

infonova

> revista profesional y académica sobre adicciones

Género y adicciones

Financiado por:



dianova 

Financiado por:



ASOCIACIÓN DIANOVA ESPAÑA

Calle Coslada, 18
28028, Madrid
T. (+34) 91 468 87 65
F. (+34) 91 468 87 87
dianova@dianova.es
infonova@dianova.es
www.dianova.es

Edición

Asociación Dianova España

Diseño y maquetación

Departamento de comunicación
corporativa y marketing social
Asociación Dianova España

Fotografías

En portada, fotografía ganadora del
VII Concurso de Fotografía Infonova,
realizada por Agustina López Ferrera.

Imprime

Diseño Sur, SCA.

Depósito Legal

M-5821-2014
ISSN 2341-2416

Asociación Dianova España
no comparte necesariamente las
opiniones expresadas en los artículos
publicados. Los únicos responsables
son sus propios autores/as

dianova |

Índice

CARTA DE LA DIRECCIÓN

Mercedes Mosquera y Rosa María Frías7

EDITORIAL

Antonio J. Molina8

INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL

SOBRE DROGAS9

GÉNERO Y ADICCIONES

Carme Valls-Llobet11

USO DE DROGAS, ADICCIONES Y VIOLENCIA DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO

Patricia Martínez.....23

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE DROGODEPENDENCIAS

Gisela Hansen Rodríguez35

ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Claudia Céspedes, Magaly Galaz, Gloria Leiva,
Fabiola Norambuena y Natalie Arriagada50

Índice

TALLERES PSICOFLAMENCOS: PROGRAMA DE DESARROLLO SOCIOAFECTIVO Y DE EMPODERAMIENTO PARA CONTRIBUIR AL TRABAJO TERAPÉUTICO REALIZADO CON DROGODEPENDIENTES

Roser Vicente.....55

ENFOQUE DE GÉNERO EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA (INCLUYENDO CONDUCTAS ADICTIVAS, MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CENTROS ESPECÍFICOS DE PROTECCIÓN.)

Asociación Dianova España.....65

DROGAS Y GÉNERO EN CONTEXTOS DE ENCIERRO: MUJERES ENCARCELADAS Y CONSUMOS DE DROGAS

Estibaliz de Miguel.....75

LIDERAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

Felisa Pérez Antón84

PROTOCOLO DE LA INTERVENCIÓN EN LOS CAD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Ruth Olmos90

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO.....94

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR.....98

CARTA DE LA DIRECCIÓN



Mercedes Mosquera y Rosa María Frías

Directora de acción social. Coordinadora/
Directora de área gestión de personas
Asociación Dianova España.

Desde Asociación Dianova España hemos realizado un decidido esfuerzo por profundizar en el enfoque de género en el desarrollo de todos nuestros programas y proyectos.

En este contexto, presentamos un nuevo número de nuestra revista Infonova, cofinanciada por el Plan Nacional sobre Drogas, dedicado a analizar desde diversas perspectivas las diferencias de género que pueden darse en las conductas adictivas, sus causas y consecuencias.

Quisiéramos recordar a este respecto el pronunciamiento de la Red Dianova, de la que nuestra asociación forma parte:

“El abuso de sustancias es una de las causas principales de la violencia contra las mujeres: las adicciones hacen a las mujeres más vulnerables ante la violencia física y sexual, la explotación y los abusos psicológicos. Del mismo modo, las implicaciones para la salud pública relacionadas con el abuso de drogas afectan más a las mujeres vulnerables.

Una educación de base en temas de salud pública, salud sexual, reproductiva y materna, así como la promoción de programas de prevención de las adicciones, puede ayudar a reducir la vulnerabilidad de las mujeres frente a las adicciones.

En cuanto a la prevención, también se comprobó que el acceso a la información y educación, así como las medidas de soporte comunitario a nivel

local, pueden ayudar a promover la igualdad de género, reducir la violencia contra las mujeres y valorar su contribución a la familia, comunidad y sociedad. Además, estas medidas son susceptibles de reducir el número de mujeres con consumo problemático y/o involucradas en el tráfico de drogas, debido a situaciones de abuso o por la falta de oportunidades de educación y empleo.

En cuanto al tratamiento de las adicciones, Dianova estima que es esencial luchar contra la discriminación y facilitar el acceso de las mujeres a programas de rehabilitación.

Los programas deben tener en cuenta las necesidades específicas de ellas, como, por ejemplo, las que tienen hijos a su cargo, proporcionándoles modalidades individualizadas de tratamiento, seguimiento y reinserción. Por último, es importante fomentar la investigación en temas de desarrollo, adicciones y mujeres con el fin de obtener una visión actualizada de la relación entre estos temas y hacer frente a desafíos cada vez más complejos”.

De todo ello tratan las páginas que siguen. Invitamos a su lectura con la esperanza de contribuir así a la reflexión, el debate y la acción en esta materia.

Porque sólo un enfoque que tenga en cuenta las variables de género podrá abordar de manera integral el poliédrico problema de las adicciones.

EDITORIAL

Antonio J. Molina

Coordinador terapéutico
Asociación Dianova España.

Nos encontramos en un momento en que las relaciones de igualdad entre géneros se están revisando y actualizando, con una enorme corriente social que exige una adecuación de las políticas a las nuevas realidades. Este número de Infonova viene a reflejar la necesaria introducción del enfoque de género en las problemáticas relacionadas con las conductas adictivas.

Contamos para ello con el trabajo de un grupo de investigadoras con conocimientos y experiencia en diferentes ámbitos de la intervención con personas con trastornos adictivos que nos muestran desde distintos ámbitos la relevancia y adecuación de los aspectos diferenciales de género en la investigación, la prevención y el tratamiento de mujeres con problemas relacionados con las adicciones.

En primer lugar, Carme Valls-Llobet nos enmarca de manera general las diferentes problemáticas vinculadas al enfoque de género y las adicciones. Continúa Patricia Martínez analizando la relación entre uso de drogas, adicciones y violencia desde la perspectiva de género.

Los siguientes artículos se centran en intervenciones específicas. Por ejemplo, Gisela Hansen escribe sobre la perspectiva de género en los programas y servicios de drogodependencias. El equipo de intervención de Dianova Chile nos muestra el tratamiento de drogas, especialmente en su dispositivo de tratamiento ambulatorio, desde una perspectiva de género. Roser Vicente, por su parte, nos muestra la novedosa experiencia del psicoflamenco aplicado al empoderamiento de las mujeres que están en tratamiento en el centro de Dianova Can Parellada, en Cataluña.

A su vez, el equipo técnico de Dianova España habla sobre una experiencia de evaluación de programas de intervención para mujeres menores de edad con problemas de conducta, especialmente con conductas adictivas de riesgo. Estibaliz de Miguel nos contextualiza la situación de las mujeres con problemas de drogas en el ámbito penitenciario y la ausencia, en muchos casos, de intervenciones adaptadas. Acerca del papel de las redes del Tercer Sector de acción social que intervienen con mujeres que presentan problemas de drogodependencias y el enfoque de género, Felisa Pérez comparte la experiencia de la red UNAD. Finalmente, el Instituto de Adicciones del ayuntamiento de Madrid reseña el “Protocolo de la intervención en los CAD ante la Violencia de Género”.

La invisibilidad de las mujeres en los tratamientos de drogodependencias y la situación desigual que sufren en los centros residenciales, los estigmas relacionados con la vivencia de adicción de las mujeres y sus consecuencias en otros ámbitos de sus vidas, el inadecuado y sesgado diseño de los programas (tradicionalmente orientados para hombres en la inmensa mayoría de los casos), la necesaria intervención específica con mujeres en contextos concretos como el ámbito penitenciario o los centros específicos para las menores con trastornos de conducta... Hablamos de temas importantes y en muchos casos ocultos, que deben ser abordados si queremos mejorar la calidad de la atención, la adecuación de los recursos y la eficacia de los tratamientos para mujeres que presentan problemas con las adicciones.

INFONOVA EN EL CONTEXTO DEL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

Asociación Dianova España cuenta con una amplia trayectoria de colaboración con el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, administración que apoya anualmente el funcionamiento de la entidad, a través de la convocatoria para la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, para la realización de programas supracomunitarios sobre adicciones. Esta labor se enmarca dentro de las competencias de la mencionada administración, tal y como puede apreciarse en su página web:

“Corresponde a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas las funciones de dirección, impulso, coordinación general y supervisión de los servicios encargados de la actualización y ejecución del Plan Nacional sobre Drogas. En el ámbito de las competencias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, bajo la superior dirección del Secretario de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, asume el impulso de las políticas de reducción de la demanda del consumo de drogas y de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños”.

La revista Infonova es una publicación periódica editada por Asociación Dianova España que cuenta con el apoyo de la Delegación de Gobierno sobre el Plan Nacional sobre Drogas, en el marco de la convocatoria de ayudas a entidades privadas sin fines de lucro y de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico ilícito de drogas y otros delitos relacionados, en aplicación de la ley 17/2003, de 29 de mayo, para la realización de programas supracomunitarios sobre drogodependencias en el año 2017, resolución de 16 de agosto de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad (BOE. nº 203, de 24 de agosto de 2017).

Infonova es una iniciativa que se inscribe dentro del Plan de Acción sobre Drogas 2013-2016, dentro del eje 4 de intervención “Mejora del conocimiento básico y aplicado”, correspondiendo a la acción número 27 “mejora de la difusión de los datos del sistema de información”, que tiene como destinatarios a profesionales, ONG, instituciones y población en general.

Financiado por:



dianova | 

GÉNERO Y ADICCIONES

GENDER AND ADDICTIONS

RESUMEN

Las adicciones a alcohol, tabaco y drogas y las conductas adictivas relacionadas con las nuevas tecnologías, con el juego, el ejercicio el sexo, o la comida compulsiva han sido estudiadas sin tener en cuenta si existen diferencias en el consumo, o si existen razones biológicas, o sociales, que hagan más dependientes a hombres o mujeres. El consumo de psicofármacos es de predominio en mujeres, recetados por los profesionales médicos. Es necesario mejorar la investigación en la farmacocinética diferencial y en el modo en que el proceso de las adicciones afecta de forma diferente a mujeres y hombres.

PALABRAS CLAVE

Adicción comportamental, internet, concepto, tratamiento, prevención.

ABSTRACT

Addictions to alcohol, tobacco and drugs and addictive behaviors related to new technologies, gambling, sex exercise, or compulsive food have been studied regardless of whether there are differences in consumption, or if there are reasons Biological, or social, that make men or women more dependent. The use of psychopharmaceuticals is predominance in women, prescribed by medical professionals. It is necessary to improve the research in the differential pharmacokinetics and in the way in which the process of the addictions affects in a different way to women and men.

KEY WORDS

Behavioral addiction, internet, concept, treatment, prevention.

CARME VALLS-LLOBET

Licenciada en Medicina. Directora del Programa Mujeres, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas y Sanitarios).

La adicción se define como un hábito o conducta de consumo de drogas o fármacos, o desarrollo de conductas anómalas, del que no se puede prescindir o resulta muy difícil hacerlo porque han producido dependencia psicológica y/o biológica. En este artículo revisaré si en el consumo de sustancias psicoactivas o sedantes para modificar el estado de ánimo y de conducta, las conductas adictivas, y el consumo de psicofármacos, existen diferencias significativas entre mujeres y hombres.

El alcohol en sus diversas formas, el tabaco y las drogas han sido las principales causas de adicción en casi todas las sociedades, aunque principalmente en las de alto poder adquisitivo. Pero existen un gran número de conductas adictivas que generan distorsión en la salud de quien se siente compulsivamente motivado a desarrollarlas como la adicción a los juegos en general, al consumo de determinados alimentos, al consumo Internet, a videojuegos, a las redes sociales, al deporte, al sexo compulsivo y las adicciones amorosas hacia parejas que son nefastas para el propio desarrollo personal, y la adicción al trabajo.

¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL CONSUMO DE DROGAS?

Aunque en general las adicciones han sido más frecuentes entre el sexo masculino, no se conocen razones biológicas, sino más bien sociales. La mayoría de adicciones sean alcohol, al tabaco o a las drogas, son costosas y el poder adquisitivo de las mujeres ha sido más bajo que el de los hombres en todas las culturas hasta el momento actual. A igualdad de condiciones económicas se está comprobando que las dependencias pueden ser iguales entre mujeres y hombres, o incluso superiores en las mujeres.

Cuando se han analizado las conductas de las personas para superar las situaciones que les producen estrés, una de las primeras características comunes a diversas situaciones es la adopción de algún tipo de adicción que en cierta manera sude el estado de agitación, angustia o ansiedad que la situación de estrés ha producido. En relación a las

situaciones de estrés laboral o afectivo, son las adicciones al tabaco, o al alcohol las más frecuentes.

También en un primer momento de inseguridad frente a la vida o frente al trabajo, las adicciones han sido una forma de dar un cierto grado de seguridad aparente. En el caso de la entrada en la adolescencia en una sociedad que no acompaña a la transición de los adolescentes a la vida adulta, iniciarse en el tabaco ha sido una forma de imitar el mundo de los varones “aparentemente seguros y viriles” y para las mujeres una forma de imitar el mundo masculino y sentirse también más seguras. Las imágenes cinematográficas han contribuido a esta falsa sensación de seguridad, ya que hemos de recordar que en todas las películas de los años 60 y 70 las protagonistas fumaban de manera sensual o decidida, dejando de lado las imágenes de niñas-adolescentes y mojígatas. En cierto modo el alcohol o el tabaco han sido formas de entrar en la aventura de la vida y como tal aventura se han iniciado los primeros contactos. Después ha sido el fumar cannabis “para probar” o el consumir “éxtasis”, cocaína u otras drogas para estar entonado, y combatir el cansancio de estar de pie y bailando durante toda la noche. Lo que se inicia como un juego, se acaba convirtiendo en una dependencia y en la imposibilidad de aparentar divertirse sin el consumo de alcohol o drogas. El hecho de que este consumo se haya convertido en un negocio de las mafias internacionales al ser consideradas ilegales estas drogas ha favorecido, el consumo, porque todo lo prohibido es mucho más atractivo para la juventud.

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE MUJERES Y HOMBRES?

El Observatorio Nacional sobre Drogas alertó ya en abril del 2001 en España que el consumo abusivo de alcohol entre las chicas de 15 a 19 años se incrementó desde 1998 de un 37% a un 51%, superando en seis puntos a los chicos de la misma edad. Los datos se obtuvieron de más de 20.000 entrevistas realizadas por el Plan Nacional sobre Drogas, y fueron atribuidos por sus promotores al “deseo por

parte de las adolescentes de ser como los chicos o incluso pasarse”, y el consumo se centra en los finales de semana, y afecta a unos 700.000 chicos y chicas de los que unos 180.000 llegan a emborracharse semanalmente. Siguiendo el informe 2017 del Observatorio en el último año, el alcohol ha sido la sustancia psicoactiva más consumida, el 77,6% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 62,1% en los últimos 30 días y el 9,3% diariamente en los últimos 30 días. La prevalencia de consumo de alcohol mantiene una tendencia estable y en niveles altos desde la década de los 90. Se señala una tendencia descendente del consumo diario de alcohol. En el informe publicado en diciembre de 2018 por el Observatorio Nacional el consumo del alcohol afecta al 81% de hombres y 69 % entre mujeres.

En cuanto al consumo intensivo, se ha emborrachado el 16,8% de los españoles de 15 a 64 años; tendencia descendente desde 2009, aunque sigue en niveles elevados. Las borracheras se encuentran más extendidas en el grupo masculino y se concentran entre los 15 y los 34 años, un 58% de hombres, frente a 42% de mujeres. El consumo en atracón de alcohol (binge drinking) mantiene una tendencia ascendente desde 2009. Así, en 2015, el 17,8% ha consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días. Este patrón de consumo se encuentra más extendido en el grupo masculino y se concentra en el grupo de jóvenes de 15 a 34 años. Ya en 2013 un 35% de estudiantes adolescentes en España de 14-18 años declara haberse emborrachado al menos una vez en el último mes. Cifras que son de las más altas registradas en los estudios internacionales. (Villalbí 2013). En 2018 el 18,4% de jóvenes declaran haberse emborrachado y el 12,4% de mujeres jóvenes.

En estudio por Paola Pedrelli y colaboradores (Pedrelli 2018) entre estudiantes de bachillerato en Estados Unidos, estudia si hay diferencias entre mujeres en el consumo en exceso de alcohol. Constatan que aproximadamente el 48% de adultos jóvenes de 18 a 24 años, se emborrachan con frecuencia, una conducta que en esta población se asocia con un riesgo elevado de lesiones físicas, agresiones físicas y sexuales, progresión a consumo de otras sustancias y muerte. Los autores investi-

garon si había relación entre la tolerancia al estrés y la reactividad emocional a las frustraciones con irritabilidad entre estudiantes que no padecían depresión, y la tendencia a beber compulsivamente. Los resultados demostraron que la intolerancia al estrés y agotamiento, fue un predictor de la tendencia a emborracharse entre mujeres.

El Instituto de la Mujer reveló también que unas 850.000 españolas consumen habitualmente alcohol, en exceso, lo que significa que cada día beben el equivalente a un litro y medio de cerveza, un litro de vino o dos copas con alcohol de alta graduación como vodka o whisky. El consumo abusivo de alcohol desde edades tempranas tiene un efecto negativo sobre la esperanza de vida de la población e incrementa la mortalidad por enfermedades relacionadas con el alcohol, aunque era difícil atribuir la mortalidad al alcohol porque la mayoría de estudios se realizaba a partir de casos clínicos o de estudios epidemiológicos pequeños que no abarcaban toda la mortalidad de una población y no se tenían en cuenta las diferencias según edad y sexo.

Las enfermedades directamente atribuibles al alcohol son: el síndrome de dependencia, las psicosis alcohólicas, la cardiomiopatía, las enfermedades hepáticas, las enfermedades de páncreas, y otras. Entre las enfermedades que indirectamente se atribuyen están: los cánceres de esófago, y estómago y vías digestivas, la cardiopatías por isquemia coronaria (infartos de miocardio), las hemorragias cerebrales, ictus, o enfermedades infecciosas como neumonías, y gripes que acaban con la vida por encontrar a las personas con las defensas debilitadas.

La mortalidad derivada del consumo de alcohol presenta un pico entre los 60-64 años entre hombres y entre los 50-54 años entre las mujeres. Se debe señalar que, aunque el número global de muertes es superior entre hombres, la edad media de muertes se produce diez años antes entre las mujeres. Aunque la causa de esta notable diferencia de edad entre ambos sexos no se ha establecido con claridad, podría deberse a que por razones biológicas el consumo de alcohol produce un pico más temprano en sangre en el sexo femenino, y con la misma cantidad de ingesta en la mujer se produce un doble efecto

Dado que los datos del consumo de alcohol son desconocidos en muchos países y que las mujeres tienden a ocultar dicha adicción, por no ser socialmente aceptada, permanece invisible, por lo que no se conoce si algunas muertes por enfermedad cardiovascular o por cáncer de vías digestivas de mujeres se deban al alcohol. Una “mujer alcohólica” es más estigmatizada socialmente que un hombre alcohólico. La mejoría en la forma en que se realizan los certificados de defunción y los datos que contienen podrían ser buenos indicadores de este problema que afecta a la salud pública de las poblaciones. En ocasiones se asocia la mujer alcohólica a la prostitución, o se arguye a las normas sociales para decir que el alcohol o las drogas producirán más problemas a las mujeres que a los hombres, en su papel de cuidadoras y madres nutricias, o porque las desinhibirá demasiado y “caerán en provocaciones sexuales”. Aunque se pretende que la mayoría de mujeres alcohólicas están separadas o divorciadas, estudios sociológicos han señalado que es más probable que las mujeres adictas al alcohol estén casadas que los hombres.

Desde el punto de vista biológico hay que señalar que la menor proporción de agua respecto al peso total en las mujeres provoca una metabolización diferente del alcohol y de las drogas. A igualdad de peso las mujeres presentan un pico más alto de concentraciones de alcohol en sangre, con doble de absorción a igualdad de cantidad bebida y la eliminación del alcohol en sangre es mucho más lenta que en los hombres. Esta lentitud en la metabolización crea una situación de posible toxicidad acumulativa con otras sustancias, sobre todo los psicofármacos. El metabolismo del alcohol en el sexo femenino tiende a sobrecargar la función hepática, alterar la metabolización de los estrógenos y como consecuencia producir un hiperestrogenismo, con aumento de sangrado menstrual, y tendencia a incrementar el cáncer de mama. Se producen más anemias macrocíticas y tendencia a las trombosis por la disminución del ácido fólico, que en algunas mujeres predispuestas produce incrementos de homocisteína, que aumenta el riesgo de trombosis. El sistema mesocorticolímbico, en el cerebro, es especialmente susceptible a los efectos del alcoholismo crónico y la investigadora Ana María

Rivas-Grajales y colaboradores (Rivas-Grajales et al. 2018) en estudio multidisciplinar realizado en Boston (USA) demuestran diferencias en datos recogidos por resonancia magnética. Los hombres alcohólicos tienen menos anisotropía fraccional, y mayor difusibilidad radial que los hombres sanos; por el contrario, las mujeres alcohólicas, presentaban una mayor anisotropía fraccional y menor difusibilidad radial que las mujeres que no eran alcohólicas, lo que refuerza el Síndrome de deficiencia de Recompensa, y plantea la necesidad de estrategias diferenciales para tratar la dependencia del alcohol entre mujeres y hombres.

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE MUJERES Y HOMBRES EN EL CONSUMO DEL TABACO?

La frecuencia de mujeres fumadoras en la Unión Europea se ha incrementado de forma espectacular desde la segunda guerra mundial. Las muertes por tabaquismo femenino se han incrementado y se han triplicado las muertes por cáncer de pulmón en los últimos veinte años. Si no se toman las medidas adecuadas el incremento de mortalidad y morbilidad será alto en las próximas décadas como advierte la Dra Dolors Marín, Change Agent (Agente para el Cambio) para España de la Tobacco Free Initiative de la OMS. En Estados Unidos donde más de tres generaciones de mujeres han estado fumando la mortalidad por cáncer de pulmón ya ha superado la del cáncer de mama.

La OMS estima una población fumadora de 1.100 millones de fumadores en el mundo de los cuales un 82% viven en países de economías medias y bajas. A pesar de las incipientes campañas el cese de la adicción es muy bajo y existe la previsión de que la mortalidad por tabaco pasará de los 5 millones de muertes evitables actualmente a 10 millones en el año 2030. Un 70% de estas muertes se producirá en los países con economías menos desarrolladas, ya que el tabaco y la pobreza van cada día más unidos. La pobreza, junto a un bajo nivel educativo, van a ser las características de la mayoría de víctimas del tabaquismo. El tabaco por ejemplo es el responsable de la mitad de muertes por tuberculosis en la India.

