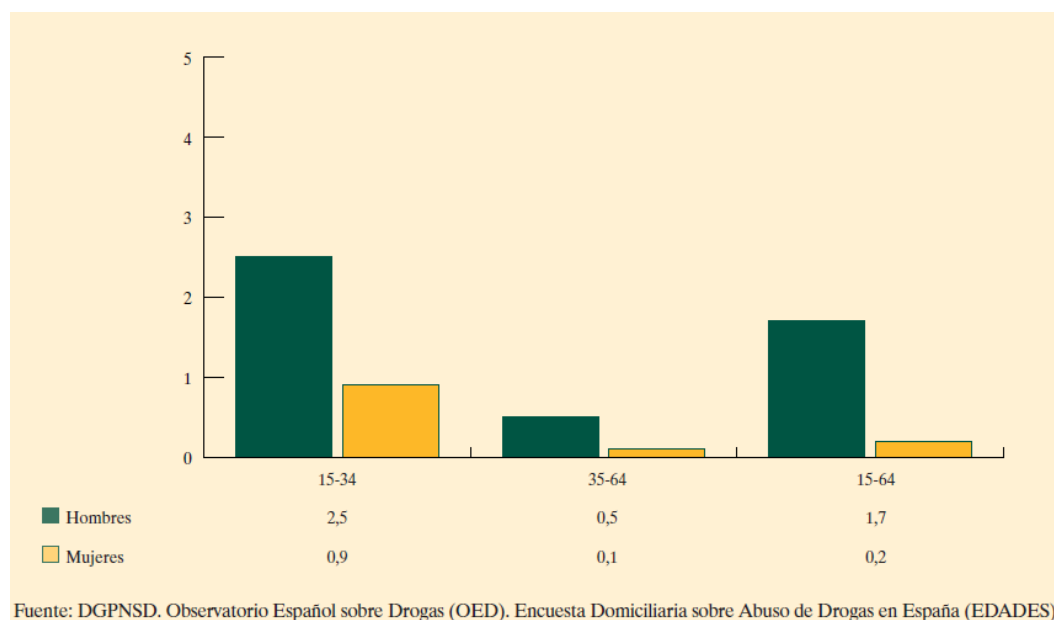
Gràfic 5. Prevalença del consum de cocaïna en els últims 12 mesos en la població de 15-64 anys, segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.



Gràfic 6. Prevalença del consum d'èxtasi en els últims 12 mesos en la població de 15-64 anys, segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.



Gràfic 7. Prevalença del consum d'amfetamines en els últims 12 mesos en la població de 15-64 anys, segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.



Gràfic 8. Prevalença del consum d'al·lucinògens en els últims 12 mesos segons sexe i edat (%). EDADES 2007, Espanya.