Según la Encuesta Nacional de Sanidad, ha aumentado el número de fumadores entre mayores de 16 años hasta un 34%, y aunque los chicos han disminuido un 12% las mujeres han aumentado un 5%. La mayoría de fumadores en España se encuentran entre hombres de 25 a 54 años, de los que la mitad fuman. Entre las mujeres la mayoría de fumadoras se encuentra entre 25 a 44 años, y entre las adolescentes de 17 a 19 años un 37% fuman de forma habitual, siendo el país europeo con un índice más elevado de fumadoras adolescentes. En la última encuesta de 2018 del Plan Nacional sobre Drogas, el consumo de tabaco ha aumentado ligeramente de 40,2 a 40,9. En términos evolutivos, ha de destacarse que esta diferencia ha pasado de ser de 9 puntos en 2005 a no superar el punto porcentual en 2017 debido, sobre todo, al progresivo descenso del porcentaje de consumidores de tabaco en el grupo de 15 a 34 años. La diferencia se mantiene en niveles similares a los observados en 2015.

Según datos de la Encuesta de Salud de Barcelona, la población de la ciudad fumadora es un 35,3% en los varones, y de 22,9% en las mujeres. Las mujeres de 15 a 24 años fuman en la misma proporción que los varones. Este estudio analiza también si ha y diferencias en el abandono. Las mujeres de clase media y alta que fueron las que iniciaron el consumo, son las que lideran el abandono como ha ocurrido con los varones.

La mortalidad derivada del tabaco en España ha aumentado un 12% en la población masculina y un 30% en la femenina, siendo la previsión que el cáncer de pulmón supere al de mama como ha ocurrido en Estados Unidos. A igualdad de tabaco fumado las mujeres son el doble de vulnerables al cáncer de pulmón que los hombres, tanto por el tabaquismo activo como por el pasivo.

La exposición pasiva al humo del tabaco incrementa el riesgo al cáncer de pulmón. Un 20 % entre las esposas de maridos fumadores, un 25 % si la exposición es en los lugares de trabajo, y un 26% si es en los tiempos de ocio o relaciones sociales. Cuando coinciden los tres factores el incremento de riesgo de las personas expuestas es de 32% comparado con las no expuestas.

“Cada muerte causada por el tabaco es evitable”

como señaló la directora de la OMS Dra Gro Harlem Brundtland cuando animó a todos los países del mundo a facilitar el proceso de negociación internacional del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo. Esta iniciativa pretende implicar a los gobiernos y los países en la lucha contra el tabaquismo. A través de agentes especializados y líneas telefónicas informativas con personal especializado, desarrollan programas especializados para dejar de fumar, consejos y programas específicos para realizar prevención, y asesoramiento jurídico para la protección legal adecuada si se emprenden acciones para conseguir espacios de trabajo SIN HUMO. Estas líneas telefónicas denominadas Quitlines han dado lugar a la Asociación Internacional de Quitlines creada en el año 1998 y financiada por la UE. Existen también Quitlines gratuitas y financiadas por los gobiernos en Canadá, Australia, Suecia, Polonia, Francia, Brasil, Dinamarca, Noruega, Países Bajos, Reino Unido... La sorpresa después de cinco años de funcionamiento ha sido que la mayoría de las llamadas recibidas han sido efectuadas por mujeres, así como el mayor número de cese del hábito de fumadoras también ha sido del sexo femenino. Este hecho abre una esperanza para la lucha contra el tabaquismo en un futuro inmediato.

¿TIENE EL TABAQUISMO EFECTOS BIOLÓGICOS DIFERENTES EN MUJERES QUE EN HOMBRES?

El tabaco tiene en el organismo de las mujeres un efecto de potenciación del metabolismo de los estrógenos que se degradan de forma rápida a la forma de 2 alfa derivados, o catecolestrógenos. Estos imitan el efecto de los neurotransmisores adrenalina y noradrenalina en el cerebro, aumentando la ansiedad y la irritabilidad, por lo que se incrementa la dependencia. La nicotina actúa inicialmente como ansiolítico pero al aumentar la irritabilidad cerebral por efecto de los catecolestrógenos, se necesita cada vez más dosis para conseguir iguales o menores efectos.

La pérdida de la oxigenación normal de los tejidos, y la disminución de los estrógenos cerebrales, in-

crementa las arrugas de la piel, producen cambios en la distribución corporal de la grasa (tendencia a distribución androgénica) y se estimula la osteoporosis. La pérdida de masa ósea de las fumadoras de un paquete diario puede ser ya de tres desviaciones Standard en mujeres de 30 años. Por lo tanto, la osteoporosis de la mujer joven fumadora debe vigilarse como un factor de riesgo precoz de las fracturas de la vida adulta y las mujeres jóvenes deberían ser advertidas de los riesgos que supone para sus huesos y también para su piel el consumo de tabaco. La pérdida de oxigenación de la piel, así como la pérdida periférica de estrógenos producen en la mujer un proceso de envejecimiento precoz de la piel con arrugas más intensas y profundas en la cara. De hecho, se puede hacer ejercicios comparativos en mujeres de la misma edad de las que fuman o no, tan solo por las arrugas del rostro.

La diferencia adictiva manifiesta se basa en el hecho de que el incremento de la ansiedad que produce el mismo tabaco entre las mujeres hace más profunda y difícil de combatir la adicción, por lo que se necesitan esfuerzos y recursos suplementarios para poder liberarse del tabaquismo entre las mujeres, como de hecho ya se está comprobando entre las mujeres menores de 20 años. Los chicos abandonan el hábito mientras que a las chicas, aunque estén convencidas de dejarlo, les cuesta mucho más. Por ello se necesitan otras aproximaciones diferenciales y argumentos que las alejen de un hábito que en este caso no diferencia del riesgo final del cáncer de pulmón, cáncer que es el que más se está incrementando en la sociedad desarrollada en los últimos veinte años entre el sexo femenino. Aunque desgraciadamente las estadísticas de mortalidad a largo plazo no sirven para disuadir a las chicas jóvenes, lo cierto es que no se deben ocultar los riesgos futuros, sino visibilizarlos, como la pérdida de la tersura de la piel, incremento de arrugas en la piel de la cara, aumento de los estados de ansiedad, incremento de osteoporosis, con pérdida de tres desviaciones estándar de masas ósea, por 10 años de fumadora de un paquete diario y una mayor tendencia a tener tos, bronquitis crónica y cáncer de pulmón. Quizás con estos datos en mente podrían valorar la necesidad y utilidad de dejar de fumar.

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS: HEROÍNA, CANNABIS, ÉXTASIS?

El cannabis es la droga ilegal más consumida en España. Los adictos se han multiplicado por 10 entre 1998 y 2000. Según el Observatorio Nacional sobre la Droga en 2015, empezaron a consumir cannabis 159.000 personas de 15 a 64 años, el mayor inicio de consumo tiene lugar entre los hombres menores de 25 años, habiendo empezado a consumir 93.000 menores de 15 a 17 años. Se observa una tendencia descendente en el número de personas que han empezado a fumar cannabis con respecto a 2013. El 31,5% de la población de 15 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez; el 9,5% en el último año (2.940.000); el 7,3% en el último mes y el 2,1% diariamente en el último mes, en encuesta nacional de 2015. En la de 2018, el 7,4% del colectivo de 35 a 64 años ha consumido cannabis alguna vez en el último año, proporción que aumenta hasta el 18,3% entre los menores de 35 años. Es el cannabis la sustancia para la que se obtiene la mayor diferencia de prevalencias entre ambos sexos (el 43,6% de los hombres han consumido cannabis alguna vez en la vida frente al 26,8% de mujeres), en 2018, lo que se traduce en una diferencia de casi 17 puntos porcentuales. Evolutivamente, en esta edición se ha registrado en ambos sexos el máximo histórico de consumo de cannabis desde el año 2011.

Se estima que 497.000 personas de 15 a 64 años hacen un consumo problemático de cannabis (puntuación ≥ 4 puntos en la escala CAST), en encuesta 2017-2018, lo que se corresponde con el 2,2% de toda la población en este rango de edad. En encuesta realizada entre 3.807 estudiantes franceses, de una edad media de 20 años (Morvan 2009), el 44% había consumido cannabis por lo menos una vez en su vida, un 18% consumía cannabis una vez por semana, y un 11% consumía diariamente en períodos de su vida.

El consumo del cannabis tiene efectos secundarios que se deberían de conocer antes de consumir. El primer efecto de su consumo es el aumento de la frecuencia cardíaca en la mayoría de los casos de una a 3 horas después de su uso, lo que produce mayor riesgo de miocardiopatías en personas

predispuestas. También se produce pérdida de memoria inmediata, alteraciones del equilibrio, de la orientación espacial, dificultades para realizar tareas de coordinación motora, y dificultades para andar. Además, tiene un efecto disruptor endocrino, con atrofia de testículo en varones y alteración del ciclo menstrual en mujeres. Ya en animales de experimentación, la exposición al THC (Tetrahydrocannabinol), el principio activo de la droga recreativa, antes del nacimiento, condiciona trastornos en la memoria y el aprendizaje, con cambios estructurales en el hipocampo (la zona cerebral de la memoria). En Nueva Zelanda se ha comprobado una pérdida de 8 puntos de coeficiente intelectual, en adultos que habían consumido intensamente durante la adolescencia.

El epidemiólogo Juan Ramón Villalbí, (Villalbí 2013) al estudiar los patrones de consumo de los adolescentes, señala que hay una relación directa entre el consumo de cannabis y la incidencia posterior de trastornos psicóticos, con un exceso de riesgo de un 40%, relacionado con la dosis de THC, la frecuencia de consumo y el inicio precoz. Comprueba que una parte de los consumidores adolescente sufre efectos adversos en sus vidas, como el fracaso escolar.

François Legault, primer ministro de Quebec ya ha propuesto modificar la Ley Canadiense, acabada de aprobar, exigiendo aumentar la mayoría de edad de los compradores a 21 años, y no a los 18 años actuales, porque la Asociación Médica Canadiense, lo ha recomendado para evitar los daños en los cerebros de los adolescentes que se están formando.

Los consumidores de cocaína se han multiplicado por dos en 4 años. Diez de cada 100 jóvenes que salen de marcha la han probado alguna vez. Los españoles son los segundos consumidores de Éxtasis en Europa después de Gran Bretaña. Un 5% de los jóvenes lo toman durante los finales de semana. Muchos jóvenes mezclan cocaína con alcohol y con cannabis. En estudio realizado entre 10.985 estudiantes de medicina franceses (Fond 2018), 87,8% mujeres, los hombres fuman y consumen cannabis, éxtasis, cocaína, anfetamina, LSD, codeína y ketamina más que las mujeres. Ellas consumen más ansiolíticos y antidepresivos, son seguidas con más

frecuencia por especialistas en psiquiatría y psicología, y presentan menores niveles de calidad de vida física y mental.

¿EXISTEN CAUSAS Y CONSECUENCIAS DIFERENTES SEGÚN SEXO EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS?

En estudios comparativos entre mujeres y hombres alcohólicos o adictos a las drogas se ha observado que las mujeres experimentan más sentimientos de vergüenza, culpabilidad y depresión. En cambio, entre los hombres se producen pérdidas de empleo, accidentes, violencia interpersonal, y más detenciones policiales.

El Instituto Nacional sobre el abuso de drogas de Estados Unidos y el Instituto Nacional sobre el abuso de alcohol y alcoholismo, financió una encuesta nacional sobre adicciones en la que se completaron más de 8.038 entrevistas. Los grupos que presentan más problemas psicológicos y de conducta (dificultades en pensar con claridad, conducir de forma temeraria, discutir con familiares y amigos, pérdidas de memoria, sensaciones depresivas, ansiedad, irritabilidad y nerviosismo) son los que abusan más de las drogas sobre todo los jóvenes blancos de 18 a 25 años. Algunos subgrupos son especialmente vulnerables como por ejemplo las chicas blancas de 12 a 17 años.

Los problemas sociales son superiores entre los hombres jóvenes que entre las mujeres, y los blancos presentan más problemas que los negros o hispanos, y aumentan hasta los 35 años, disminuyendo con la edad. Los hombres presentan una mayor vulnerabilidad a padecer desajustes sociales porque también son los que más consumen alcohol, marihuana y cocaína y en cantidades importantes.

Los resultados de esta encuesta no indican una vulnerabilidad generalizada de las mujeres al alcohol y las drogas, ni tampoco dan soporte especial a las tesis de convergencia de Adler. Los resultados son más congruentes con las teorías que hacen énfasis en que los problemas psicológicos que presentan las mujeres se derivan más de la internalización de las normas y estereotipos de género que de un

efecto directo fisiológico de las drogas y del alcohol. Las mujeres que beben o son alcohólicas han sido mucho más estigmatizadas socialmente que los hombres que lo hacen.

Precisamente por ello muchas lo hacen en la soledad de sus casas y no en lugares públicos ni en los bares. Utilizan además productos de bajo costo y de baja calidad por lo que los efectos secundarios son más perjudiciales para su salud. Su adicción se asocia a libertinaje sexual o incluso a la prostitución y tienen muchas más dificultades que los hombres a rehacer su vida personal en el caso que logren vencer su adicción. La dependencia del alcohol produce en las mujeres más problemas intrapsíquicos y a los hombres más problemas sociales (Cynthia Robbins), 1989. Las mujeres buscan más a menudo tratamiento de forma voluntaria, cuando se encuentran en crisis profundas y los hombres deben ser obligados legalmente, o cuando sufren dificultades en su trabajo

¿EXISTEN DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LAS CONDUCTAS ADICTIVAS?

Las conductas adictivas incluyen a un grupo heterogéneo de acciones compulsivas que tiene la característica común de conseguir una rápida recompensa gratificante. La conducta adictiva existe cuando las acciones de una persona se hacen problemáticas para su trabajo, familia o aspectos sociales de su vida. Las tecnologías de la comunicación e información, como Internet, teléfonos móviles, y video juegos están influenciando muchas conductas y actitudes. Existen subtipos de conductas adictivas, la del juego, la de compras compulsivas, la adicción al sexo, a la comida, al trabajo.

Los estudios en la población española informan de una prevalencia que oscila entre un 3,7% a un 9,9% de personas que usan excesivamente o de forma problemática Internet, entre 2,8 y 26,1% para el uso excesivo del teléfono móvil, y entre 1,7% y 10% para el uso problemático de videojuegos. El exceso de uso de Internet aumenta la probabilidad de tener insomnio, disfunción social, depresión, ansiedad, pensamientos negativos que interfieren

con situaciones sociales, disfunción sexual, y estrés psicológico. El uso de teléfonos móviles se asocia con el exceso de consumo de alcohol, tabaquismo, depresión, fracaso escolar, ansiedad e insomnio. (Carbonell, Fúster et al.,2012)

El aumento de la prevalencia de conductas adictivas en todo el mundo y en España han incrementado las investigaciones sobre las causas y los factores de riesgo y factores protectores para desarrollar estrategias de prevención. Un reciente estudio sobre el papel de la edad y el sexo en el comienzo y duración de las conductas adictivas en España (Valero-Solís et al. 2018) han mostrado diferencias según el subtipo de adicción. Para los hombres jugadores un comienzo precoz del trastorno se asocia con mayor gravedad y dependencia, mientras que entre las mujeres que empiezan a ser adictas al juego en edad temprana, la adicción estaba más relacionada a la búsqueda de novedad. Los hombres adictos a juegos por Internet de comienzo tardío se correlacionan con la gravedad a la adicción, y un estado psicopatológico peor. Las conductas adictivas al juego son de predominio masculino. En relación a las compras compulsivas, se muestra que son de predominio en mujeres. Un inicio temprano se relacionó con puntuaciones más altas de los niveles de dependencia-recompensa, y una mayor duración se relaciona con una mayor acumulación de deudas. En el caso de compras compulsivas en hombres en edad temprana, y de larga duración, se correlacionan con pérdidas de conductas evitación, de autodirección y trascendencia de sus propias vidas. Para los hombres con adicción al sexo de comienzo tardío y de larga duración se correlacionan con una mayor gravedad del desorden. Sin embargo otros autores (Kraus, SW, Voon,V 2016) advierten que aunque existen muchas características clínicas que comparten los adictos al sexo y a otras conductas adictivas, existen todavía grandes vacíos en la investigación, para comprender si la adicción al sexo, se puede considerar una conducta adictiva.

Se ha publicado también este año, una revisión de la literatura científica sobre la adicción al ejercicio entre las personas que practican deportes de resistencia. (Nogueira A, Molinero O et al 2018). Los estudios revisados han confirmado que la práctica excesiva de ejercicio podría estimular la aparición

de problemas de salud y de conductas adictivas, aunque no se han observado diferencias por edad y sexo. Los autores plantean que todavía hay muchos problemas para delimitar, definir, y diagnosticar si este tipo de conducta, se podrá considerar en el futuro como trastornos de conducta.

La adicción a la comida o el apetito compulsivo no está tan estudiada en el capítulo de las adicciones, pero las dependencias de comidas y bebidas azucaradas están replanteando la necesidad de que se considere adicción. Quizás por ser en principio una adicción de menor coste económico, la comida compulsiva ha sido una de las adicciones de predominio en el sexo femenino. Cuando una mujer sufre situaciones estresantes, conflictos amorosos, laborales o familiares, puede adoptar estrategias compensatorias, comiendo de forma repetitiva, o alimentos dulces, o también alimentos salados. El apetito compulsivo y la obesidad subyacente se convierten en un antimétodo de combatir el estrés.

Estas crisis compulsivas pueden seguir a periodos de restricción voluntaria de los alimentos, o ya a francos periodos de anorexia. En estos casos la compulsión ya no es sólo una adicción, sino que el sistema nervioso central reacciona a la carencia repetida de alimentos y de nutrientes esenciales, sobre todo de zinc y vitamina B12, con la imperiosa necesidad de comer a veces sin poder saciarse. Se llegan a comer en dos horas el contenido de la nevera, y después se provocan el vómito. Estas situaciones se conocen con el nombre de crisis de bulimia y pueden prolongarse durante años en la vida de las mujeres, que suelen mantenerlas en secreto y que sólo una atenta mirada del profesional sanitario (médico/a o psicólogo/a) podrá detectar, ya que no acostumbran a pedir ayuda para esta adicción/compulsión que permanece invisible durante muchos años.

Para entender las causas de las adicciones de las tecnologías entre los y las adolescentes, se ha estudiado la relación de esta adicción con la Evitación de las Experiencias (EA en inglés). La EA se refiere a un constructo que ha emergido como subyacente y transdiagnóstico en una gran cantidad de problemas psicológicos. Se refiere a una estrategia autorregulada que implica esfuerzos para controlar o para escapar de estímulos negativos como pensa-

mientos, sentimientos o sensaciones que generen fuertes situaciones de estrés o angustia. En España ha sido estudiada, en relación a conductas adictivas, por el grupo de la Universidad Miguel Hernández de Elche (García Oliva & Piqueras 2016), que ha encontrado un uso más problemático de los videojuegos en los chicos que en las chicas, y una clara relación de la EA con las conductas adictivas entre adolescentes.

Muchos investigadores también se han preguntado si existen diferencias por sexo en los mecanismos neurológicos que median en la adicción y en la recompensa. Una excelente revisión, muy completa (Becker JB & Chartoff E, 2108) ha analizado 245 estudios, sobre las diferencias o sexo de cada fase de la adicción a las drogas. Las primeras observaciones ya demuestran que hasta la fecha, muchas investigaciones no han diferenciado por sexo, y que aunque hay rasgos comunes, existen diferencias por sexo en las adicciones en relación a la dopamina, los receptores de los opioides, receptores de los opioides kappa, y el factor de crecimiento neurotrófico. Los autores señalan que existe ya una sustancial evidencia de que los actuales tratamientos y psicoterapias no son ideales para ambos sexos. Se han de llenar los vacíos de ciencia de las diferencias en las adicciones, e iniciar nuevas investigaciones sobre los mecanismos que median en las adicciones en mujeres y hombres.

¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS ENTRE MUJERES Y HOMBRES?

El consumo de tranquilizantes y antidepresivos no había sido valorado como un consumo adictivo hasta que se empezó a valorar en la encuesta del Observatorio Nacional contra la Droga. Los resultados ya mostraron que del año 2005 al 2009, el consumo de tranquilizantes recetados doblaba el número de mujeres en 2005 y lo triplicaba en 2009. El consumo de somníferos era el doble entre mujeres que en hombres y los hipnosedantes administrados con recetas a mujeres aumentaron de un 7% en 2005, a un 10% de población entre 15 y 64 años. Pero la población que recibe más psicofár-

macos es la mayor de 65 años, y mayoritariamente mujeres.

Según el Observatorio nacional contra la droga en 2015, el perfil del consumidor problemático de hipnosedantes es el de una mujer entre 45 y 54 años, casada, con estudios secundarios que vive con su pareja e hijos, que trabaja o está en paro pero habiendo trabajado antes. En términos generales, aquellos que cumplen criterios de consumo problemático (según DSM-V) suelen haber sido diagnosticados en algún momento de su vida de ansiedad (43%), depresión (44,1%) y/o insomnio (29,7%). El 15,5% ha consumido alguna sustancia ilegal en los últimos 12 meses y el 11,6% ha consumido hipnosedantes sin receta en los últimos 30 días. Aunque no puedo obviar la crítica general al DSM-V que valora a todo síntoma como enfermedad mental.

En primera consulta el 25 % de las demandas son consideradas psicósomáticas si son realizadas por mujeres (Valls-Llobet 2009). En primera consulta es mucho más probable que se administren psicofármacos a las mujeres. A partir de 2003 los psicofármacos son los primeros fármacos que aumentan la factura farmacéutica en el estado español. España es el primer país del mundo que receta más psicofármacos en atención primaria, que son destinados mayoritariamente a mujeres. En Suecia los profesionales de primaria son los principales prescriptores de psicofármacos a personas mayores. Benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos son los más frecuentes. También los geriatras y los psiquiatras recetan más psicofármacos a mujeres.

Las dosis de psicofármacos también deberían analizarse con una perspectiva de género. En Noruega, en un estudio de 1.533 pacientes a los que se administraron antidepresivos, antiepilépticos y anti-psicóticos en función de edad y género (Bogwald 2012), se observó que las mujeres mayores de 65 años, aunque recibían dosis más bajas de antidepresivos tenían niveles más altos en sangre. Su conclusión fue que no se tenía en cuenta la influencia del género y la edad en la farmacocinética de los psicofármacos administrados.

Como bien señalan las especialistas en farmacología (Calvo Hernández, Gómez Lopez-Tello et al, 2013), la farmacocinética, el efecto farmacológico

y los efectos adversos de algunos fármacos pueden diferir entre hombres y mujeres debido a los diferentes factores fisiológicos y moleculares existentes en función del sexo. En algunos casos, un mayor volumen de distribución en mujeres se traduce en una mayor semivida de eliminación, acumulación del fármaco a nivel tisular y mayor incidencia de efectos adversos si no se realiza un ajuste de la dosis. La variabilidad farmacocinética tiene especial trascendencia en fármacos que presentan un estrecho índice terapéutico, así como en los utilizados en el tratamiento de patologías potencialmente mortales. Diversos estudios han demostrado que la actividad del CYP3A4 es hasta un 40% mayor en mujeres que en hombres, siendo este citocromo responsable de la biotransformación de numerosos fármacos

La proporción media de grasa corporal en el sexo femenino aumenta desde el 33% en jóvenes pos-puberales hasta el 48% en la tercera edad. Estos datos contrastan con los valores encontrados en hombres jóvenes y ancianos (18 y 36%, respectivamente). El mayor contenido de grasa corporal en la mujer conlleva, en general, un mayor volumen de distribución de agentes liposolubles tales como la ciclosporina o el diazepam. En cambio, las mujeres presentan un menor volumen de distribución para agentes hidrófilos.

Por otra parte, la unión a proteínas plasmáticas y tisulares puede afectar a la disposición de los medicamentos. Aunque la concentración de albúmina, proteína mayoritaria a la que se unen los fármacos, es independiente del sexo, la concentración de la α 1 glicoproteína ácida, una proteína a la que se unen los fármacos de carácter neutro y básico, es ligeramente más baja en mujeres, estando controlada por las hormonas sexuales circulantes.

Tanto los medicamentos anti-conceptivos como el embarazo producen una disminución de la α -1 glicoproteína ácida en plasma. En consecuencia, la fracción libre de muchos fármacos (diazepam, clordiazepóxido, imipramina, etc.) es significativamente mayor en mujeres que en hombres. Ello se traduce en una mayor cantidad de fármaco disponible en mujeres para su distribución a los tejidos.

Aunque no existe una opinión unánime en la litera-

tura, parece ser que los antipsicóticos inducen una mejoría superior a la vez que provocan más efectos secundarios en las mujeres que en los hombres. Esto en parte es debido a que la mujer posee más receptores dopaminérgicos en el córtex que el hombre; por este motivo, las mujeres también son más sensibles a la cocaína y a diferentes psicoestimulantes y al diazepam.

Sin embargo, se ha observado una mayor eficacia en mujeres de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina. Aunque las evidencias disponibles indican que las mujeres debieran recibir dosis más bajas de antidepresivos en comparación con los hombres, las guías clínicas actuales todavía no recomiendan ajustar la dosis en función del sexo. Las mujeres presentan mayor dependencia a las benzodiazepinas que el hombre, lo cual es debido a la influencia que ejercen los esteroides sobre los receptores del ácido gamma-aminobutírico.

Las diferencias de género también se han observado en cuanto a los analgésicos y anestésicos, siendo las mujeres menos sensibles que los hombres al efecto del propofol, mientras que las mujeres presentan mayor sensibilidad a la morfina, pudiendo los hombres llegar a precisar hasta un 60% más de morfina que las mujeres. Asimismo, se ha observado alivio del dolor en mujeres y no en hombres para opioides kappa. Por otro lado, las mujeres experimentan depresión respiratoria con mayor frecuencia que los hombres ante los opioides. En el año 2018 la FDA ha dado una grave advertencia a los profesionales sanitarios de Estados Unidos por el incremento de mortalidad entre mujeres que estaban recibiendo tratamiento excesivo de opioides.

ÚLTIMA REFLEXIÓN

La separación del cuerpo y la mente ha sido una de las dicotomías clásicas, que ha favorecido no entender nada de lo que ocurre en los seres humanos en relación a la salud. Además de que la tradición filosófica aristotélica condenaba a las mujeres a ser sólo cuerpo porque la mente era la de los hombres (ricos, sabios y patricios), cuando se

empezó a estudiar la conducta humana, los impulsos sexuales, y los estados de ánimo, se creyó que el cuerpo y el cerebro iban por un lado y la mente por el otro. Como si no pensáramos con un cuerpo, como si nuestra mente pudiera funcionar fuera del organismo. Creo que esta separación es la que todavía justifica que se inicie ya en primera visita, para cualquier malestar crónico el tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos si el paciente es una mujer, ya que sus síntomas se consideran “psicosomáticos”. En lugar de empezar con la escucha y la palabra, que sería el trabajo de los profesionales de la Psicología, se empieza por un fármaco y la distorsión y el reduccionismo está servido. Más del 85 % de los psicofármacos son administrados a mujeres en el estado español, sobrepasando en mucho la evidencia científica de que existe como mucho el doble de ansiedad y depresión entre mujeres que en hombres, y en cambio los tratamientos con psicofármacos contradicen la evidencia anterior. Por cada diez personas que toman psicofármacos 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres. ¿Existe más depresión y ansiedad en España entre mujeres o existe una cierta inclinación a ayudar a soportar la dureza de las discriminaciones y del papel de eternas cuidadoras a las mujeres haciendo acallar sus quejas y demandas con psicofármacos? La falta de diagnósticos adecuados o la falta de servicios sociales adecuados, o el sistemático papel de cuidadoras, no se puede confundir sistemáticamente con ansiedad. Asimismo, el hecho de que muchos de los procesos que cursan con dolor o con cansancio (los dos primeros motivos de consulta entre mujeres) sean poco diagnosticados por falta de protocolos o de recursos, facilita un exceso de tratamientos con ansiolíticos o antidepresivos con el deseo de mejorar la sintomatología sin conseguirlo de forma eficaz. La mayoría de personas diagnosticadas de fibromialgia son tratadas, con varios antidepresivos, ansiolíticos, e hipnóticos a la vez, y en ocasiones acompañados de parches de morfina. Y empieza a ser frecuente que esta prescripción se haga frente a cualquier presentación de dolor generalizado que se atribuye a fibromialgia aunque no cumpla los criterios diagnósticos. Si el dolor se puede presentar en un 32 % de la población femenina, y un 15 % de la masculina, ¿hemos de dar psicofármacos a un 30 por cien de la población? Esta es una forma más

del reduccionismo psiquiátrico sin base científica. El malestar oculta los condicionantes de género incardinados en el organismo y la fibromialgia y la fatiga crónica ocultan lo que ES. El reduccionismo está servido y va a ser muy difícil de desenmascarar sin cambios profundos en la investigación médica, la docencia y la práctica asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Becker, JB. & Chartoff, E. (2018). Sex differences in neural mechanisms mediating reward and addiction. *Neuropsychopharmacology*. 0:1-18.
- Bøggwald KP, Rudberg I, Tanum L, Refsum H. (2012) Gender- and age-related differences in dosage and serum concentration of psychotropic drugs. *Tidsskr Nor Laegeforen.*;132(3):288-91.
- Calvo Hernández, Begoña; Gómez López-Tello, Paloma; Ruiz de Alegría López, María Dolores (2013) *Formación Médica Continuada*. 20:351-7
- Carbonell, X., Fúster, H., Chamarro, A. & Oberst U (2012). Adicción a Internet y móvil: una revisión de estudios empíricos españoles. *Papeles del psicólogo*, 33(2), 82-89
- Fond G, Bourbon A,, Auquier P, Micaulaud-Franchi J-A et al (2018) Venus and Mars on the benches of the faculty: influence of gender on mental Health and behavior of medical students. Results from the BOURBON national study. *Jpurnal of affective disorders*.
- García-Oliva, C., & Piqueras, JA. (2016) Experiential Avoidance and Technological Addictions in Adolescents. *Journal of behavioral Addictions* 5 (2):293-303
- Kraus SW, Voon V & Potenza M N. (2016) Should compulsive sexual behavior be considered an addiction. *Addiction*. 111(12):2097.2106
- Morvan, Y, Rouvier J, Olié J-P, Lôo H, & Krebs M-O. (2009) Consommations de substances illicites chez les étudiants: une enquête en service de médecine préventive. *L'Encéphale. Supplément 6* :202-208
- Nogueira A, Molinero , Salguero A & Márquez S. (2018) Exercise addiction in practitioners of endurance sports: A literature review. *Frontiers in Psychology* Vol 9. article 1484. 1-11
- OBSERVATORIO NACIONAL CONTRA LA DROGA. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2017OEDA-INFORME.pdf>
- Pedrelli, P., MacPherson L., Khan A J., Shapero BJ., et al (2018) Sex differences in the Association between heavy drinking and Behavioral distress tolerance and emotional reactivity among non-depressed college students. *Alcohol and alcoholism*. 1-8
- Rivas-Grajales A.M,, Sawyer K S, Karmacharya S, Papadimitrioi G et al. (2018) *NeuroImage: Clinical* 19:98-105
- Valero-Solís S, Granero R, Fernández-Aranda F, Steward T, et al. (2018) The contribution of sex, personality traits, age of onset and disorder duration to behavioral addictions. *Frontiers in Psychiatry* . Vol 9; article 497:1-9.
- Valls-Llobet, C. (2009) "Mujeres, Salud y Poder" Catedra.
- Villalbi, JR (2013) Consumo de drogas por los adolescentes y opciones de intervención. *Formación Médica Continuada*. 20(10):573-9

USO DE DROGAS, ADICCIONES Y VIOLENCIA DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO¹

GENDER PERSPECTIVE IN DRUGS USE, ADDICTIONS AND VIOLENCE

- 1 Una versión reducida de este artículo fue expuesta en las Jornadas Adicciones y Violencia de Género. Espacio para el intercambio de experiencias, realizadas el 26 de junio de 2018 en Valencia, y organizadas por la Asociación Avant.

PATRICIA MARTÍNEZ REDONDO

Antropóloga y Educadora Social. Máster en Estudios Interdisciplinares de Género

Objetividad es el nombre que se le da en la sociedad patriarcal a la subjetividad masculina

Adrienne Rich (1979)

RESUMEN

La violencia que sufren las mujeres en contextos de uso/abuso/dependencia de sustancias (principalmente sexuales y en el contexto de pareja) no es una consecuencia de ese consumo, sino del sistema sexo-género analizado por Gayle Rubin en 1975. Existe en los equipos profesionales una dificultad de análisis en este sentido, ya que se interpreta que las mujeres sufren esta violencia por la drogodependencia o por el uso de sustancias, y no directamente por razón de género. Sí existen dinámicas concretas y una interrelación específica entre el uso de sustancias y la violencia de género, que deben abordarse de forma integral.

PALABRAS CLAVE

Género, uso de drogas, adicciones, violencia sexual, violencia en la pareja

ABSTRACT

The violence suffered by women in contexts of substance use / abuse / dependence (mainly sexual and intimate partner violence) is not a consequence of that consumption, but of the sex-gender system analyzed by Gayle Rubin in 1975. In professional teams exists a difficulty of analysis in this sense, since it is interpreted that women suffer this violence by drug addiction or by the use of substances, and not directly because of gender. There are specific dynamics and a particular interrelation between the use of substances and the gender violence, which must be tackle in a comprehensive way.

KEY WORDS

Gender, drugs use, addictions, sexual violence, intimate partner violence

INTRODUCCIÓN: ¿QUÉ ES EL GÉNERO? UNA PREGUNTA OBVIA QUE NO LO ES TANTO...

Existe suficiente bibliografía en la que se explica el concepto de 'género' y qué significa (Benería, 1987; Fausto-Sterling, 2001; Lamas et al., 1996; Maquieira et al., 2001; Scott et al., 1987). Sin embargo, sigue sin ser un concepto, teorías y perspectivas de análisis que se haya incorporado efectivamente en los medios profesionalizados de intervención en las drogodependencias y otras adicciones.

En espacios no especializados se suele definir el género como el conjunto de lecturas socioculturales a partir de un dato entendido como "biológico"² (*): el sexo; lo masculino y lo femenino (género) vienen a designar normas, valores, formas de comportamiento, de vestir, de expresarse, sentir, etc. para los dos sexos definidos-designados: hombre y mujer (o incluso aún más simplificado: se entiende el género como la diferencia de roles y mandatos entre 'hombres' y 'mujeres'). Sin embargo, no podemos quedarnos en esa definición básica, ya que el elemento central que nos desvela este concepto es el de la desigualdad estructural entre hombres y mujeres, la cual es consecuencia de la minusvaloración de un género (el femenino) frente al otro (el masculino): el sistema sexo/ género (Rubin, 1975) nos revela el género como principio de organización social con un marcado carácter jerárquico. Además, plantea que esa construcción no es innata sino construida, y por tanto: modificable. Sin embargo, el sistema de género se reproduce en las esferas más íntimas de la vida y la subjetividad de las personas, de forma que se naturaliza y se

toma como realidad dada, invisibilizándose los mecanismos por los cuales se crea y performa (Butler, 1990; De Lauretis, 1989) y dificultando, por tanto, su modificación efectiva.

El género es un principio de organización social que genera / se inscribe en la subjetividad e identidad. Es un concepto relacional, procesual y dinámico, estando su contenido -de lo que se entiende como 'masculino' y 'femenino'- en continua transformación³. Sin embargo, sus bases son: la dicotomía 'hombre-mujer' - estableciéndola como algo *natural* y con la heterosexualidad como sistema también *naturalizado* de organización del deseo -, y que conlleva la subordinación y minusvaloración de lo asociado al género femenino-las mujeres (los cuerpos leídos mujeres⁴).

Por tanto: el género actúa como fuerza de exclusión de las mujeres y lo asimilado a "lo femenino" frente a los hombres, tanto a nivel estructural como a nivel interpersonal directo. Sin embargo, existe una 'interseccionalidad' (Crenshaw, 1989): diversos ejes de opresión en coexistencia, y sus correspondientes sistemas de privilegios, que nos atraviesan a todas las personas, como por ejemplo la clase socioeconómica, el color de piel-procedencia-"raza", la discapacidad/diversidad funcional, la orientación sexual, si se es cis⁵ o trans, etc. No podemos obviar que las mujeres no son un grupo homogéneo, y están a su vez atravesadas por esas otras categorías de estratificación social que, aparte de producir jerarquías entre las mujeres, también pueden colocar a algunas en clara situación de ventaja social (entendida como oportunidades, acceso a recursos, derechos, etc.) frente a algunos hombres (véase por ejemplo la clase o el color de piel). La intersec-

2 La bióloga y doctora en Filosofía, Anne Fausto-Sterling, plantea en su libro *Cuerpos sexuados* (2001) que la categoría "sexo" como una realidad dicotómica no deja de ser una categoría social derivada del sistema de género, que necesita esa dualidad. Ella examina la realidad de la intersexualidad, y explora un paradigma científico que incorpore la posibilidad del cuerpo humano en múltiples categorías más allá de solo dos, en tanto que la realidad biológica del ser humano ya de hecho no puede reducirse a solo dos sexos/estados sexuales.

3 No es lo mismo el contenido de género asociado a nuestras abuelas y abuelos, por ejemplo, que el asociado actualmente a hombres y mujeres. O cómo eso cambia de entornos rurales a urbanos.

4 Nos referimos al proceso sociosubjetivo/construcción de lo que se entiende /lee socialmente como "mujer", muy ligado a lo cis (ver nota a pie de página número 5) y que produce la exclusión de las personas trans, ya que hay cuerpos no leídos socialmente como "mujeres", pero que en términos de identidad de género, lo son.

5 "CIS": este término se empezó a emplear en entornos activistas y académicos trans en los años 90 y principios de los 2000 -cisgénero, cissexual-. Designa a aquellas personas que han sido asignadas hombre o mujer al nacer, y que crecen acordes a ese sexo/género asignado en cuanto a identidad. Cis es un prefijo de origen latino que significa "de este lado", mientras que "trans" significa "del otro lado". Se emplea por tanto para nombrar a hombres y mujeres que no son trans. El uso de este término redundante en la construcción sociocultural de las categorías humanas).

cionalidad tendría en cuenta cómo actúan todas estas categorías en la construcción de la subjetividad, y su interacción en la situación y condiciones particulares de cada persona.

Otra cuestión imprescindible para hablar del género en nuestra sociedad es que pone de relieve la invisibilidad de las mujeres y lo asociado a lo femenino. Las personas estamos inmersas en el saber androcéntrico, que presupone la experiencia masculina como la universal y deja de lado o minusvalora los saberes y aportaciones de la experiencia femenina. Las mujeres, las “otras”, aparecen así definidas por la negatividad, esto es, por la exclusión comparativa con el elemento supuestamente neutral, no marcado. Así lo femenino se entiende como lo específico, lo particular, frente al pretendido universal que es “lo masculino”. En la prevención, atención e investigación sobre las adicciones, como en otros ámbitos, estamos en un proceso en el que se ha pasado de la invisibilización de las mujeres a su esencialización: las mujeres y sus experiencias son presentadas como “lo otro” (*tienen necesidades específicas*), y los hombres y sus experiencias como referencia de “la norma(lidad)”. Por tanto, hablar de mujeres (y de hombres) no garantiza que se aplique la perspectiva de género. Esta cuestión, que puede parecer inconexa con la realidad en adicciones, trae como consecuencia que se hayan diseñado, por ejemplo, recursos residenciales de apoyo al tratamiento específicamente para mujeres, pero que no se hayan conseguido llenar las plazas o se constate que las mujeres abandonan en mayor proporción que los hombres los recursos residenciales y el tratamiento. Más adelante volveremos sobre esta cuestión específicamente en un recurso de atención integral a la violencia de género en la pareja y las adicciones.

El género es por tanto una categoría de análisis

social y psicológico aportada por las teorías feministas acerca del comportamiento humano, la identidad de las personas, las relaciones que establecen, el lugar que ocupan en el mundo, la organización social que se genera/se reproduce a partir de ello, etc. Sus orígenes están vinculados a la filósofa Simone de Beauvoir (1949), que pretendía acabar con las “*omnipresentes teorías deterministas biológicas que interpretaban el lugar de hombres y mujeres en la estructura social como consecuencia de características biológicas*” (Maquieira 2001:159).

Hablar en clave de perspectiva de género es acceder a un marco *analítico y comprensivo*, más allá de la ‘*descripción*’ de la “realidad”, ya que la perspectiva de género ofrece todo un cuerpo teórico para poder examinar las drogodependencias y adicciones sin sustancias, introduciendo cuestiones que pueden ofrecer un referente para al análisis de esas diferencias *percibidas*.

Sin embargo, a pesar de todo lo expuesto, en nuestro ámbito se emplea de forma extendida el término ‘género’ como sinónimo de ‘sexo’⁶, y se abordan como *características dadas* las diferencias percibidas en el consumo de sustancias y adicciones comportamentales de hombres y mujeres. Y con eso se interpreta que se está aplicando la perspectiva de género y que se tiene ya integrada, cuando en realidad “tan solo”⁷ se están ofreciendo datos segregados entre hombres y mujeres.

No nos extenderemos más en esta cuestión, pero para quien quiera profundizar en ello se recomienda la lectura de las autoras anteriormente referenciadas, y las publicaciones específicas en prevención y tratamiento drogodependencias desde perspectiva de género: Romo Avilés (2005, 2006) Martínez Redondo (2008b , 2010) disponibles en <http://generoydrogodependencias.org>

6 En su acepción tradicional, no en la propuesta por Anne Fausto-Sterling (2001).

7 Ofrecer datos desagregados permite que se puedan investigar las realidades detectadas estadísticamente, y establecer explicaciones o interpretaciones a las diferencias desde perspectiva de género. Esto a su vez permite diseñar y planificar acciones y objetivos desde perspectiva de género. La realidad de las adicciones en mujeres en el Estado español ha permanecido invisibilizada, y queda mucho por investigar desde evidencia científica y género.

VIOLENCIA DE GÉNERO, USO DE DROGAS Y ADICCIONES

La violencia de género es una violencia específica hacia las mujeres por parte de los hombres, fruto del sistema estructural de desigualdad entre hombres y mujeres que hemos descrito en el apartado anterior, y que explica en su propio nombre la causa de esa violencia. Sin embargo, son varios los términos que popularmente e incluso oficialmente se emplean para nombrarla: violencia/s de género, violencia/s machista, violencia/s contra las mujeres; e incluso en algunos espacios teóricos se funde y junta con otras violencias también estructurales como la homofobia, transfobia, etc., ya que éstas están directamente relacionadas con el sistema de género. En su acepción original (aún hoy vigente y plenamente aplicable a nuestra sociedad) describe la violencia ejercida sobre las mujeres directamente *por el hecho de serlo* (ONU, 1993, 1995), en el sentido de que las mujeres, cumplan o no con los roles y estereotipos de género, sufren o pueden sufrir violencia. A la par, el sistema de género establece un marco normativo y dicotómico, muy relacionado con la heterosexualidad, que genera violencia, sanciones o presiones, hacia toda persona que se sale de dicho marco. Esto explica violencias como la homofobia y la transfobia o la violencia que sufren muchos hombres cis heterosexuales cuando se salen de, o no se ajustan a, su rol normativo, especialmente cuando son asimilados a “lo femenino”.

Así pues: (el género) *“Es un sistema de organización social que designa dos modelos de socialización dicotómicos y naturalizados en que las personas nos movemos en función del cuerpo que habitamos: se convierte en una especie de exigencia tanto social como interna (genera identidad), y toda persona que se sale del marco normativo genérico, recibe de una u otra forma sanciones o presiones.”* (Martínez, 2010:96). Pero las mujeres son sancionadas en sí mismas por efectos del género.

Como señalan Chait y Zulaica (2005:60): *“Con todas las mujeres que acuden a un CAD, se debería efectuar la evaluación de una historia de maltrato físico, emocional o sexual. En la actualidad, pocos son los protocolos que recogen estos aspectos y los*

cuestionarios que lo hacen, como el Europasi y el ASI, caen en la ingenuidad de que vivencias tan silenciadas y complejas se puedan responder dentro de una batería de preguntas como si fuera una más.”

En Arostegui y Martínez (2018) exponemos que Najavits et al., 2007 publicaron los resultados de un proyecto para el pilotaje de un nuevo modelo de intervención en adicciones con mujeres basado en 12 sesiones: *A New Gender Based Model for Women’s Recovery*, en el que se trabajaba especialmente sobre las experiencias de trauma y violencia. Señalaban que esas vivencias muestran una correlación significativa con tasas más altas de hospitalizaciones y recaídas entre las mujeres. En un manual publicado en 2002: *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*, su propuesta de tratamiento recogía 25 temas relacionados tanto con los problemas de trauma como con los de consumo. Así mismo, Stephanie Covington, una de las investigadoras más reconocidas internacionalmente en el campo del estudio de las mujeres, la adicción y su tratamiento, desarrolló el Women’s Integrated Treatment (WIT), en cuyo marco teórico incluía la teoría del trauma en el trabajo con las mujeres con problemas de adicción. En *Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction* (2008) propone 17 sesiones de trabajo en las que aborda los problemas de autoestima, sexismo, familia de origen, relaciones, violencia en la pareja y trauma. Estas tres referencias no recogen todas las propuestas de intervención con perspectiva de género existentes en torno a estos temas, pero sí son las más mencionadas en los buscadores científicos y constituyen un claro ejemplo para constatar dos hechos:

- que a pesar de que desde hace décadas se dispusiera de las evidencias que justificaban la implementación de tratamientos sensibles al género,
- actualmente sigue siendo necesario reclamar su puesta en marcha, ya que siguen siendo escasas las experiencias de tratamiento sobre el consumo con enfoque de género, y que incorporen particularmente los efectos de las violencias de género en la vida de las mujeres. Un dato muy significativo es el hecho de que no se hayan traducido al cas-

tellano ninguna de las mencionadas publicaciones. (Arostegui y Martínez, 2018)

Las manifestaciones de la violencia de género son múltiples, pero aquí examinaremos dos de las manifestaciones más directas y que habitualmente nos encontramos en drogodependencias: la violencia sexual y la violencia en el contexto de la relación de pareja.

VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual debería ser un ámbito específico de intervención en los tratamientos con mujeres. Existen pocos estudios en el Estado español, pero los pocos que hay detectan que más del 60% (a veces incluso el 80 o 90% de la muestra) de las mujeres en tratamiento han sufrido violencia sexual⁸ por parte de los hombres, así como abusos sexuales en la infancia y adolescencia (Amor et al., 2007; Díaz Salazar et al., 2008; Irefrea, 2000, 2002; Olmos, et al., 2009; Santos Goñi et al., 2010). También en la experiencia profesional sensible al género, se constata que estos porcentajes son muy elevados, tanto en mujeres adultas como en adolescentes y jóvenes que llegan a tratamiento directamente o son detectadas en los servicios de prevención⁹.

Así mismo, encontramos estudios que manifiestan que *“el uso de drogas en la mujer contribuye a la aparición, e incluso al mantenimiento, de agresiones sexuales y victimización física”* (Testa, 2004, referenciado en Llopis et al., 2005), o que aseveran que la existencia de abusos sexuales en la infancia multiplica la probabilidad de toxicomanía y/o patología dual en la edad adulta (Nieto, 2004; Kendler et al., 2000). A nivel internacional, uno de los más amplios estudios con mujeres con problemas de adicción mostró que el abuso sexual en la infancia

era tres veces superior que para las mujeres no adictas (Blume, 1994, en Llopis et al. 2005). Ese abuso sexual resultó un factor determinante tanto en la aparición de Trastornos por Estrés Posttraumático (TEPT) como en el desarrollo de problemas adictivos entre las mujeres afectadas (Llopis et al., 2005).

Así pues, resulta preocupante que todavía hoy los tratamientos no incorporen perspectivas que atiendan a la existencia de estas realidades y a su impacto en las adicciones de las mujeres. ¿Qué puede estar pasando para que esto sea así? Son varios los factores que de momento (confío totalmente en nuestra capacidad de aprendizaje y cambio como profesionales) estoy encontrando en mi labor como formadora y asesora:

- por un lado, encuentro que los equipos profesionales no estamos libres de un imaginario simbólico que culpabiliza y/o responsabiliza a las mujeres de la violencia sexual recibida, sobre todo de aquellas que se alejan de la idea de la *“buena víctima”* (*qué hacías así vestida; por qué estabas ahí a esas horas; cómo es que te fuiste con ellos; por qué estabas tan borracha...*), y una mujer bajo los efectos de sustancias, o drogodependiente, o con conductas adictivas, definitivamente no lo es.
- por otro, existe una dificultad en los equipos para identificar esta violencia específicamente como de género, y en enfocar los problemas de abuso de sustancias y adicción en muchas mujeres como síntomas o consecuencias de estas violencias recibidas (tanto en la infancia como en la etapa adulta) y no tratadas, y que se producen de forma sistémica sobre las mujeres.

No obstante lo dicho, supone un error de enfoque –o sirve de muy poco- establecer como elemento

8 Es alarmante el hecho del elevado porcentaje en mujeres en tratamiento que presentan esta realidad. Encontramos en la experiencia profesional que algunos hombres también han sufrido abusos sexuales en la infancia o incluso agresiones sexuales en etapa adulta, pero mayoritariamente por parte de otros hombres, y muchas veces en contextos de privación de libertad. Las agresiones sexuales a mujeres son habituales en el entorno social más inmediato y de confianza: familiares, amigos, conocidos.

9 Estas afirmaciones y las de la nota anterior, provienen de mi actividad profesional en contacto directo con múltiples equipos profesionales tanto de prevención como de tratamiento (UNAD, Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Punto Omega, Yrichen, Proyecto Hombre, etc.) y de la intervención directa que aún hoy desarrollo con mujeres y hombres en tratamiento.

de ‘vulnerabilidad’ la drogodependencia para la violencia sexual o incluso el maltrato en la pareja, y viceversa (la violencia como vulnerabilidad o predictor de la drogodependencia), porque desde un enfoque de género, esta realidad es una evidencia en sí misma. Es decir, lo previsible y comprensible es que la adicción y las violencias de género se retroalimenten fácilmente como dinámicas y sistemas de relaciones en la vida de las mujeres. El campo de las adicciones y los consumos problemáticos de sustancias no deja de ser un espacio de relaciones que, precisamente por la presencia de sustancias que inhiben los mecanismos de control, alteran los estados de conciencia o disminuyen la capacidad de reacción, etc. favorecen que haga su aparición directa la violencia estructural contra las mujeres. Y a su vez, el incesto y los abusos sexuales en la infancia (y también la violencia sexual y/o en la pareja) pueden acarrear el consumo de sustancias como consecuencia directa:

*Las secuelas que provoca esta violencia en las niñas y adolescentes se agravan de forma singular a medida que siguen creciendo en una sociedad patriarcal. Los daños psicológicos que produce la experiencia traumática del abuso afectan a la mayoría de las áreas de la personalidad de las mujeres y las predispone a sufrir más violencias a lo largo de la vida, siendo las más características las que se autoinflingen (conductas de riesgo y de inadaptación social, autolesiones, intentos de suicidio,..) y otras formas de violencias de género (parejas maltratadoras, violencias sexuales, prostitución...)*¹⁰ (Muruaga et al., 2013:229)

Así mismo, hay que prestar especial atención al deterioro de las relaciones familiares de forma cualitativamente distinta por el hecho de ser mujer drogodependiente (y de la relación madre/hija en particular, Castaños et al., 2007), estando prepara-

dos/as como profesionales para la posibilidad de abusos sexuales intrafamiliares o del entorno social más inmediato y cercano, que difícilmente van a manifestarse abiertamente en el trabajo familiar que estemos llevando a cabo (tanto con mujeres adultas como adolescentes con conductas *disruptivas*).

Además, tal como recoge el Observatorio Noctámbul@s en sus informes desde 2013/14, en los espacios nocturnos de ocio y consumo de sustancias se dan múltiples agresiones sexuales (en distintos grados) a mujeres, y se constata que en los episodios más graves o extremos de violencia, se producen consumos más abusivos no vinculados al trauma vivido. El problema es que ante esta realidad, en los ámbitos de prevención de conductas de riesgo, en general y con pocas excepciones, se siguen enfocando las violencias sexuales como un riesgo del consumo, en lugar de situarlo en su contexto específico: la violencia de género. Tanto en campañas oficiales (Ministerio de Sanidad, campañas adolescencia y alcohol 2007, 2011 y 2017) como en programas de prevención selectiva se alude directamente al riesgo de mantener relaciones sexuales para las chicas bajo efectos de sustancias, en relación a la posibilidad de la agresión sexual. Lo sitúan así como una consecuencia del consumo, cuando para los chicos esa posibilidad no es ni se enfoca como un riesgo (más allá de embarazos no deseados, o transmisión de ETS, etc.) luego: ¿qué tiene que ver con el consumo? Evidentemente, y tal como hemos señalado, el consumo afecta a los mecanismos de control, reacción, etc. pero no es la causa de la posibilidad de agresión sexual para las chicas.

Si queremos prevenir e intervenir en esta realidad, tendremos que desvelar que existe una doble penalización social por razón de género de las mujeres que consumen drogas o tienen problemas de drogodependencia, y entre otras consecuencias¹¹, esto

¹⁰ El fragmento reseñado recoge lo que queremos resaltar, pero vamos a dejar aquí recogido el resto de ese párrafo, por la relevancia de lo que expone: “Estas mujeres traumatizadas reciben los mismos mensajes de dependencia y sumisión hacia los varones que el resto de sus coetáneas en las diferentes etapas de la vida, lo que les ocasiona todavía mayor confusión y dificultades para superar las secuelas del daño producido. Además, uno de los aspectos clave que sustenta el sistema patriarcal es el férreo control masculino sobre el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, lo que produce la justificación para algunos hombres del uso y disfrute sexual de las mujeres -incluidas las niñas-, como si fueran “menos humanas”, como objetos. Y al mismo tiempo, provoca una gran vulnerabilidad e indefensión en las propias mujeres, que tienen que crecer concediendo cierta normalidad a este sistema que las discrimina y no las protege.”

provoca que se den situaciones de mayor vulnerabilidad para que se produzca una agresión sexual.

Es necesario intervenir desde un planteamiento que reconozca la violencia sexual como una violencia estructural intrínseca al sistema de sexo/género, es decir: desde una postura feminista global que atienda la complejidad de las situaciones con perspectiva de género y no promueva procesos de revictimización.

Las/os profesionales deben tener una formación adecuada, debiendo conocer no solo las diversas violencias que se ejercen contra las mujeres y su impacto, sino también el manejo de las mismas. La formación tiende, por un lado, a que el trabajo sobre las experiencias de esas mujeres no desencadene de nuevo reacciones traumáticas, mientras que por otro se las ayude, apoye y refuerce en su capacidad de afrontamiento. El manejo adecuado del trauma permite a las mujeres manejar con éxito sus síntomas, evitar las recaídas y reforzar el vínculo terapéutico. El establecimiento de una buena relación terapeuta-usuaria, ayuda y refuerza la adherencia al tratamiento (Arostegui y Martínez, 2018).

No debemos olvidar que existen también consecuencias de la violencia sexual que se manifiestan en modo de otros síntomas y patologías en alta prevalencia entre las mujeres drogodependientes: depresión, ansiedad, fobias y conflictos interpersonales (sobre todo con otras mujeres), conductas autodestructivas, conductas suicidas, baja autoestima, revictimización, así como dificultades para desarrollar conductas de autocuidado (Underwood, Kupersmidt y Coie, 1996). Estas cuestiones hacen que clínicamente se perciba a las mujeres como “pacientes difíciles” o resistentes al tratamiento (Arostegui y Martínez, 2018)

Es imprescindible formarse y especializarse en el abordaje de esta realidad, y la lectura de los análisis efectuados desde la psicología feminista (centrada

en las estructuras sociales y el género en relación con la subjetividad).

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA

La OMS (2013) estima que entre las mujeres drogodependientes se ha hallado una prevalencia de entre 2 y 5 veces mayor que la que se encuentra entre mujeres de la población general de casos de violencia de pareja. Los estudios que existen en España anteriormente referenciados (Amor et al., 2007; Díaz Salazar et al., 2008; Irefrea, 2000, 2002; Olmos, et al., 2009; Santos Goñi et al., 2010) detectan elevados niveles de violencia en las relaciones afectivas que establecen las mujeres drogodependientes, tanto a nivel psicológico, físico como sexual. Y también en los equipos profesionales se observan situaciones de violencia en la pareja, así como abandonos de tratamiento por presiones de la pareja, salidas de comunidad terapéutica por relaciones heteroafectivas que “anteponen” al tratamiento, etc.

Para una adecuada valoración e intervención, debemos aprender a distinguir entre la detección de una situación de desigualdad en la pareja directamente derivada de la subordinación de género y los mitos del amor romántico (Fundación Mujeres, 2011) o los mandatos de género en las mujeres que explican situaciones como las anteriormente descritas (Martínez, 2009), de una situación de maltrato instaurada en la pareja. Encontraremos indicadores específicos de maltrato en publicaciones especializadas como Bosch et al. (2006) o Romero et al. (2015). Hablaremos de una situación de maltrato en la pareja por razón de género cuando la mujer sufra violencia en cualquiera de sus manifestaciones (física, psicológica, sexual, económica, social) por parte de un hombre cuando les une una relación de afectividad, y siempre que

11 Se produce un fallo a los roles normativos genéricos designados para las mujeres ('(buena)esposa', '(buena)madre', '(buena)hija'). En el imaginario colectivo no es esperable la imagen de 'mujer delincuente' o 'mujer drogodependiente' (se juzga con más dureza a una mujer "borracha" que a un hombre "en estado de embriaguez", por ejemplo) y esto se traduce en una mayor incompreensión y falta de apoyo en el entorno social inmediato. Así mismo, se produce una ocultación consumo - con lo que se detectan más tarde los consumos problemáticos, y durante más tiempo - cuando piden tratamiento presentan mayores criterios de gravedad en la adicción.

se dé una relación asimétrica y jerárquica, con un abuso de poder de forma sistemática, permanente e intencionadamente por parte del hombre, para mantener el control sobre la mujer.

Las redes de atención a la violencia en la pareja/ex pareja y la de atención a las adicciones son redes en principio segmentadas, que generalmente carecen de coordinación entre sí. Sin embargo, parece que estamos en un momento de cambio, en el que algunas Comunidades Autónomas están avanzando hacia un funcionamiento apoyado en un trabajo conjunto que proporcione una atención integral a las mujeres víctimas de malos tratos y con problemas de adicción, aunque es todavía una realidad alejada del panorama de intervención en general:

- en muchos espacios de atención a las mujeres víctimas de violencia en la pareja, el hecho de que presenten un problema de adicción es motivo de derivación/expulsión.
- en los espacios de atención especializados en drogodependencias, no se trabaja esta realidad de forma integrada y protocolizada.

En ambas redes se detectan casos de mujeres con problemas de adicción y violencia (en una), o de violencia y adicción (en la otra). Que sea detectado en una u otra red no es un detalle sin importancia, puesto que pone de relieve cuál es el problema que la mujer percibe como principal (la violencia o la adicción) y/o que la impulsó a pedir ayuda. Las mujeres con consumos problemáticos (sobre todo alcohol) detectadas en la red de violencia, tienen problemas para identificarse como *drogodependientes*; y las mujeres con situación de violencia en la pareja detectadas en la red de adicciones, tienen problemas para identificarse como *maltratadas*. Sin embargo, la interacción entre las dos problemáticas conlleva una serie de especificidades que hay que tener en cuenta, ya que la experiencia ha mostrado que la creación de recursos específi-

cos para la atención conjunta no garantiza que las mujeres accedan a dichos dispositivos, o se mantengan y muestren adherencia en los mismos.

Es interesante por ello analizar la experiencia pionera que se implementó en Madrid en 2008: un piso específicamente dirigido a mujeres con problemas de adicción que estuviesen en situación de violencia en la pareja o ex-pareja, coordinado con ambas redes municipales de atención. Más o menos un año y medio después de su puesta en marcha, perdió la especificidad de drogas puesto que las plazas no se cubrían, y pocas mujeres con problemas de adicción lograban acceder al recurso desde la red de atención a drogas. En las investigaciones realizadas para UNAD (Martínez, 2009b) y para Fundación Atenea (Castaño, 2009), se concluyó que estaban interviniendo múltiples factores para que este recurso pareciese como “no necesario” en tanto que no se cubrían las plazas. El problema era que no estaba diseñado para atender esta realidad en conjunción.

Los diferentes factores que se detectaron en estas investigaciones de carácter cualitativo, y cuya identificación ha ayudado al desarrollo posterior de otras experiencias pioneras que sí han resultado exitosas¹², son los siguientes:

* Factores relacionados con el diseño del recurso y los equipos profesionales

- No se analizaba la intervención en términos de protección de la víctima de violencia, sino que se supeditaba a que hubiera una abstinencia (se exigía la misma para acceder al recurso). Muchas mujeres drogodependientes llegaban en situación de emergencia (después de una paliza, por ejemplo), y no estaban abstinentes en esos momentos, con lo que terminaban sin poder entrar en el recurso.

12 *L'Espai Ariadna*, recurso residencial para mujeres con la doble problemática, y con y sin hijos/as, de la Fundación Salud y Comunidad, Barcelona. y *Metzineres*, reducción de daños y entornos de cobijo para supervivientes a violencias, de la cooperativa Metzineres, también en Barcelona. Existen otras buenas prácticas, anteriores a este recurso, que aún hoy siguen en marcha con buenos resultados: el *Programa de Prevención de Recaídas desde Perspectiva de Género con Mujeres* de la Asociación Avant, en Valencia, o el *Recurso residencial para mujeres con y sin hijos/as* de Apoyat, en Extremadura.

- Cuando las mujeres drogodependientes en situación de emergencia consumían ante el estrés de esa situación, y no podían ingresar por tanto al recurso de atención integral, se optaba en ocasiones por ingresarlas en un recurso de desintoxicación hospitalaria y así también protegerlas del maltratador. Al terminar el periodo de desintoxicación, ningún/a profesional había trabajado la motivación de acceso a un recurso de atención a la violencia, y ellas mismas preferían irse a Comunidad Terapéutica, dentro de la red de drogodependencias, en vez de a un recurso específico que desconocían. Allí no se trabajaba la situación de violencia sufrida, que además se percibía como pasada.
 - Las personas profesionales entrevistadas argumentaban que había un gran problema en el *no reconocimiento* del problema del maltrato en las mujeres con problemas de adicción. Si tuviéramos que hacer un análisis de este problema de reconocimiento, deberíamos aplicar el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente, así como hacernos con el conjunto de habilidades de la Entrevista Motivacional para poder trabajar. Las mujeres en tratamiento ya han recibido el estigma de drogodependiente, y a eso había que sumar el estigma de mujer maltratada. Los y las profesionales parecían olvidar el estado de precontemplación de una persona en la toma de conciencia de un problema. Y además con la complejidad que encierra en el caso del maltrato dentro de la pareja en cuanto a: mandatos de género, ambivalencia, repetición de patrones, adherencia a la relación y expectativas de que la violencia desaparezca (Bosch et al., 2006). A la inversa, lo mismo puede aplicarse para el reconocimiento de la problemática de adicción...
 - Existe mucha falta de formación en los equipos profesionales de ambas redes en el conocimiento de la problemática no perteneciente a su objeto de atención.
 - Se producía también un choque entre lo que las personas de los equipos de violencia identificaban como “situación de emergencia” vs. “necesidad social de vivienda”. Se creaba así un criterio de exclusión fundamentado en la no idoneidad del recurso para mujeres que aun estando en situación de violencia en la pareja o expareja, no accedían al recurso al interpretarse que su motivación era la necesidad de vivienda, no alejarse del maltratador.
 - En muchas ocasiones se interpretaba la situación de estas mujeres en términos de “violencia agresión”, esto es: “cruzada y bidireccional”. Sin negar o minimizar las violencias que puedan ejercer las mujeres sobre los hombres en relación de pareja, es necesario introducir elementos diferenciales por razón de género a la hora de analizar la violencia que podamos observar dentro de una pareja (la violencia sufrida / ejercida es cualitativamente diferente por razón de género; ¿es violencia defensiva?; ¿con qué objetivo y motivaciones se ejerce la violencia?; etc.) donde ambas personas sean consumidoras, y evaluar los elementos definitorios de una relación de maltrato.
- * Factores relacionados con las mujeres en esta situación:
- No identifican la necesidad de intervención; tienen una alta “tolerancia” a la violencia en sus relaciones, sin que esto signifique responsabilizarlas en el hecho de estar siendo agredidas en un sentido de “tolerar-permitir” el maltrato, sino que están inmersas en relaciones violentas y las han integrado en su cotidiano, es “lo normal”.
 - Muchas analizaban que merecían que se les pegase si se drogaban, y a la par disculpaban y “entendían” que el compañero sentimental se tornase más agresivo bajo efectos de la sustancia. Además: ¿cómo iban a denunciar esa situación? (protección; causas pendientes; consumo activo...)
 - Presentaban una conjunción de cuestiones directamente relacionadas con el género, que necesitan de un abordaje integral: “dependencia emocional” vs adherencia

a la relación¹³ + mandato de género: tener pareja para sentirse completa + baja autoestima + vergüenza y estigma como mujeres por el hecho de ser drogodependientes, etc. - que siguen sin integrarse en el trabajo de los tratamientos en drogodependencias en general, ya que se concibe la adicción y los procesos de recaída como algo ¿no interrelacionado con todos estos factores en las mujeres?.

Como conclusión podríamos afirmar que no se trata tanto de crear recursos especializados, o de derivar o coordinarse ambas redes, como de integrar que la urgencia es que se necesitan equipos profesionales sensibilizados y preparados para proporcionar una atención integral desde perspectiva de género, sea desde la red/recurso que sea, y dejar de sectorizar las problemáticas en las mujeres, ya que como con la violencia sexual, es evidente que las situaciones de violencia en la pareja y de adicciones son realidades que se retroalimentan fácilmente en la vida de las mujeres.

A MODO DE CONCLUSIÓN PARA LA INTERVENCIÓN EN ADICCIONES Y VIOLENCIA

Aparte de la necesaria formación en la materia: círculo de la violencia, vínculo con el maltratador, atención en violencia sexual desde perspectiva feminista (Muruaga et al., 2013), y del aprendizaje de las buenas prácticas ya mencionadas en este artículo (Espai Ariadna, Metzineres, Programa Avant, Apoyat...), se hace necesaria la intervención grupal con mujeres, tanto para la prevención de situaciones de violencia, como para su abordaje y recuperación. El espacio grupal permite que las mujeres compartan experiencias y cobren conciencia de la situación estructural en la que se encuentran por

razón de género, reconvirtiendo lo relacional en herramienta de empoderamiento. Así mismo, posibilitan trabajar temas que en grupos mixtos, normalmente de mayoría masculina “no salen”, creando el clima grupal necesario para su abordaje. El espacio de un artículo siempre es limitado, y son muchas las cuestiones a tratar, pero podemos cerrar recomendando la lectura de la bibliografía referenciada, así como la puesta en marcha de intervenciones que contemplen metodologías desde perspectiva de género y feministas, también recogidas en la bibliografía.

La toma de conciencia por parte de las mujeres de que la violencia de género sufrida en sus procesos como drogodependientes, es un elemento estructural y no un factor exclusivamente individual, supone en sí mismo un elemento de protección frente al consumo, puesto que comenzaremos a desvelar los profundos caminos por los que el género, un eje de subordinación para las mujeres, se reproduce en las esferas más íntimas de la vida, incluida nuestra propia subjetividad.

BIBLIOGRAFÍA

Amor, P.J. et al. (2007) Violencia de pareja y adicción a drogas en Centros de Día. Navarra: ASECEDI.

Arostegui Santamaria, Elisabete et al. (2016) Perspectiva de género en la intervención en Drogodependencias. Bilbao: Universidad de Deusto.

Arostegui Santamaria, Elisabete y Martínez Redondo, Patricia (2018) Mujeres y Drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. Bilbao: Universidad de Deusto.

Benería, Lourdes (1987) “¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos me-

13 Este es un componente que se expone en el manual recomendado *El laberinto patriarcal* (Bosch et al., 2006), que explica que uno de los problemas en las relaciones de maltrato para que la mujer dé el paso de abandonar la relación, no es tanto la supuesta “dependencia emocional” de la figura del hombre, como la adherencia a la relación en un sentido de expectativas de que la violencia desaparezca. Esto es: que la relación siga, pero sin la violencia. Esto cambiaría el enfoque de trabajo hacia un reajuste entre expectativas de cambio y realidad de la relación. Así mismo, estas autoras exponen que en realidad la dependencia emocional como carencia está del lado de lo masculino, al ser el hombre el que amenaza con pegar o incluso matar y/o suicidarse, si la mujer da pasos encaminados a separarse.

todológicos”, pp.39-54 en Amorós, Celia et al., *Mujeres, ciencia y práctica política*, Madrid, Debate.

Bosch, Esperanza et al, (2006) *El Laberinto Patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthropos

Butler, Judith (1990) *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad* (1994) Buenos Aires: Paidós.

Cantos, Raquel (2015) *Incorporación de la perspectiva de género en la planificación sobre drogodependencias. Diagnóstico y recomendaciones*. Madrid: Fundación Atenea.

Castaño Ruiz, Violeta (2009) *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. Madrid: Fundación Atenea.

Castaños, Mónica et al. (2007) *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Colección Salud 10. Madrid: Instituto de la Mujer.

Crenshaw, Kimberle (1989). «Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics». *The University of Chicago Legal Forum* 140: 139-167

De Lauretis, Teresa (1989) *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction*, London: Macmillan Press.

Díaz Salazar, Mercedes et al. (2008) *Estudio sobre violencia de género en mujeres adictas del CAD de Villaverde*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

Chait, L. y Zulaica, Begoña (2005) *Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención*. *Trastornos Adictivos*; 7(2): 104-13

Etorre, Elisabeth (1996) “¿Cuáles pueden ser las dependencias de la mujer? El consumo de sustancias y la salud de la mujer”, en Wilkinson, Sue y Kitinger, Celia: *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Buenos Aires: Paidós.

Fausto-Sterling, Anne (2001) *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. (2006) Santa Cruz de Tenerife: Melusina

Fundación Mujeres (2011) *Coeducación y mitos del amor romántico*. Madrid: Fundación Mujeres.

IREFREA, Stocco, Paolo et al. (2000) *Women drug abuse in europe: gender identity*. Palma de Mallorca: IREFREA.

IREFREA, Stocco, Paolo et al. (2002) *Women and opiate addiction: a european perspective*. Palma de Mallorca: IREFREA

Kendler, K.S. et al. (2000) *Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis*. *Arch Gen Psychiatry*. Oct;57(10):953-9.

Lamas, Marta (comp.) (1996) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. (2015) México: Bonilla Artigas / PUEG

Llopis, Juan Jose et al. (2005) *Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención*. *Monoográfico Salud y Drogas vol. 5 Nº2 pp. 137-158*

Lorente Acosta, Miguel et al. (2016) *Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Maquieira, Virginia, Beltrán Pedreira, Elena (eds) (2001) *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Martínez Redondo, Patricia (2008) *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*. Navarra: ASECEDI

Martínez Redondo, Patricia (2008b) *Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD, UNAD, Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid.

Martínez Redondo, Patricia (2009) *Extrañándonos de lo “normal”. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid: Horas y horas la editorial.

Martínez Redondo, Patricia (2009b) *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*. Madrid: UNAD

Martínez Redondo, Patricia (2010) Capítulo 5: “La perspectiva de género en la intervención en el ámbito de las drogodependencias”, en VV.AA. Juventud, alcohol y cocaína. Guía para la intervención. Madrid: Cruz Roja Española y Juventud.

Meneses Falcón, Carmen (2002) “Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas”, en II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer. Madrid: Fundación Instituto Spiral.

Muruaga, Soledad et al. (2013) La salud mental de las mujeres. La Psicoterapia de la Equidad Feminista. Madrid: Asociación de Mujeres para la Salud

Nieto, M. A. (2004) Violencia y consumo de cocaína. Adicciones, 16, supl. 1, 46-47

Olmos, Ruth et al. (2009) Estudio sobre violencia de género en mujeres adictas del CAD de La Latina. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

OMS (2013)- Informe sobre la salud en el mundo 2013 – Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud

ONU (1993) Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer Organización Naciones Unidas

ONU (1995) Informe Completo sobre la IV Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer. Beijing: Organización Naciones Unidas

Rodríguez, Mercedes et al (2005) Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Madrid: Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid.

Romero Sabater, Inmaculada et al. (2015) Guía de Intervención en casos de violencia de género. Una mirada para ver. Madrid: Editorial Síntesis

Romo Avilés, Nuria (2005) Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. Monografías Humanitas 5: 65-83.

Romo Avilés, Nuria y Gil García, Eugenia (2006) Género y uso de drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar. Trastornos Adictivos; 8(4):243-50

Rubin, Gayle (1975) “El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo”. Nueva Antropología. VIII (30): 95-145, 1986.

Sánchez, Lorenzo et al. (2004) Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura. Sociedad Española de Toxicomanías. Proyecto Genacis.

Santos Goñia, L. et al. (2010) Antecedentes traumáticos en mujeres drogodependientes: abuso sexual, físico y psicológico , Grupo de trabajo sobre mujeres drogodependientes Vol. 12. Núm. 3.:97-124 Julio

Scott, Joan W. et al. (1987) “El concepto de género”, en Lamas, Marta (comp.) (1996) El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. (2015) México: Bonilla Artigas / PUEG

Underwood, Kupersmidt y Coie, (1996) Childhood peer sociometric status and aggression as predictors of adolescent childbearing. Journal of Research on Adolescence 6(2):201-223 January

VV.AA. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito (2005) Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Nueva York: Naciones Unidas.

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE DROGODEPENDENCIAS

THE GENDER PERSPECTIVE
IN DRUG AND ADDICTION
PROGRAMS AND SERVICES

GISELA HANSEN RODRÍGUEZ

Psicóloga de formación clínica, máster en
Investigación de Psicopatología del adulto y
patología dual

RESUMEN

En el presente artículo se despliega una breve introducción que hace referencia al concepto de perspectiva de género, específicamente en el campo de las drogas y adicciones. Por otra parte, también se explica cómo correlacionan los fenómenos multicausales de consumo y violencia de género, problemáticas asociadas de manera tan prevalente en las usuarias que acuden a los recursos de drogodependencias. Por último, se describen algunas cuestiones a tener en cuenta para abordar en clave de género en el área de drogas y adicciones de manera transversal en el tratamiento residencial y contenidos a tener en cuenta en el proceso terapéutico.

PALABRAS CLAVES

Género, drogas, perspectiva de género, violencia de género, tratamiento residencial, reinserción, terapia.

ABSTRACT

In this paper, a brief introduction is presented regarding to gender approach concept, specifically in the field of drugdependence. In second place, it also explains how they correlate the multicausal phenomena of drug abuse and gender violence, so prevalent in womens who attends to drug recovery facilities. Finally, some practical tips that should be taken into account are described, in order to mainstream gender approach in drug impatient treatment and social reintegration áreas, and also what issues should be considered on inpatient treatment agenda are mentioned.

KEYWORDS

Gender, drugs, gender approach, gender violence, inpatient treatment, therapy, social reintegration.

¿DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE PERSPECTIVA DE GÉNERO?

El género, al igual que lo hace en otros ámbitos de la vida de las personas, es un condicionante para la salud. Es una categoría compleja que hace referencia a un sistema de organización social que establece lo femenino y masculino en base a la dicotomía hombre-mujer, lo cual se relaciona en un sistema de poder

Aun así, la variable género se ha tenido en cuenta de manera escasa en investigaciones epidemiológicas y clínicas, como en las acciones que se llevan a cabo en el ámbito de la salud, lo que ha dado lugar a interpretaciones reduccionistas de los resultados y de las observaciones de campo, lo que en ocasiones han ayudado a perpetuar ideas y estereotipos de género. Por otra parte, se ha generado en el ámbito de las drogodependencias un fenómeno de infrarrepresentación de las mujeres consumidoras y sus circunstancias, teniendo una mirada androcentrista que considera al hombre como el sujeto neutro, y por lo tanto una visión reducida del fenómeno.

La perspectiva de género es un marco analítico y comprensivo que permite hacer el análisis de la situación actual, analiza las construcciones culturales y sociales atribuidas históricamente al constructo de hombres y mujeres, reglando lo que se identifica como lo masculino y lo femenino. Esta perspectiva pretende discernir y hacer visibles los condicionantes culturales y sociales que pesan sobre las desigualdades y que generan identidad, como también promover iniciativas (incidencia política, repensar programas y acciones) para erradicar y corregir los factores que generan desigualdad (Federación Catalana de Drogodependencias, 2018).

La perspectiva de género, en referencia a los marcos teóricos adoptados para una investigación, formación o desarrollo de políticas o programas, implica (Gamba, 2008):

- Reconocer las relaciones de poder que se dan entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres.
- Identificar que dichas relaciones han sido constituidas social e históricamente y son constitutivas de las personas y su interpretación de la realidad.
- Que estas relaciones constituidas atraviesan todo el entramado social y se articulan con otras relaciones sociales o ejes de vulneración, como las de clase, etnia, edad, orientación sexual y religión (Interseccionalidad).

Esta idea hace referencia a la perspectiva de género como una lectura crítica que debe cuestionarse la realidad, con la finalidad de transformar la situación de las personas, y adaptando las iniciativas y proyectos a generar cambios en pro de la igualdad. Por otra parte, subraya la importancia de legitimar las diferencias (Crenshaw, 2002) para conseguir mayor inclusión de toda la población y teniendo la oportunidad de generar acciones que corrijan y disminuyan las desigualdades (Martín, 2008).

Pensar en clave de género consiste en cubrir necesidades específicas de mujeres y hombres, identificar desigualdades y sesgos de género, reducir discriminación, influir en el cambio de determinantes psicosociales de género, potenciar cambios favorables de la estructura social de género y potenciar la participación de la población, buscando autonomía y empoderamiento. Para promover la equidad en los programas de salud, es fundamental analizar los condicionantes y las desigualdades de género (Velasco, 2008; OMS, 2018; Ariño, 2011).

En el ámbito de las adicciones es fundamental introducir la Perspectiva de Género, dado que permite entender las relaciones específicas que los hombres y las mujeres mantienen con las sustancias. Aunque hoy en día hay discursos basados en percepciones sesgadas, que avalan la idea de que no existen diferencias en cuanto al consumo de hombres y mujeres, es bien sabido que ellos y ellas responden a condicionantes sociales y culturales diferentes, por lo cual, cualquier análisis, estrategia o acción que se quiera iniciar ha de ser pensado en clave de género. Tener una mirada rígida del consumo y percibir a la población como un todo homogéneo y estático, lleva a una percepción androcéntrica de la situación que no permite realizar

una intervención meticulosa y específica, basado en las realidades de hombres y mujeres diversos/as y heterogéneos/as.

Esta visión deformada de la realidad está en gran medida propiciada por la vigencia que aún tiene en nuestra sociedad el modelo tradicional de roles masculinos y femeninos, que percibe el consumo de drogas por parte de las mujeres como un comportamiento impropio y de transgresión del rol asignado, ejerciendo una gran penalización social.

Abordar la drogodependencia desde una perspectiva de género implica tener presente las diferencias y especificidades de género en cuanto a los factores que condicionan las motivaciones para consumir, los diferentes patrones, efectos y consecuencias a nivel de salud, social y personal. Por otra parte, implica eliminar las desventajas o desigualdades en el momento de acceder o permanecer en los servicios/ programas preventivos o asistenciales.

EL GÉNERO Y LAS ADICCIONES

Una idea importante que cabe subrayar desde el principio de esta lectura, es que se está vaciando de contenido la categoría género, ya que se identifica “género” con “mujeres” o “cosas de mujeres”. En el área de las drogodependencias y la salud mental en ocasiones se establece un sinónimo reduccionista entre género y mujer. Cómo apunta Patricia Martínez “estamos pasando de la invisibilización más absoluta de la drogodependencia femenina a su visibilización de forma esencialista”. La categoría “género” hace referencia a ambos sexos, y se puede y se debe trabajar desde una perspectiva de género con hombres y con mujeres. Sin embargo, es necesario el trabajo específico con mujeres y la lectura de otro tipo de teorías explicativas de la realidad y como el hecho de ser mujer interacciona con el consumo y la adicción. Trabajar en perspectiva de género en adicciones incluye a hombres y mujeres drogodependientes, pero nos interpela a invertir tiempo y trabajo para entender la realidad de las mujeres, la cual ha estado invisibilizada, dado que la pauta cultural y estadística de la drogodependencia es la masculina y por lo tanto ellos siguen siendo el sujeto neutro.

Cómo se ha mencionado en el apartado anterior, sigue existiendo la idea de que hacer frente a los riesgos y los problemas que se deriva del uso problemático de drogas, consiste en considerar a la población cómo un todo homogéneo en el que predomina la perspectiva masculina como el elemento neutro. Por otra parte, a raíz de las iniciativas de los últimos años de poner sobre la mesa la perspectiva de género como herramienta analítica en el campo de las adicciones, también es frecuente encontrarse con el error en documentos o declaraciones de que las mujeres somos un “colectivo” con necesidades especiales. Esta idea es errónea, dado que las mujeres somos la mitad de la población, por lo cual reflexionar sobre cómo hacer intervenciones eficaces y corregir la desigualdad que ha generado la invisibilización de la mitad de las personas es una cuestión de salud pública y de justicia social, no una atención especial a un colectivo vulnerable.

Todavía hoy se tiende a pensar que los consumos femeninos de drogas carecen de elementos singulares, ofreciendo las mismas interpretaciones y respuestas de intervención para hombres y mujeres, a pesar de que los factores que llevan a hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de drogas, a realizar un abuso o a desarrollar una dependencia de estas sustancias tienen elementos en común pero también particulares.

Las diferencias biológicas, como las diferencias sociales y culturales derivadas de la socialización de género exigen que las estrategias y actividades que se lleven a cabo para intervenir sobre el problema se adapten a estas, dado que la adicción en hombres y mujeres tienen características diferenciales, entre otras que la penalización social e incluso judicial es superior en las mujeres, como la dificultad añadida para acceder a los servicios y permanecer en ellos. Según los datos, las mujeres presentan una evolución menos favorable que los hombres en el tratamiento, en gran medida porque el diseño de estos programas y servicios no tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y a su vez porque ellas reciben mayores presiones de su entorno familiar y social para abandonar los programas prematuramente para así asumir nuevamente las responsabilidades familiares asignadas a su rol.

La ausencia de la perspectiva de género en los tratamientos y servicios de drogodependencias (y las plantillas) tiene dos claras consecuencias:

- La invisibilización de la mujer, que lleva a no tener en cuenta sus especificidades y necesidades particulares.
- Que no se estén analizando los condicionantes de género vinculados a la masculinidad que puedan estar influyendo sobre el consumo problemático de drogas.

Referente a los datos, carecemos de estudios que expliquen los factores que influyen sobre hombres y mujeres a la hora de iniciar y mantener el consumo, consumir un tipo u otro de sustancia, acceder o no a los recursos y la adherencia terapéutica. Por ejemplo, actualmente se dispone de datos tales como las tasas de prevalencia de las sustancias psicoactivas en función del sexo, se conoce que las mujeres únicamente superan el consumo de los hombres en el caso de los hipnosedantes, específicamente en el de los tranquilizantes, donde la prevalencia femenina prácticamente duplica la masculina. Pero se desconoce qué factores influyen sobre hombres y mujeres para seguir esa pauta de consumo o es necesario realizar estudios con reflexiones en mayor profundidad que tenga en cuenta estos datos de prevalencia en clave de género cuestionando las variables psicosociales que contribuyen al fenómeno.

Respecto a las consecuencias sociales, las mujeres consumidoras reciben una mayor penalización social que los hombres, lo cual se traduce en la presencia de un menor apoyo familiar o social sumado a situaciones económicas y laborales más precarias como a mayor aislamiento social, lo cual favorece a la invisibilización del problema y la ausencia de ayuda o la demora en recibir atención.

Gracias al autoconcepto generado por la socialización de género, las mujeres con consumos problemáticos de drogas perciben con más frecuencia e intensidad que los hombres que han fracasado a nivel personal, familiar y social, que han sido incapaces de desempeñar satisfactoriamente el papel que “deberían” estar cumpliendo. En ellas la culpa es una constante y el autocastigo por sus conductas “disruptivas” están presentes en los discursos

desde el inicio del tratamiento, esta particularidad pone de manifiesto que el contenido de la intervención debe ser cuidado como reflexionado y el estilo confrontativo con ellas tiende a ser contraproducente en cuanto a la recuperación personal y en la adherencia al tratamiento. El entorno social presenta diferente respuesta a los procesos de adicción a las drogas en hombres y mujeres, esto explica por qué muchas mujeres optan por ocultar el problema debido a la gran penalización social y sufrir la exclusión o rechazo de su entorno, como las consecuencias judiciales de perder la custodia de menores a cargo.

LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ADICCIONES: EL DESAFÍO DE LAS BARRERAS

Anteriormente hemos señalado que a pesar de haber recursos mixtos y públicos las usuarias no llegan a los servicios en la misma medida que lo hacen los usuarios, con la dificultad añadida de que las pocas mujeres que consiguen acceder y sortear las barreras de acceso tienen menor permanencia en los programas y menor éxito terapéutico.

Se estima alrededor de un 20% de las demandas de tratamiento de drogodependencias son realizadas por las mujeres (PNSD, 2002) y por ello los tratamientos de rehabilitación de sustancias están principalmente diseñados para una población masculina, sin tener en cuenta las características diferenciales de género (Instituto de adicciones de la Comunidad de Madrid 2005). Debido a lo complejo que es cuantificar a las mujeres drogodependientes, porque es una problemática que se trata de ocultar (Cantos, 2016), se manejan algunas estadísticas. En España, alrededor de un 15% de mujeres y un 84% de hombres ingresan a tratamiento por adicción (Observatorio Nacional de Drogas, 1998, 2010, 2013 en Márquez y Lorenzo, 2016). Aunque, la proporción de mujeres que acuden a urgencia hospitalaria por consumo de drogas es un 26%, de la proporción que es admitida en tratamiento que corresponde a un 19% (Cantos, 2016), existiendo un 7% que no figura en tratamientos.

En el momento de la emergencia social de las drogodependencias en España, en los años 80-90, se asociaba el sujeto neutro a un hombre joven con consumo de sustancias por vía intravenosa. Los datos epidemiológicos indican que las mujeres con problemas de adicción a las drogas demandan tratamiento para superarlos en menor proporción que los hombres y, además, muestran una evolución menos favorable en los tratamientos. Ello es debido a que las mujeres se encuentran con mayores barreras que los hombres para iniciar el tratamiento de las adicciones: cuentan con menos apoyo familiar y social, el inicio del tratamiento supone con frecuencia abandonar sus responsabilidades en el cuidado del hogar y los/las hijos/as menores y temen que hacer pública su adicción suponga la retirada de la custodia.

A nivel nacional, se identifica una baja demanda de mujeres para realizar tratamientos de drogodependencias respecto a los hombres, con porcentajes aproximados de 85% de hombres usuarios de recursos respecto a un 15% de mujeres (Observatorio Nacional de Drogas, 1998, 2010, 2013). A lo largo de estos años las mujeres no sólo han tenido menos acceso a los recursos en comparación con los hombres, sino que también presentan menor adherencia al tratamiento y más dificultades de reinserción sociolaboral. Cabe destacar la confluencia a la vez del problema de adicción y la violencia recibida, ya que las usuarias que acceden a un recurso de drogodependencias con ambas problemáticas necesitan un abordaje integral y planificado para potenciar el éxito terapéutico. Es fundamental identificar la presencia de este fenómeno dado que esta circunstancia influirá decisivamente en la necesidad de diseñar la intervención teniendo en cuenta las características de cada caso (Castaño, M., 2007). La gran mayoría de los trabajos sobre el tratamiento de las drogodependencias han destacado que no se estaban ofreciendo servicios adaptados a las necesidades de las mujeres y otras expresiones de género (Hser y cols. 2003), lo que ha motivado la realización de informes internacionales monográficos sobre el tratamiento de los problemas de drogas para sugerir y orientar intervenciones diferenciales que son necesarias para tener intervenciones

más eficaces. Las dificultades que encuentran las mujeres para recuperarse de la dependencia reside en dos tipos de factores (ONU, 2005): a) Aquellos que están relacionados con el programa de tratamiento. b) Los que tienen que ver con los condicionantes sociales, personales y culturales de las usuarias.

Siguiendo la línea de las barreras que señala la ONU, el informe específico sobre el tratamiento del abuso de sustancias y la asistencia a las mujeres dependientes de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2004) señala la presencia de los siguientes obstáculos o barreras para el acceso al tratamiento de las mujeres:

Barreras del sistema: son los factores que impiden el establecimiento de servicios adecuados a las necesidades de las diferentes identidades de género como la escasa presencia de mujeres en puestos de toma de decisión política, la poca sensibilización respecto a las diferentes necesidades de género como una variable determinante en la salud, el poco conocimiento de las características de la drogodependencia femenina y la falta de tratamientos sensibles a estas características, como la falta de perspectiva de género y las actitudes sexistas de las personas profesionales que intervienen.

Barreras de tipo estructural: Es el caso de tener la responsabilidad directa del cuidado de los hijos y carecer de una persona cuidadora alternativa, ausencia de servicios específicos para embarazadas, la variable consumo como un riesgo de retirada de custodia de los/las hijos/as, horarios y normas rígidas en los programas y la deficiente detección y derivación del problema desde la Atención Primaria asociado a la hipermedicación con hipnosedantes a la población femenina, la desconexión de las redes que trabajan problemáticas que coexisten en una misma persona (Atención primaria Salud mental, Violencia, etc).

Barreras sociales / culturales y personales: La estigmatización que asocia al sentimiento de vergüenza y culpa debido a la transgresión del rol de género, motivación / voluntad, preocupación por la confidencialidad del tratamiento, baja percepción o aceptación del problema, exposición a

traumas como violencia y abusos, escasa red social y consumo invisibilizado relegado al ámbito doméstico, mayor deterioro social, bajo apoyo de familiares y amistades, menor independencia económica. El temor a perder la custodia de los hijos o la desconfianza respecto a la eficacia de los tratamientos y su capacidad para entender los problemas singulares de las mujeres.

A continuación, se detallan algunos contenidos fundamentales que deben formar parte de la intervención individual y grupal con las/los usuarias/os en los servicios y programas en clave de género:

Algunos contenidos fundamentales para la intervención con mujeres en tratamiento en recursos de drogodependencia (Adaptado de Cantos, R. (2017))
La culpa por el incumplimiento de los mandados de género
La Familia como agente de presión para el abandono de tratamientos
El uso del cuerpo y la sexualidad como una respuesta de autoafirmación y reconocimiento, consecuencia de un proceso de socialización. No juzgar conductas y actitudes sino analizarlas en clave de género.
La búsqueda de relaciones afectivas y lazos afectivos en las mujeres debido al mandato de amar y conectar con las demás personas. Abandonar el modelo de dependencia emocional y hablar de la socialización de género en la mujer y el mandato del amor romántico o de la competitividad con la pareja.
Especial atención en recursos donde se prohíben las relaciones afectivo/sexuales ya que se quedarán fuera del proceso y no se abordarán si se mantienen ocultas.
Fomentar las redes de apoyo entre mujeres y trabajar la competitividad que suele existir entre ellas por cuestiones de género. Potenciar actitudes sororas.
Trabajar de manera profunda los mandatos de género y como estos se relacionan con el consumo: El papel de la cuidadora, la pareja y la familia como eje de autorealización fundamental, la necesidad de gustar a los demás y ser a través de esta mirada o evaluación de terceros/as. Habilidades sociales. Saber decir no, capacidad de pensar en una misma, expresión demandas y necesidades,...
Autoestima y el autocuidado (analizar el componente subversivo que puede tener el autocuidado femenino en una sociedad patriarcal).

En cuanto a los contenidos a tener en cuenta en el trabajo con hombres, es importante no caer en la simplicidad de solo hablar de factores de riesgo asociado a la masculinidad hegemónica, dado que esto puede reforzar posiciones victimistas y falta de autocritica. Como señala Patricia Martínez *“...un enfoque desde perspectiva de género analiza las consecuencias del género en la identidad masculina, por supuesto, pero trabaja a la vez cómo eso coloca a los hombres en un estatus simbólico de sobrevaloración. Y desde esa ambivalencia se abren horizontes de trabajo profundamente transformadores.”*

Algunos contenidos fundamentales para la intervención con hombres en tratamiento en recursos de drogodependencia
(Adaptado de Cantos, R. (2017) y SENDA (2016))
Trabajar la vergüenza por el incumplimiento de los mandados de género
Como la necesidad continua de realizar demostraciones de masculinidad influye en la asunción de riesgos en general y el consumo de drogas en particular.
La importancia del logro para la autoestima de ellos (mito del ganador)
Dejar de reforzar en las mujeres de su entorno los roles de cuidado y responsabilidad sobre el bienestar de ellos y coger las riendas de su autocuidado y las consecuencias que ha tenido el consumo y otros aspectos de su vida.
El control sobre los demás y uno mismo como mecanismo de reafirmación.
Importancia en el consumo de drogas asociado a los mandatos de la masculinidad: riesgo, transgresión, etc. Visibilizar la conexión entre las conductas de consumo y los discursos de la masculinidad hegemónica como mantenedores y reforzadores de dichas conductas
La violencia como instrumento de regulación de conflictos y reafirmación de la masculinidad. Trabajar la asertividad en clave de género para que no sea vivida como una pérdida de privilegios/status. Visibilizar la violencia como una conducta aprendida para la resolución y afrontamiento de conflictos desde la socialización en el marco de una masculinidad hegemónica. Elaboración de experiencias traumáticas (víctimas o testigos de violencia) acarreadas por la exposición a violencia.
Violencia ejercida hacia otros/as (justificación por las drogas) y relación con modelo hegemónico de masculinidad.
Potenciar lo emocional. Reforzar la gestión emocional y profundizar en las consecuencias de su ausencia en las vidas de los hombres (carencia afectiva, desconexión emocional-sexual, dificultades de relación, dificultades de gestión emocional)
Habilidades sociales. Empatía, expresión y recepción de emociones y opiniones, asertividad.
La responsabilidad en el cuidado de las personas a cargo: De la paternidad y el rol que cumplen en su núcleo familiar como padres e hijos entre otros. Intervenciones individuales o grupales orientadas a la exploración de sentimientos surgidos en el ejercicio efectivo o el rol atribuido por la paternidad.
Sexualidad: la construcción de la identidad sexual (diferenciación conceptual: sexo, género, identidad sexual y orientación sexual). El autocuidado y la salud sexual de los hombres.
Masculinidades alternativas: visibilización del proceso de construcción de identidad.

DROGAS Y VIOLENCIA

La violencia de género es cualquier acto violento o agresión, basados en una situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de dominación de los hombres sobre las mujeres que tenga o pueda tener como consecuencia un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en el ámbito público como en la vida familiar o personal. (Ley 11/2007, del 27 de julio, para la prevención y el tratamiento integral de la violencia de género).

Aunque existen diferentes teorías explicativas de la violencia de género, cada una de las cuales otorga un mayor peso a determinado tipo de factores, hay un consenso básico a la hora de considerarlo como un fenómeno multideterminado.

Las mujeres que solicitan ayuda para realizar un tratamiento por un problema de abuso a dependencia a las sustancias, tienen mayor probabilidad que la población de mujeres en general de sufrir maltrato. (PNSD, 2001), (Kokkevi, A., 1995). Las investigaciones y la observación de campo muestran que la situación de maltrato y la drogodependencia son síndromes multicausales (factores sociales, genéticos, familiar, educativo, emocional, etc), que a su vez presentan interacciones entre sí: La adicción hace más vulnerable a la mujer víctima de maltrato, y a su vez el maltrato predispone a la adicción de sustancias (Center for health and Gender Equity, 1998). En la red de atención a las drogodependencias de Reino Unido se ha encontrado que un 60% de las mujeres sufren violencia detectada (Easton Et al, 2000). En la red de violencia doméstica a nivel de Estado Español todavía no contamos con datos claros sobre la prevalencia de mujeres consumidoras, pero por investigaciones anteriores se conoce que una mujer que sufre violencia tiene 15 veces más probabilidades de sufrir abuso a sustancias psicoactivas legales o ilegales (Shipway, 2004). En las usuarias víctimas de violencia suele encontrarse mucha ocultación del consumo por miedo a perder la custodia de los/las hijos/as, por miedo al rechazo familiar y otras situaciones asociadas. La mayoría de los estudios señalan que un 10% de las mujeres que sufren maltrato abusan de alguna sustancia como estrategia de afrontamiento (Villavicencio, C. y Herranz, S., 2015). La coexistencia de ambas problemáticas, derivan habitualmente en mayores problemas médicos, mayor aislamiento social y familiar, dependencia económica y sobre todo mayores responsabilidades familiares que implican una gran barrera en el acceso y permanencia en determinados tratamientos (Altell G., 2011). Respecto a la heterogeneidad de situaciones se observa que la mujer puede utilizar el abuso de sustancias como estrategia de afrontamiento de la violencia vivida en el entorno doméstico. Otra variante sería que el consumo sea anterior al inicio de la relación violenta, lo que la sitúa en una posición de mayor vulnerabi-

lidad ante el agresor, ya que las agresiones suelen estar justificadas por la adicción de la mujer. También es posible encontrar casos en los que las mujeres se inician en el consumo/ abuso de la sustancia inducidas por sus parejas agresoras/consumidoras.

Es necesario señalar las complejidades que implica el trabajo con mujeres drogodependientes y no encaillarles en un único perfil, la evaluación de cada caso determinará las prioridades y las posibilidades de actuación como las líneas de intervención multidisciplinarias y coordinadas. En cuanto al equipo, los recursos de atención a las drogodependencias cuentan con equipos multidisciplinarios, lo cual es una gran ventaja a la hora de dar un servicio integral a la recuperación, pero para ello es necesario que las personas que intervienen con las usuarias que presentan problemas de consumo y sobreviven a las violencias, tengan formación en clave de género lo cual ayudaría a realizar una mejor detección del problema y diseñar intervenciones más eficaces y justas. Ruiz-Jarabo y Blanco (2004), señalan que los/las profesionales que trabajamos con usuarias en estas situaciones debemos reflexionar sobre los siguientes aspectos para dar una mejor atención basado en un proceso vivencial: Reflexionar sobre lo que significa ser hombre y ser mujer, sobre nuestros propios prejuicios, sobre las diferencias, desigualdades y lo que estas implican. También reflexionar sobre la violencia, como experiencia en nuestras propias vidas. Tener presente en el proceso terapéutico que la separación de una pareja maltratadora y la recuperación personal de la mujer, constituye un proceso muy largo y difícil. Por otra parte, como en todo proceso terapéutico, pero muy especialmente en este contexto, cuidar al máximo las habilidades de escucha, empatía y la actitud de respeto y de credibilidad hacia la mujer que acude en busca de ayuda, sea por su problema de drogodependencia, por su situación de maltrato o por las consecuencias que ambas situaciones suponen para ella. Agregaríamos también la necesidad de conocer los protocolos, recursos y trabajar en red con otros dispositivos para ofrecer una efectiva atención integral.

Referente a los contenidos a trabajar en la intervención individual es necesario tener en cuenta diferentes aspectos o cuestiones prácticas en el tratamiento con las usuarias:

Algunos aspectos a tener en cuenta en la intervención individual con mujeres que realizan tratamiento en recursos de drogodependencia y que sufren violencia
(Castaño, M. 2017):
Identificar las diferentes formas de maltrato, para que la mujer aprenda a reconocer como tales, aquellas que tiene normalizadas, y que por ello permanecen ocultas.
Desculpabilizar, ni se merece ni tiene la culpa del maltrato que está sufriendo.
Descubrir la funcionalidad de su consumo y muy especialmente la manera en que correlaciona con la violencia vivida.
Ayudarla a identificar y desarrollar sus propios objetivos y a reflexionar sobre la compatibilidad de estos con el consumo de drogas y con la relación de pareja.
Explicar, si procede, el ciclo de la violencia, para anticipar y diferenciar los cambios esperados de los reales (o definitivos).
Cuestionar los mensajes del maltratador. Actuar como facilitadores de un punto de vista alternativo siendo respetuosas y acompañando la reflexión.
Argumentar desde lo personal y desde lo colectivo, que no todo se reduzca a lo individual.
Facilitar la expresión y elaboración de sus emociones, a veces contradictorias, en relación a ella misma y a su pareja. Normalizar las reacciones que forman parte del proceso.
Tener muy en cuenta los temores que expresa; valorarlos, sopesarlos y buscar elementos que puedan aportar ciertos niveles de seguridad.
Trabajar de manera constante las relaciones con la familia, los/las hijos/as, la maternidad y el consumo, la no maternidad, la sexualidad.
Reconocer los recursos que ella ha puesto en marcha a lo largo del tiempo, para defenderse, evitar y afrontar el maltrato. Esto implica que no lo desea ni lo busca y que ella ha adoptado una actitud activa ante esa situación.
Reconocer y reforzar cualquier cambio que lleve a cabo, así como el esfuerzo que le supone.
Anticipar las dificultades que pueden obstaculizar el proceso de cambio.
Ayudar a reconocer los logros que implican mayores cuotas de autonomía e independencia (por ejemplo, disminuir o cesar el consumo, o prescindir de él en situaciones concretas), al tiempo que respetamos la expresión de malestar que acompaña al proceso de cambio y al duelo por las pérdidas (sentimientos de soledad, de tristeza...).
Buscar apoyos externos: retomar relaciones, acudir a profesionales especializados, participar en grupos de mujeres...
En caso de maltrato físico facilitar la percepción del peligro con el que convive y desarrollar estrategias que aumenten su seguridad, tanto si continúa con su pareja como si decide separarse de ella.
Trabajar los sentimientos de culpa y de vergüenza: facilitar información sobre las causas, la frecuencia y las formas de violencia que sufren las mujeres; así como sobre las consecuencias de esa violencia, haciendo especial hincapié en los sentimientos y emociones que puede generar.
Desvelar y cuestionar estereotipos y roles de género, sobre todo en la medida en que se realicen discursos de que justifiquen al agresor y/o victimicen a la mujer.

LA PDG EN LOS SERVICIOS

Para introducir a corto y medio plazo la PdG en los servicios de atención a las drogodependencias, es necesaria la **adopción de medidas positivas**¹ en torno a puntos de partida de desventaja social de la mujer y la realización **acciones específicas para necesidades específicas** tanto con hombres como con mujeres. Estas acciones deben nacer de un proceso de reflexión que parta del conocimiento y de la formación en perspectiva de género de los/las profesionales que intervienen, y deben ser potenciadas y protegidas por un diseño de programa justo para todas las personas que reciben atención.

Los programas deben contar con datos segregados por sexos (situación socioeconómica, formativa y laboral, tiempo en el programa, éxitos terapéuticos, etc.) y generar evidencia para el diseño de políticas públicas igualitarias, así como indicadores de género que permitan evaluar la complejidad de las situaciones y no caer en el reduccionismo de interpretar la realidad solo con datos cuantitativos.

LA PDG EN EL TRATAMIENTO RESIDENCIAL

En los programas de tratamiento las mujeres drogodependientes están en situación de clara desventaja respecto de los hombres a la hora de acceder a los mismos por el riesgo adicional que sienten de fracaso en el ejercicio de su rol y de aislamiento y rechazo social.

La evidencia aportada por estudios que recogen las dificultades de accesibilidad de las mujeres drogodependientes a los tratamientos señalan como determinantes (Sánchez, L. 2010): La penalización social añadida que sufren las mujeres, el miedo a perder la custodia de menores de los cuales son responsables y la transgresión que implica el abandono del rol de cuidadoras de su

familia/pareja, la presencia de una pareja drogodependiente (no suele ocurrir a la inversa con la misma frecuencia), las largas listas de espera para el acceso a los servicios debidos al menor número de plazas para mujeres o la imposibilidad de hacer un tratamiento residencial estando con sus hijos/as, la ausencia de servicios específicos para mujeres drogodependientes que sufren violencia (en los servicios de acogida de la red de violencia no se puede acceder estando en consumo activo).

Se suele afirmar que el número de varones drogodependientes es mucho mayor que el número de mujeres, pero el problema es que muchos de los consumos problemáticos por parte de la población femenina, permanecen invisibilizados (alcohol en soledad; psicofármacos, etc) lo cual se queda sin detección o se les atiende en la red de atención primaria con el riesgo de sobreprescripción de psicofármacos.

También es habitual encontrar que existen pocos recursos específicos para mujeres, o que el número de plazas para mujeres en centros mixtos aparece limitado y no va en función de la posible demanda, hay que buscar estrategias para agilizar el ingreso en tratamiento de aquellas que lo soliciten.

Anteriormente hemos comentado que una de las barreras que forman parte de la permanencia en los tratamientos, son algunas percepciones sesgadas por cuestión de género de los equipos terapéuticos que intervienen. Los perfiles de mujeres consumidoras son percibidos como más complejos y de peor pronóstico en comparación a ellos. Es necesaria la reflexión del porqué las usuarias presentan en muchas ocasiones mayor psicopatología asociada y un alto grado de cronicidad, debemos relacionar esto con la invisibilización de los consumos, y el retraso en solicitar atención debido a el rol de cuidadora y la falta de apoyo social, el sobrediagnóstico clínico en las mujeres sobre todo de trastornos de personalidad y del estado de ánimo, lo cual influye en la cronicidad de la drogodependencia y el deterioro

1 Estrategia destinada a establecer la igualdad de oportunidades por medio de unas medidas (temporales) que permitan contrastar o corregir aquellas discriminaciones que son el resultado de prácticas o de sistemas sociales, o sea, es un instrumento que desarrolla el principio de igualdad de oportunidades y que tiende a corregir las desigualdades.

de múltiples áreas de su vida. Es decir, hay variables relacionadas con el género que hacen que el trabajo con nuestras usuarias sea en apariencia más complejo en un primer momento, pero esto se basa en la falta de conocimiento de la realidad de la drogodependencia femenina y el intentar que los métodos que utilizamos con los usuarios sean iguales de efectivos que con ellas, y cuando esto no es así en lugar de cuestionarnos la falta de idoneidad de la intervención profesional lo atribuimos a la complejidad de los casos o la falta de motivación de continuar en programa en ellas. Otra de las percepciones en recursos residenciales es que los grupos de mujeres son problemáticos, compiten entre ellas y tiene muchos conflictos por lo cual generan conductas disruptivas. Es necesario reflexionar sobre esto desde la socialización de género, el sistema está organizado para que las mujeres nos percibamos como competidoras por elementos comunes (una pareja, la belleza, etc) por lo cual desactivar estos mecanismos requiere un trabajo guiado y constante de reflexión y planificación. Un buen momento para potenciar conductas y pensamientos de sororidad son los grupos de mujeres, para hacer visible los mecanismos de rivalidad y lo que ello comporta, los beneficios del apoyo intragénero y la ayuda mutua entre usuarias.

Por otra parte, en recursos mixtos también existe “el problema de la sexualidad”, es decir, como explica Patricia Martínez *“La sexualidad definida como problemática asociada a la presencia de mujeres es un tema recurrente en los talleres y estudios. La sola vinculación de la sexualidad a la presencia de mujeres es un acto injusto y cargado de prejuicios y minusvaloración hacia ellas aunque no nos demos cuenta, porque: ¿acaso en la relación heterosexual participan sólo ellas? Sin embargo, el peso de nuestra observación sigue cayendo sobre las mujeres... y también nuestras valoraciones y juicios al respecto. Sólo se trata de llamar la atención sobre la perspectiva que nos lleva a afirmar, como de hecho se hace, que los problemas vienen porque “hay chicas””*. (Martínez, P. ASEEDI) La relaciones afectivas entre personas heterosexuales afectaran a hombres y mujeres de manera diferenciada, pero no es viable

dejar fuera de los tratamientos a las usuarias para evitar el problema de “las relaciones” sino que lo que se puede hacer es formarnos en cuestiones de sexualidad o incorporar a los equipos terapéuticos personas formadas en la materia para acompañar en el proceso terapéutico de manera integral sin caer en juicios morales. En esta línea, cabe destacar que hay una tendencia en los recursos en cuanto a los contenidos de los talleres que se imparten de prevención de ETS, estos se realizan desde las practicas heterosexuales, invisibilizando a colectivos LGTB+ también presentes en tratamiento cuyas necesidades de información y atención específica no están siendo consideradas con el mismo protagonismo.

En cuanto al trabajo con usuarias que han sufrido violencia de género, en la Red de Atención a Drogodependencias no se pone la atención que se debería en la violencia recibida como factor que interactúa de forma determinante en la problemática de la drogodependencia: no forma parte de los protocolos ni suele haber personal especializado en violencia de género. Por otra parte, en los recursos mixtos residenciales, estas usuarias conviven con hombres que han ejercido maltrato y viven situaciones de violencia, experimentando la repetición de ciertos patrones que entorpecen la recuperación y sitúan a las usuarias en situaciones desagradables. Los equipos hemos de estar preparados para lidiar con estas situaciones y actuar de manera rigurosa con consecuencias establecidas en el caso de situaciones concretas y líneas de intervención acotadas, con el objetivo de crear entornos seguros de tratamiento para todos/as.

La presencia de grupos de hombres y mujeres donde se trabaje el género asociado al consumo son necesarios y fundamentales para que el programa cuente con esta sensibilidad, pero el mero hecho de formar grupos por sexo no es estar trabajando en género, sino que detrás de esta dinámica debe haber una persona formada en la materia llevándolo a cabo y debe haber una planificación de los contenidos de los grupos, como un seguimiento y una evaluación del impacto de la actividad realizada. También se considera necesario los espacios de reflexión y supervisión del equipo como formaciones vivenciales, para

identificar los propios prejuicios y trabajar sobre ello, el título profesional no nos “impermeabiliza” del sistema patriarcal y con mayor o menor conciencia repetimos pautas aprendidas en nuestro hacer diario, por lo cual, la reflexión profunda y la formación vivencial contribuye a identificar nuestras propias barreras y sesgos. En recursos residenciales es importante contar con igual grado de participación entre hombres y mujeres con tareas de responsabilidad sin caer en asignarles actividades tradicionalmente asociadas a las masculinas (albañilería, mantenimiento) o femeninas (Limpieza, costura), monitorizando que en esta asignación de mujeres a tareas de dominio masculino en el recurso no se conviertan en un espacio de menosprecio y que no se activen los mecanismos de penalización social por parte de sus compañeros varones por ocupar un espacio que “no les pertenece”.

REINSERCIÓN

La incorporación laboral de las personas drogodependientes es uno de los pasos fundamentales para lograr la integración social y mejorar su salud psicológica y física (Cantos, R. 2014). El empleo favorece no sólo un status y rol en la sociedad, sino además una auto percepción positiva, ocupación del tiempo y capacidad de participación social.

En el caso de las mujeres drogodependientes, la búsqueda de empleo conlleva una dificultad mayor, ya que al hecho de ser consumidora o ser drogodependiente se añade la brecha de género estructural que ya sufren las mujeres por el mero hecho de serlo. Cuestiones como salarios inferiores, contratos más precarios y a tiempo parcial que afectan directamente a las mujeres, debe de sumarse la dificultad de la drogodependencia con el estigma social asociado y la penalización superior que se ejerce en las mujeres consumidoras.

Ya hemos comentado que existe un desigual acceso de hombres y mujeres en recursos residenciales, y que de las pocas mujeres que llegan a estos recursos, el porcentaje que consolida un alta

terapéutica y pasa a un recurso de reinserción sociolaboral es más escaso todavía. A esta inferioridad numérica, se une que, aunque los programas de inserción socio-laboral normalmente responden a recursos específicos ajenos a los dispositivos de drogas, suelen estar fuertemente vinculados a estos dispositivos a los que las mujeres acceden en menor porcentaje de manera habitual. En la fase de inserción sociolaboral, habrá que adaptar la orientación laboral en función de las necesidades concretas de esa población específica. En el documento “Barreras de inclusión social de población drogodependiente cronicada. Analisis desde la perspectiva de género” la Fundación Atenea propone entre otras muchas medidas interesantes:

- Desarrollar talleres de empleo femeninos en los que las mujeres analicen y compartan sus expectativas y deseos laborales.
- Buscar y conocer los recursos y servicios de la zona o más cercanos que puedan apoyar el proceso de recuperación de las mujeres.
- Facilitación y utilización de los recursos normalizados, motivando para que sea ella misma la que acuda a los servicios que precisa.

CONCLUSIONES

La Organización Mundial de la Salud (2018), afirma que tratar de incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud pública consiste en visibilizar las diferentes necesidades que tienen la mujer y el hombre en todas las fases de su vida. Busca incidir transversalmente leyes, instituciones, sistemas organizativos hacia generar igualdad entre los géneros, no solamente de manera formal, sino también materialmente. Una forma de incorporar transversalmente la perspectiva de género “gender mainstreaming”, es decir, hacerla un enfoque más global, podría ser promoviendo el *enfoque transformador*, buscando modificar verdaderamente las políticas (Fernández y Martínez, 2015).

Es imprescindible que potenciemos la **incorporación de la perspectiva de género a todos los niveles**: investigación, formación, prevención, atención, sensibilización, entre otros. De no incorporar la perspectiva de género se estará perpetuando la concepción de la población como un todo homogéneo con iguales necesidades, obviando el hecho de que hombres y mujeres requieren intervenciones diferenciadas que respondan a sus especificidades.

Para avanzar en torno a estas estrategias resulta necesaria la formación y la sensibilización de las personas del sector, así aseguraremos nuestra capacidad para atender a todas las personas y validar las diferencias. Es necesario considerar la perspectiva de género en cada una de las acciones que se llevan a cabo, desde las interacciones con las personas usuarias, el diseño de los programas, hasta la formación de los equipos profesionales (Tudela, 2016).

Para avanzar necesitamos saber de dónde partimos y hacia donde podemos ir, por esto iniciativas como la generación de un instrumento diagnóstico del grado de implantación de perspectiva de género en entidades del tercer sector presentado este 2018 son tan necesarias. La generación de un instrumento en un proyecto compartido por FCD y la Subdirección General de Drogodependencias (ASPC) con indicadores que parten de un focus group de expertas en drogas y género, permiten a cada entidad conocer su punto de partida y marca el camino a seguir para mejorar en la implementación de la PdG en tres niveles: La dirección de la entidad, la dirección de los programas, y los equipos profesionales. El informe final de este trabajo conjunto se publicará a principios del 2019 arrojará luz sobre el punto en el que están las entidades de la Federación Catalana de Drogodependencia en cuanto a la PdG y marcará una hoja de ruta con líneas de acción para seguir creciendo en este sentido.

En cuanto a la concurrencia de diferentes problemáticas (Violencia de género, drogodependencia, salud mental, etc) debemos llevar a cabo acciones conjuntas y coordinadas entre las redes de atención, generando estrategias comunes y consensuadas (protocolos), dejando de concebir

a las personas de forma sectorial y parcializada, para de esta manera poder desarrollar formas de trabajo integral, efectivas, significativas y globales.

BIBLIOGRAFIA

Ariño, M., Tomás, C., Eguiluz, M., Samitier, M., Oliveros, T., Yago, T., Palacios, G. y Magallón, R. (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), 146-150. Recuperado el día 15 de diciembre de 2017, del sitio web: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000200011

Altell, G (2011). Ciclo de debates sobre violencia familiar. Intervención específica con mujeres drogodependientes que sufren violencia en la pareja.

Center for health and Gender Equity. Para acabar con la violencia contra la mujer. Baltimore, Maryland. Population Information Program, Center for communication programs. Baltimore: The Johns Hopkins School of Public Health; 1998.

Cantos, R. (2015) Barreras de inclusión social de población drogodependiente cronicada. Analisis desde la perspectiva de género. Estudio realizado por el Departamento de Investigación, Innovación y Desarrollo de Fundación Atenea

Cantos, R. ;Altell, G.; Tudela, M.; Martínez, P.; González, I. y Romero, V. (2017). Hombres, Mujeres y Drogodependencias Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Estudio realizado por Fundación Atenea Departamento de Investigación, Innovación y Desarrollo Con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

Castaños, M. (2017) Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Programa de Salud y Servicios Sociales Subdirección General de Programas Instituto de la Mujer Secretaría General de Políticas de Igualdad Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2007.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10 (1), 171-188.

Easton, C., Swan, S. C., & Sinha, R. (2000b). Prevalence of family violence in clients entering substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 23-28 S

Federació Catalana de Drogodependències (2018). Documento de posicionamiento. www.fcd.org

Fernández, M. y Martínez, D. (2015). Bases conceptuales para construir una política pública municipal con perspectiva de género. *Entretextos*, 7 (20), 1-11.

Fundación Spiral. Symposium Nacional sobre el Tratamiento de la Adicción en la mujer. Madrid: Debate e Instituto de la Mujer; 2002. Ministerio de sanidad, política social e igualdad. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES) 2009/10. Delegación del gobierno para el plan nacional sobre drogas.

Gamba, S. (2008). ¿Qué es la perspectiva de género y los estudios de género? *Mujeres en Red*. El periódico feminista.

Hser Y, Huang, D, Teruya, Ch, y Angli MD. "Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors," *Drug and alcohol dependence* 72 (3): 255-264 (2003).

Instituto de la Mujer, Secretaría General de Asuntos Sociales. *Violencia contra las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002. Chait, L.; Zulaica Calvo, B. (2005). *Battered female drug addicts: analysis for intervention*.

Kokkevi, A. Haster, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument on drug and alcohol dependent. *European addiction research*, 1, 208-10.

Márquez, L. y Lorenzo, A. (2016). Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género. Carbonero, D.; Raya, E.; Caparros, N.; Y Gimeno, C. (Coords) (2016). *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global*. Aportaciones desde el

Trabajo Social. Logroño: Universidad de La Rioja.

Martín, A. (2008). *Antropología del género*. Madrid: Ediciones Cátedra. Extraído el 8 de febrero de 2018, del sitio web: <http://fundacion-juntoscontigo.org/libros/29.pdf>

Martínez, P. *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. ASECEDI (Asociación de Entidades de Centros de Día de Drogodependencias). Depósito Legal: NA-2886/2008.

OMS (2018). ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género? Extraído el 11 de Febrero de 2018, del sitio web: <http://www.who.int/features/qa/56/es/>

ONU. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida*. Oficina de las Naciones Unidas contra las drogas y el Delito. Viena. 2005.

Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 2001*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2002.

Plan Nacional sobre Drogas. *Memoria 2002*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio del Interior; 2003.

Ruiz-Jarabo, Consue y Blanco, Pilar. *La violencia contra las mujeres*. Prevención y detección. Madrid, Díaz de Santos, 2004

SÁNCHEZ L, MANZANERO P, BOLAÑOS E. (2010). *Necesidades terapéuticas de las mujeres drogodependientes atendidas en los centros de tratamiento ambulatorios y residenciales de Castilla y León*. Valladolid: Junta de Casatilla y León.

(SENDA) Ministerio del Interior y Seguridad Pública Gobierno de Chile Santiago, Chile (2016). *Hombres con Consumo Problemático de Drogas. Tratamiento con Perspectiva de Género Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación*. División Programática Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

Shipway, L (2004). *Domestic violence: a handbook for health professionals*. London Routledge, New York (2004)

Tudela, M. (2016). Per què és clau intervenir des de la Perspectiva de gènere en el tractament de les Drogodependències? Jornada Atra gender. [Diapositives de PowerPoint].

Velasco, S. (2008). Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.

Villavicencio, Patricia y Sebastián, Julia. Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid, Instituto de la Mujer. Estudios, 2001. 5

ABORDAJE EN EL TRATAMIENTO DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA DEL GÉNERO

DRUG TREATMENT APPROACH FROM GENDER PERSPECTIVE

CLAUDIA CÉSPEDES SERRANO.

Psicóloga de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Postítulo Psicología Familia y Derecho mención intervenciones en sistema Familiares, Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Diploma Internacional: Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones, Dianova. Actualmente se desempeña como Psicóloga área de Tratamiento en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña del Mar.

MAGALY GALAZ VALERIO.

Trabajadora Social, Licenciada en Trabajo Social, Universidad Santo Tomás Viña del Mar Chile. Postítulo Terapia Familiar Sistémica: Constelaciones familiares, Instituto de la Expansión de la Conciencia Humana. Diploma Internacional: Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones, Dianova. Actualmente se desempeña como Trabajadora Social área de Tratamiento en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña del Mar.

GLORIA LEIVA OVALLE.

Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Playa Ancha. Postítulo "Especialización Post Profesional en el Modelo de Ocupación Humana", MOHO Chile - MOHO Clearinghouse. Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones, Dianova. Actualmente se desempeña como Terapeuta Ocupacional en área de tratamiento en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña de Mar.

FABIOLA NORAMBUENA FORNO.

Técnico a nivel superior en Trabajo Social, Universidad Santo Tomás Viña del Mar, Diploma internacional de Actualización Profesional y desarrollo de competencias en el tratamiento de Adicciones. Actualmente se desempeña como Monitora en Centro de tratamiento Ambulatorio Dianova Viña del Mar.

NATALIE ARRIAGADA ARAYA.

Trabajadora Social, Licenciada en Trabajo Social, Universidad Santo Tomás Viña del Mar, Postítulo en "Enfoque de Derechos de la Intervención de Trabajadores vinculados a la atención de familias, niñas y niños vulnerados en sus derechos" de la Universidad de Chile. Postítulo "Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones", ONG Dianova. Actualmente se desempeña como Coordinadora en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña del Mar.

RESUMEN

El presente artículo ofrece una descripción en torno al trabajo terapéutico realizado por el Centro de Tratamiento ambulatorio Dianova Viña del Mar hacia sus usuarias, mujeres mayores de 18 años que presentan consumo problemático de sustancias y compromiso biopsicosocial de moderado a severo.

Inicialmente identificamos el perfil de las usuarias, destacando las características contextuales, la relevancia de empoderar a la mujer como experta en su historia y el rol del/la terapeuta a través de la motivación, la exploración y el acompañamiento a lo largo del tratamiento.

Posteriormente abordamos directamente el impacto de ser mujer dentro del contexto de las adicciones, la estigmatización y la carga social que conlleva, además de analizar las diferentes motivaciones frente al inicio del tratamiento, la importancia de la red significativa y/o familiar como facilitador al cambio y apoyo al proceso terapéutico.

PALABRAS CLAVES

Género, adicciones, mujeres, consumo, roles, construcciones sociales, machismo, patriarcado, estigmatización, exclusión, integración social, narrativa.

ABSTRACT

Present article offers a description about therapeutic activity in Outpatient Treatment Center Dianova Viña del Mar with their users, women over 18 years presenting problematic substances consumption and moderate to severe biopsychosocial compromise.

Initially, we identify female drug users profile, making evidence in context characteristics, relevance of woman empowerment as expert in history of her own life and role of the rapists beyond motivation, exploration and counselling along treatment.

Lately, we approach directly impact to be a woman into addictive behaviours context, social stigma and burden involved in it , although analyze different motivations in the beginning of treatment, relevance of significative/family network and change facilitator and support to therapeutic process.

KEYWORDS

Gender, addictions, women, consumption, roles, social constructions, male dominance, patriarchy, stigma, exclusion, social integration, narrative.

Para iniciar, se debe mencionar que la intervención con bases en el enfoque de género resulta fundamental para el abordaje de la temática de consumo, de esta forma visualizamos características y aspectos propios del trastorno en la población femenina diferenciando metodologías y formas de intervención de acuerdo a sus necesidades, propiciando de esta manera el cumplimiento de objetivos a través de la integralidad del tratamiento.

Al escribir sobre las usuarias de CTA Dianova, primero que todo lo hacemos dentro de un contexto de respeto y cuidado. Muchas de las mujeres ingresadas confían en nuestra profesión, para contar sus experiencias más significativas e íntimas, generalmente cubiertas de dolor, daño, culpa y desesperanza que han cargado sobre sus hombros por largo tiempo o durante toda su vida, buscando, por lo tanto, en este Centro un espacio de acogida, contención y diálogo.

En este marco, la función de nuestra intervención apunta a darle protagonismo a la mujer como sujeto experto en su historia, siendo nuestro rol el de explorar, motivando los relatos e intentando sumergirse en las más íntimas experiencias de vida, en donde se considera importante abarcar no solamente el aspecto individual, sino que también el contexto social, histórico y temporal que construye y estructura la vida de la mujer.

El abordaje psicoterapéutico se realiza desde una perspectiva de género utilizando como técnica de trabajo la terapia narrativa, en donde se hace relevancia a los relatos del yo, *“narrativa en primera persona que define la identidad de un individuo a base de sus recuerdos y percepciones de su vida actual, los papeles que juega en varios grupos e instituciones y su relaciones sociales. La persona cuenta con frecuencia estos relatos del yo a los demás; e incluso a sí misma, en un fragmentario monólogo interno”*. (Martin Payne, 2002:36).

El considerar, además la perspectiva de género como forma de mirar y abordar la problemática de nuestras usuarias, nos permite conocer y comprender de manera más integral sus relatos. Es decir entender a la persona, en este caso a la mujer, como un ser que interactúa y se relaciona

con otros, con vivencias construidas dentro de un contexto particular y general, que la hace parte de una realidad social y cultural, otorgándole un sentido a sus experiencias de vida. *“Payne expresa la idea de que los relatos mediante los que damos sentido a nuestras experiencias están influidos sobre todo por factores culturales y sociales en los niveles interpersonal, local y global. /.../ Estas influencias sociales y culturales incluyen también los valores, que nos parecen evidentes, de los grupos y sociedades a las que pertenecemos y que hemos interiorizado en nuestros anteojos perceptuales.”*(Martin Payne, 2002:39).

Los relatos de las mujeres con consumo problemático de drogas, se encuentran por lo tanto, teñidos por la forma que tienen de ver y comprender su mundo, dinámica que interrelaciona sus diálogos internos y los diálogos con los demás dentro de un contexto social y cultural que da sentido a sus experiencias de vida.

Como se mencionó anteriormente, estas experiencias de vida se hallan generalmente empaçadas de dolor, daño y traumas que se arrastran principalmente desde la infancia, lo que de alguna forma va moldeando y estructurando su personalidad. Si bien la construcción de la realidad de cada usuaria es diferente y particular, se van mostrando ciertas similitudes y configurando ciertos estilos de funcionamiento al momento de interactuar y relacionarse con los demás. Es así como nos encontramos con mujeres con alta vulnerabilidad emocional, baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, desregulación de las emociones, dificultad para conectarse y verbalizar sus afectos, inseguridad emocional, se suma a esto el deterioro de las relaciones interpersonales lo que impacta en la participación de referentes significativos que funcionan como red de apoyo en el tratamiento.

Estas características o formas de funcionamiento, se irían construyendo desde la infancia con fuertes contradicciones e incoherencias de la experiencia vivida, que la mujer con consumo problemático va acomodando y moldeando para dar sentido a su identidad. La realidad va siendo, por lo tanto determinada por los momentos difíciles de desapego, maltrato, negligencia, abuso, donde el respeto, reconocimiento, valoración y cariño en la

relación padre – madre e hijo están escasamente presentes.

Sentir, por ejemplo, el abandono o distanciamiento afectivo del padre, la madre o ambos progenitores, puede llevar a construir la creencia de que como niña no es merecedora de cuidados y afectos, por lo que se define como una persona abandonable. “Estas construcciones continuarán presentándose a lo largo de la vida determinando que muchas veces la persona vaya experimentando al menos la sensación de tener que cumplir con algún mandato o significación predeterminado” (Guajardo, 2005:3).

En estas condiciones el consumo de drogas genera especialmente en la mujer “una sensación de coherencia en su Self que la lleva a seguir probando hasta poder generar finalmente una adicción”(Guajardo, 2005:3).

La vulnerabilidad emocional sentida en este contexto, es disminuida o bloqueada, por lo tanto por el consumo de sustancias. Un instante donde la mujer se siente en calma aliviándose de los designios y mandatos que “se han ido reproduciendo y repitiendo a los largo de los años /.../ lo que se va constatando en los diferentes periodos de la vida en función de la experiencia construida” (Guajardo, 2005:3).

Asociado a lo anterior, en nuestra praxis observamos ciertas tendencias en las usuarias, donde el consumo se vivencia por un lado, desde el “deseo del olvidar o borrarse” de situaciones dolorosas que se han suscitado principalmente en su infancia y adolescencia, relaciones con la figura materna ambivalentes y/o inexistentes principalmente, pero por otro lado, cargando con el estigma de ser madres “consumidoras”, siendo la sanción casi inmediata desde los dispositivos de infancia y tribunales de familia, pero además de la red social familiar, esta respuesta agrava sensaciones de ineficacia e inestabilidad emocional, ya que desde su red social familiar, vivencian constantemente descredito a sus logros o intereses por realizar acciones distintas, por desear recuperar el cuidado personal de sus hijos (as), por realizar un curso de perfeccionamiento o analizar la posibilidad de cambiar de contexto laboral, puesto que

aún se mantiene la visión de la mujer confinada a los espacios domésticos de crianza y labores dentro del hogar.

Entonces ¿qué sucede cuando una mujer rompe ese esquema para consumo?, es ahí donde la red social familiar, se articula con un carácter más bien punitivo, estigmatizador, más que contenedor y de apoyo. Es por esta razón que una de las motivaciones principales de nuestras usuarias es “recuperar a mis hijos (as)” es decir recuperar el cuidado personal de éstos, tal motivación en un comienzo es extrínseca pues responde más bien a estos mandatos establecidos, a lo esperado desde el rol de madres, sin embargo desde el abordaje terapéutico desde el Trabajo Social, una de las principales acciones es ir generando instancias de reflexión y comprensión del contexto judicial donde surgen estas sanciones, tales como, medidas de protección a favor de los hijos de las usuarias, medidas cautelares como órdenes de alejamiento y en algunos casos traspaso del cuidado personal a un tercero, que puede ser o no familiar directo del niño (a), cuando la red social familiar (padre, abuelos, tías (os)) no cumple lo necesario para brindar cuidado y protección, se procede a extender la búsqueda (primos, vecinos u otros miembros de la comunidad), sin embargo en ocasiones la red social es precaria y podría generar mayor vulneración en los niños, por lo que se institucionaliza en hogares (internados) de niños (as). En virtud de lo anterior, realizamos un acompañamiento en las acciones necesarias para favorecer la vinculación positiva con estas instituciones, ya que en la mayoría de los casos, existe desde las usuarias sensaciones de rechazo, temor o desconocimiento de cómo generar esta vinculación, tomando en consideración desde su desarrollo inicial que existe deprivación sociocultural, que aumenta los sentimientos de ineficacia.

A raíz de lo anteriormente descrito, es que durante las sesiones de intervención social, se va favoreciendo la autodeterminación para que así una vez avanzado ciertos procesos en el Plan de Tratamiento individual, los sentimientos de competencia, de relaciones interpersonales saludables y de autonomía generen el cambio pasando a una motivación intrínseca, como lo plantea Edward

Deci (1975) “la motivación extrínseca puede ser beneficiosa en algunas situaciones, por ejemplo: participar en algo que el individuo no tenía interés inicial”. Dicho acompañamiento no sólo se encuentra orientado a tribunales de familia o dispositivos de infancia, sino que también se extrapola a otras instituciones, programas o proyectos, tales como centros de salud de atención primaria, organismos de apoyo a la vivienda, cultura, empleo y educación, promocionando la integración social de la mujer y su familia es post de mejorar su calidad de vida.

Desde la Terapia Ocupacional la **Integración Social** antes mencionada, considera variables de género, que impactan en el modo en que las personas escogen y desempeñan sus ocupaciones significativas. El desarrollo del sentido de identidad y competencia en los roles es vivido de manera desigual entre hombres y mujeres, ya que a partir de una construcción socio cultural, el género moldea y de cierta forma determina el acceso a los recursos económicos, intelectuales, la toma de decisiones, el modo de desear y obtener placer, las tareas y los roles que desempeña cada individuo, incentivando un estado de subordinación de las mujeres en relación a los hombres en los contextos del hogar, la comunidad y las instituciones.

De acuerdo a lo anterior, el género regula las oportunidades para desempeñar un conjunto de ocupaciones significativas, que en el caso de las mujeres, están asociadas a labores domésticas y de cuidado de otros, estableciéndose desigualdad en el acceso al empleo, formación y recreación, a partir de una lógica de poder en favor de los hombres, que inhibe la participación activa de las mujeres como protagonistas de su vida. Desde allí la Terapia Ocupacional, utiliza el concepto de autonomía, referido a la “capacidad de cuidar y ser responsable de uno mismo, así como de elegir y expresar la propia identidad”, como un punto clave de intervención, donde se propicia que las mujeres consultantes participen activamente en la comunidad, mediante la integración a roles productivos que les permitan explorar sus intereses, fortalecer sus habilidades, organizar rutinas balanceadas y finalmente adaptarse a sus contex-

tos relevantes, haciendo hincapié al trabajo con la familia, asociado a la reorganización de tareas domésticas y de cuidado, desvinculándose de este modo de los roles tradicionales de género y avanzando hacia un modelo de igualdad de derechos.

La instauración de prácticas que faciliten el acceso a un abanico de oportunidades ocupacionales en el ámbito de la educación, empleo, cultura, recreación y autocuidado, nos ha permitido empoderar a las usuarias, quienes se visualizan desde un rol más activo en las diferentes esferas de su vida, interviniendo en la resolución de conflictos y toma de decisiones en el hogar –trabajo- estudio, decidiendo experimentar placer a partir de la exploración de pasatiempos, evitando y alejándose de situaciones donde se vulneren sus derechos, delegando actividades domésticas y de cuidado con familiares, en definitiva, ejerciendo un rol de auto abogacía y ciudadanía mediante la libertad de expresión y elección de acuerdo a sus deseos, necesidades y aspiraciones, resistiendo la opresión de otras fuerzas externas.

Desde nuestra experiencia, es importante desarrollar un proceso de evaluación que permita dar cuenta de las particularidades e historia de vida de cada usuaria, además de las necesidades más relevantes en cada esfera de intervención, esto lo logramos a través de la implementación de sesiones individuales semanales con cada profesional. En este sentido, destacamos como un elemento clave y diferenciador, la capacidad de nuestro equipo para integrar las diferentes disciplinas de manera holística y global en el proceso de diagnóstico. Consecutivamente se trabaja en la co construcción de objetivos que sean significativos y alcanzables para la usuaria, de esta manera se garantiza un espacio de contención y apoyo al proceso de tratamiento, abordando integralmente las áreas involucradas y relevantes en la vida de las mujeres dentro de un tratamiento que promueve la inclusión, el respeto y el crecimiento personal.

Es así como el trabajo terapéutico realizado por nuestro equipo, en el marco del enfoque de género, tiene como objetivo el abordaje de las multicausalidades que pudiesen estar involucradas en el inicio del consumo de sustancias, tomando en cuenta las necesidades propias por el hecho de ser mujer.

Desde nuestra experiencia, el bajo índice de usuarias que se acerca a solicitar tratamiento, responde muchas veces a la vergüenza o miedo a la estigmatización. En virtud de lo anterior, como centro especializado en temáticas de género, buscamos potenciar y resignificar los espacios de desarrollo en las áreas tanto personal como social, propiciando el auto cuidado y el cumplimiento de los objetivos que construyan el camino hacia una mejor calidad de vida.

Finalmente, reflexionar acerca del desafío que significa intervenir con este perfil de usuarias, ya que debemos ser garantes de derechos de las mujeres, empoderándolas para que sean capaces de desarrollar sus propias herramientas que le permitan salir de la exclusión en la que se encuentran.

Desafío que además engloba sensibilizar a las redes con las cuáles debemos establecer vínculos para propender a la inclusión de nuestras usuarias a los diversos sistemas sociales en los cuales deberán desenvolverse al finalizar su tratamiento, y por qué no ser artífices, contribuir e incidir en la creación de las políticas públicas de género.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, H. (2016). *Terapia Ocupacional y Género.: exploración de su relación histórica a través de la literatura científica*. Trabajo de fin de grado. Universidad de Coruña.

Deci, E y Ryan, R. (1975). *Teoría de la autodeterminación y la facilitación de la motivación intrínseca, desarrollo social y el bienestar*. Artículo, University of Rochester.

Guajardo, H. y Kushner, D. (2005). *Trastorno adictivo: una forma de dar coherencia a la construcción de la realidad*. Artículo publicado en *Revista Proyecto de Organización Proyecto hombre de España*, 56.

Linares, L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.

Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.

**TALLERES
PSICOFLAMENCOS:
PROGRAMA DE
DESARROLLO
SOCIOAFECTIVO Y DE
EMPODERAMIENTO
PARA CONTRIBUIR AL
TRABAJO TERAPÉUTICO
REALIZADO CON
DROGODEPENDIENTES**

**PSYCHOFLAMENCO WORKSHOPS:
SOCIOAFFECTIVE DEVELOPMENT
AND EMPOWERMENT
CONTRIBUTING TO THERAPEUTIC
INTERVENTION WITH DRUG
USERS**

ROSER VICENTE MARÍN

Psicóloga licenciada en la Universidad de Barcelona, habilitada como Psicóloga Sanitaria.

RESUMEN

La metodología liberación flamenca integra los beneficios de la terapia grupal, del ejercicio físico, de la relajación, de la música, de la danza y de la expresión emocional y aporta un trabajo enfocado a la gestión emocional y al entrenamiento de habilidades socioafectivas a través del baile y la música flamenca, ofreciendo así un espacio de trabajo terapéutico con las emociones, el cuerpo y el grupo desde una perspectiva de género y de forma lúdica.

La forma de materializar la metodología Liberación Flamenca son los Talleres Psicoflamencos, que pretenden contribuir al trabajo psicoterapéutico que llevan a cabo las personas drogodependientes en tratamiento entorno a la autoestima, la gestión emocional, la comunicación asertiva, el autoconcepto, la relación con el propio cuerpo, la sensualidad y el análisis de mitos y estereotipos de género, todo ello a través de una actividad que puede aportar a los/as usuarios/as del grupo una afición común a través de la cual socializar fuera del taller.

PALABRAS CLAVE

Metodología liberación flamenca, gestión emocional, habilidades socioafectivas, perspectiva de género, talleres psicoflamencos.

ABSTRACT

The flamenco liberation methodology integrates the benefits of group therapy, physical exercise, relaxation, music, dance and emotional expression and provides a work focused on emotional management and the training of socio-emotional skills through dance and flamenco music, thus offering a therapeutic work space with emotions, body and group from a gender perspective and in a playful way.

The way to materialize the Flamenco liberation methodology are the Psychoflamenco workshops, which aim to contribute to the psychotherapeutic work carried out by drug addicts in treatment around self-esteem, emotional management, assertive communication, self-concept, the relationship with one's own body, sensuality and the analysis of myths and gender stereotypes, all through an activity that can provide the users of the group with a common hobby through which to socialize outside the "taller".

KEY WORDS

Flamenco liberation methodology, Emotional management, Socio-affective Skills, Gender perspective, Psychoflamenco workshops.

Los talleres psicoflamencos se crean con la finalidad de contribuir al trabajo terapéutico realizado con drogodependientes, mujeres que sufren o han sufrido procesos de violencia de género y hombres que la ejercen, sabiendo, aquellos/as profesionales que trabajamos en el ámbito de las drogodependencias, que son problemáticas confluyentes y que se retroalimentan. La vinculación existente entre el consumo de drogas y la violencia ha sido estudiada por múltiples autores. Por ejemplo, Bennett y Lawson (1994) encontraron que el 46% de los hombres que abusaban de las drogas también maltrataban, el 60% de las mujeres que consumían abusivamente drogas eran víctimas de violencia doméstica, y el 42% de las mujeres que recibían tratamiento por la violencia doméstica sufrida también abusaban de drogas. (Amor, 2011)¹.

Los talleres psicoflamencos integran los beneficios de la terapia grupal, del ejercicio físico, de la relajación, de la música, de la danza y de la expresión emocional y aportan a través de la metodología “liberación flamenca” un trabajo enfocado a la gestión emocional y al entrenamiento de habilidades sociales a través del baile y la música flamenca, ofreciendo así un espacio de trabajo terapéutico con las emociones, el cuerpo y el grupo desde una perspectiva de género y de forma lúdica.

¿QUÉ SON LOS TALLERES PSICOFLAMENCOS?

Los talleres psicoflamencos fomentan la interacción entre las personas usuarias con un tinte flamenco, educativo, analítico y crítico con el patriarcado, adecuados para trabajar ciertos aspectos socioafectivos como la autoestima, la gestión de las emociones, la comunicación asertiva, el auto concepto, la relación con el propio cuerpo, la sensualidad y el análisis de mitos y estereotipos de género, siendo el enfoque de género la guía y la concienciación, el análisis, la crítica de los roles

de género asignados por el patriarcado y el empoderamiento de las personas usuarias el objetivo del trabajo realizado en el taller. Todo ello a través de una actividad que puede aportar al grupo una afición común a través de la cual socializar fuera del taller.

Ofrece un espacio de interacción, respeto y aceptación cercano al formato terapéutico de grupo junto con unas herramientas artísticas con las que trabajar y expresar las emociones y desarrollar las habilidades socioafectivas entorno a lugares comunes, temas y miedos que afrontamos todos/as desde nuestro rol de género y des de la idea de “amor romántico” inculcada.

Ambas, música y danza, como expresiones artísticas, sirven como nexo entre el mundo interior y exterior de la persona, posibilitando la representación de la realidad, la expresión de pensamientos, sentimientos y vivencias y ofreciendo un espacio y unas herramientas para expresar a través del cuerpo y el arte aquello que a veces no se sabe expresar mediante palabras o que no ha tenido otro espacio para salir al exterior, abriendo así el camino a la sublimación de una forma sana, constructiva y creativa.

¿POR QUÉ SON ADECUADOS PARA PERSONAS DROGODEPENDIENTES?

Las mujeres que solicitan tratamiento por drogodependencias tienen más riesgo que el resto de mujeres de sufrir maltrato puesto que suelen ir asociados ciertos déficits psicológicos como una baja autoestima o problemas de asertividad, así como un entorno social de apoyo pobre, o carencias afectivas.

Ser mujer y adicta, supone un doble factor de riesgo para sufrir violencia familiar² (Chait y Zulaica, 2005). Por otro lado, el maltrato predispone a la adicción a la víctima, pudiéndose entender la drogodependencia o los trastornos

1 Amor, P.J., Corral, P., Bohórquez, A., Oria, J.C., Rodríguez, M.; López, F., Calderón, D. “Violencia de género y adicción a drogas en centros de día”. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, 2016.

2 Chait.L. y Zulaica Calvo, B. “Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención”. Trastornos adictivos 2005;7(2): 104-13.

de la imagen corporal como formas de autodes-trucción o como estrategia disfuncional para hacer frente a la situación. (Maganto y Cruz, 2000)³

Hay relación entre los fenómenos de drogode-pendencia y violencia de género. Las mujeres, o bien tratan de neutralizar sus reacciones traumá-ticas adormeciendo sus sentidos con drogas, o bien tienen más tendencia a llevar un tipo de vida asociado al consumo de sustancias que les pone en mayor riesgo de ser maltratadas.

Aunque no haya un perfil de mujer maltratada ni de hombre maltratador, y por tanto se requiera una intervención que permita la adaptación a los diversos perfiles, sí hay ciertas características comunes en estas mujeres, tras pasar por una si-tuación traumática de esta índole, que además coinciden con algunas propias de personas dro-godependientes como la baja autoestima, cierto grado de aislamiento social, dependencia de la pareja, culpabilización, sentimiento de impoten-cia, indecisión y/o utilización de patrones de co-municación extremos, pasivos o agresivos. Lo que hace posible además de necesaria la intervención de ambas problemáticas, tanto en hombres como en mujeres, puesto que parecen retroalimentarse ambos factores.

Es importante, pues, la intervención en el entre-namiento de habilidades sociales y afectivas tales como el auto concepto, la autoestima, la ex-presión asertiva de los propios sentimientos y deseos, la escucha, la empatía, la negociación, los propios límites, el trabajo en equipo y la cooperación, técnicas de relajación etc.⁴ (Vazquez, 2016)

Una intervención con el objetivo general de contribuir al empoderamiento de las personas usuarias y a la concienciación sobre la posición en la que nos sitúa la sociedad a partir de la socia-lización de género, a través de los talleres psico-flamencos que proporcionan un espacio guiado y respetuoso, para la expresión emocional y el

trabajo de habilidades socio afectivas, necesario para poder romper el ciclo de la violencia y los es-tereotipos que sustentan el machismo.

El enfoque de género es la base del taller puesto que es necesario para el encuadre de la violencia machista y para el análisis y cuestionamiento de los mitos y estereotipos de género que la sostie-nen y transmiten, además de imprescindible para poder abordar el flamenco desde una perspectiva crítica y escoger materiales adecuados.

El flamenco no es más machista que otras re-presentaciones artísticas de la realidad, el trabajo socioafectivo que se puede realizar es muy rico si nos acercamos a él desde un enfoque crítico y de género.

La forma ideal para trabajar estos aspectos en combinación con la psicoterapia individual es el grupo, en éste encontramos un espacio confiden-cial y de respeto mutuo, guiado por una profesio-nal, donde mujeres que han vivido situaciones de violencia pueden servirse de espejo y ayudarse en el entrenamiento de habilidades socioafectivas, además de encontrar en él un apoyo social.

Los talleres psicoflamencos son un espacio adecuado para la terapia grupal puesto que aportan, además, beneficios que el grupo per se no ofrece, como aquellos relacionados con la música y la expresión corporal, con el ejercicio, con el entrenamiento de habilidades socioafecti-vas, con el enfoque de género y sobre todo bene-ficios relacionados con la creación de un espacio menos rígido que el terapéutico a través del cual lograr los objetivos.

¿POR QUÉ EL FLAMENCO ES ADECUADO PARA TRABAJAR LAS EMOCIONES?

El flamenco es el “arte de la expresión emocio-nal” por antonomasia. El cante, el compás y el

3 Maganto, C. y Cruz, S. “ La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género”. Facultad de Psicología Universidad del País Vasco. (Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.)

4 Vazquez Ramirez, Mario Alberto. “Programas de desarrollo social/afectivo para alumnos con problemas de conducta. Manual para psicólogos y educadores”. Instituto de Educación de Aguascalientes, México, 2016.

baile, están impregnados de emociones que fácilmente nos transportan a un espacio íntimo. Es por eso que es una herramienta muy potente para drogodependientes, desde un acercamiento crítico y a través del trabajo con las emociones, el cuerpo y el grupo.

El baile flamenco nos invita a comunicar no solamente lo socialmente correcto, lo lúdico, la felicidad, el optimismo, la sensualidad, etc. sino que también le otorga importancia a la ira, la rabia, la soledad, la frustración, la tristeza, etc.

El cante flamenco, explicado de una forma muy genérica consta de diversas ramas, y cada una de estas contiene los diversos palos flamencos, diferentes entre ellos por su métrica, por la emoción que expresa, por su origen, por su estructura, por la forma en que se interpretan en el baile, etc. Los talleres psicoflámencos plantean una selección de palos y letras flamencas para acercarnos a las emociones y trabajarlas a través de pequeñas coreografías y dinámicas de grupo en un espacio lúdico y creativo. Implica un trabajo individual y grupal con las propias emociones y experiencias vitales a través de los distintos palos. Así, por ejemplificar, la alegría necesita abordarse desde las experiencias vitales de optimismo y entusiasmo; la bulería, que procede del término “burlería”, desde el sentido del humor, desde la autoestima y la seguridad en una misma, y desde la asertividad; para bailar por soleá necesitaremos conectar con las vivencias y emociones que nos conducen a la frustración, a la decepción, a la soledad, a la tristeza; para bailar por seguiriya necesitamos trabajar desde el enfado, desde la pérdida, la rabia y/o la impotencia y para adentrarse en los tangos hay que analizar la propia sensualidad y sentirse segura con ella, espacio ideal para analizar los estereotipos de género, etc. Por otro lado, como La India explica en *“el flamenco, mi inspiración”*, también se corresponden los palos del flamenco con las diferentes etapas de la vida:

“La niña, la adolescente, la mujer...etapas de la vida que se corresponden con los roles que hemos ejercido: hija, madre, compañera, profesional... Representamos a cada uno en su momento, pero conviven en nuestro presente. Nuestro baile madura con la edad, esto está claro, pero muchas veces la niña, la adolescente y la mujer danzan al unísono rotando el protagonismo. Todos los roles, todos los palos.”⁵

LA METODOLOGÍA LIBERACIÓN FLAMENCA

Origen, descripción y justificación

El trabajo socioafectivo a través del flamenco, aplicable a una gran variedad de destinatarios/as, es útil sobre todo en aquellos colectivos en riesgo de exclusión social⁶ (Moreno, 2016), pero tanto por mi formación profesional en psicología, drogodependencias y violencia familiar como por la propia experiencia como mujer en el aprendizaje del baile flamenco, considero esta metodología ideal para usuarios/as de la red de drogodependencias y aquellos/as profesionales a cargo.

Comparte todos los beneficios de la actividad física, es una actividad guiada por una terapeuta especializada y además de practicarse en grupo requiere de una interacción y comunicación dentro de éste, ofreciendo incluso facilidades y eventos para socializar fuera del grupo (aspecto muy importante en colectivos que sufren cierto grado de aislamiento social), conserva los beneficios del grupo terapéutico y es una mina de contenido para el trabajo emocional, tan necesario para las personas que quieren rehabilitarse y reinserarse en la sociedad.

De la misma forma que hay relación entre el estado de salud y la emoción, la hay entre el baile flamenco y la emoción. Cuerpo y mente no van por separado. Las emociones se regulan en

5 Di Domenicoantonio Gutiérrez, María Virginia. “El flamenco. Mi inspiración”. Editorial Círculo Rojo, 2015, Almería.

6 Moreno González, Ascensión. “La mediación artística: Arte para la transformación social, la inclusión social y el desarrollo comunitario”. Editorial Octaedro, Madrid, 2016.

el cerebro y éste regula todo el funcionamiento del cuerpo. Todo lo que pasa en el cuerpo tiene impronta de la actividad cerebral, de la misma forma que el cerebro influye en lo que ocurre en el cuerpo. Una situación conflictiva genera angustia, inquietud y tensión que se refleja en el cuerpo en forma de dolores muscular en las cervicales, dolor de cabeza, dolor de estómago o diversas formas de somatizar en función de la persona. También ocurre al contrario, un dolor o enfermedad provoca un cambio en el estado de ánimo y en las emociones produciendo mal humor; enfado, irritabilidad, depresión, etc. Por tanto la interrelación entre las partes del cuerpo es total. Los cambios fisiológicos de la musculatura, funcionamiento de órganos internos, circulación sanguínea y otros aspectos afectan directamente a la respuesta emocional y al mismo tiempo nuestras emociones conllevan respuestas fisiológicas.

De aquí que el baile flamenco como trabajo corporal es una de las maneras de regular y modificar el estado emocional. Muchas de las personas que hacen algún trabajo físico de tipo voluntario como entretenimiento tienen como recompensa un estado emocional de optimismo, alegría y bienestar, a pesar del esfuerzo físico. Este fenómeno tiene una explicación fisiológica, las endorfinas tienen un papel de analgésicos endógenos muy valioso, ya que funcionan como los opiáceos a nivel endógeno pero sin ningún efecto adverso, como la medicación destinada a mejorar el estado anímico. Al bailar, al disfrutar, se liberan endorfinas, además esta mejora emocional se ve incrementada con aspectos intrínsecos a la práctica del baile flamenco tales como la sublimación a través de la expresión emocional o la pertenencia al grupo.

Evidentemente la metodología parte de la idea de que para poder lograr un cambio en el estado emocional a través del baile flamenco debe tratarse de una actividad adecuada a nuestra capacidad o rendimiento. Si el ejercicio es de un nivel de exigencia mucho mayor al de las personas participantes no habrá un cambio hacia la dirección que se pretende.

¿POR QUÉ ES ADECUADO EL FORMATO GRUPO?

El grupo es un escenario natural donde aprender, practicar, perfeccionar y generalizar las habilidades. El hecho de que las personas que se reúnen en un mismo grupo tengan estilos de actuación diferentes enriquece el aprendizaje por observación de sus miembros y proporciona oportunidades más variadas y naturales para practicar las habilidades socio afectivas.

- El grupo sirve de contexto de comparación social y validación consensual. El grupo actúa como marco de referencia, sirve para analizar las situaciones y los comportamientos desde un punto de vista conjunto y como referencia posterior para las personas usuarias.
- El grupo es un contexto de ayuda y apoyo mutuo. Cuando las personas sienten que forman parte de un grupo y que hacen algo con otros para solucionar sus problemas se facilita que se expresen emocionalmente, que aumenten su autoestima, que desarrollen vínculos de cooperación y promuevan relaciones sociales en un clima agradable.
- El grupo es un contexto donde aprender y desarrollar habilidades socio afectivas esenciales que son necesarias para la vida real como saber comunicarse, escuchar, participar, respetar los turnos de palabra, dar retroalimentación, mostrar desacuerdos, poner límites, etc.
- En los grupos de mujeres es posible trabajar la sororidad.

OBJETIVOS DE LOS TALLERES PSICOFLAMENCOS

Los talleres psicoflamencos dirigidos a personas drogodependientes nacen con la finalidad de acompañar y facilitar el proceso de ruptura con el ciclo de la violencia y con las ideas de género preestablecidas desde el patriarcado además de pretender cierta rehabilitación a nivel cognitivo y social en un perfil de usuario/a con carencias en esos ámbitos.

El concepto empoderamiento, útil tanto para hombres como para mujeres drogodependientes, hace referencia al proceso por el cual las mujeres, en un contexto en el que están en desventaja por las barreras estructurales de género, adquieren o refuerzan sus capacidades, estrategias y protagonismo, tanto en el plano individual como colectivo, para alcanzar una vida autónoma en la que puedan participar, en términos de igualdad, en el acceso a los recursos, al reconocimiento y a la toma de decisiones en toda las esferas de la vida personal y social. Actualmente esta expresión conlleva también la toma de conciencia del poder individual y colectivo de las mujeres y que tiene que ver con cambios para la superación de las prácticas culturales y estructurales que contribuyen a perpetuar su situación de desventaja y desigualdad.

El proceso de empoderamiento debe ir dándose necesariamente para romper el ciclo de la violencia (la comprensión del ciclo de abuso es el primer paso para romperlo) y para ello este proceso debe incorporar también una visión crítica sobre el sistema de género y sobre los papeles y estereotipos asignados por el género a los sexos, tanto en hombres como en mujeres, y debe acompañarse por estrategias que potencien la igualdad efectiva en el acceso a los recursos básicos.

Los talleres psicoflamencos son un espacio cuyo objetivo es también promover la reflexión crítica sobre dos de los aprendizajes básicos en que se sustenta la violencia patriarcal: por un lado, el aprendizaje de las identidades masculina y femenina que preparan los chicos para ejercer el poder y la autoridad, y a las chicas para asumir la subordinación. Y por otra parte, el aprendizaje de los ideales del amor romántico, el modelo de relación afectiva imperante en nuestra sociedad donde el amor verdadero queda vinculado al sufrimiento, a las dificultades, los obstáculos imposibles y su superación como prueba de amor, a la renuncia a la propia individualidad y la necesidad de fusión y simbiosis.

Así, mediante el entrenamiento de habilidades socio afectivas y el análisis y reflexión de grupo, el taller psicoflamenco se centra en la consecución de los siguientes objetivos más específicos:

- Incrementar la autoestima de las personas participantes.
- Mejorar habilidades socioafectivas que faciliten el empoderamiento potenciando el desarrollo de habilidades sociales y comunicativas: asertividad, empatía, respeto, capacidad de diálogo y de expresión de emociones.
- Facilitar el aprendizaje en otras áreas, música, danza, sentido del ritmo.
- Vencer miedos.
- Ayudar a la reinserción social y laboral.
- Comprobar la capacidad de aprender y realizar actividades novedosas.
- Reducir el estrés y la ansiedad emocional.
- Crear red social.
- Conocer sus potencialidades y creer en ellas.
- Expresar la creatividad.
- Mejorar las relaciones sociales.
- Romper la creencia y transmisión de mitos y estereotipos de género.
- Centrar la atención hacia un objetivo.
- Trabajar en equipo, fomentar la cooperación y las redes sociales.
- Marcar retos.
- Aprender técnicas de relajación.
- Crear hábitos saludables y formas de sublimar las emociones.
- Encontrar un espacio social de creatividad y diversión.
- Favorecer una perspectiva crítica en relación a los estereotipos de género y las limitaciones, discriminaciones y desigualdades que provocan.
- Proporcionar modelos alternativos a la masculinidad y feminidad tradicional (asociada a la subordinación del bienestar propio a las necesidades de los demás).

- Favorecer la reflexión crítica sobre las ideas sobre las relaciones afectivas, sobre el amor y los papeles diferenciales que corresponde jugar a hombres y mujeres en estas relaciones.
- Concienciar de los obstáculos que la idea del amor asociada a la renuncia a la propia individualidad y el sacrificio supone para la autonomía de la persona y para unas relaciones de pareja más igualitarias.
- Entrenar habilidades como la atención, la concentración y la memoria en usuarios/as deteriorados a nivel cognitivo en mayor o menor grado.
- Despertar el espíritu de superación.

ESTRUCTURA DEL TALLER

Se fomenta en la medida de lo posible la autonomía y la capacidad de decisión de las personas participantes, pretendiendo con esto un grupo vivo y cohesionado, más parecido a un formato de grupo terapéutico que a una clase de danza en que el profesor enseña y el alumno/a atiende.

Se trata de grupos de un máximo de 10 personas en sesiones de 90 minutos que incorporan las siguientes actividades:

- Calentamiento.
- Tiempo de aprendizaje del palo flamenco seleccionado a través de la comprensión de su compás y de una pequeña parte de coreografía.
- Dinámica de grupo y/o análisis y reflexión grupal
- Relajación

EJEMPLO DE TALLER PSICOFLENCO REALIZADO CON LAS MUJERES DEL CENTRO CAN PARELLADA, EN CATALUÑA

- **INTRODUCCIÓN A LA DINÁMICA: “SOY LA PERSONA MÁS IMPORTANTE DE MI VIDA”**
Reflexión grupal en torno a las pérdidas a raíz de la drogodependencia con la intención de guiar hacia la identificación por parte de las usuarias de la degeneración o pérdida de la relación con ellas mismas.
- **LECTURA Y AUDICIÓN DE UNA CANCIÓN FLAMENCA ADAPTADA AL TALLER :**

“FARRUCA DEDICADA A MÍ MISMA”

“Báilame (espacio para que la usuaria ponga su nombre).

Tira al viento todas tus penas,

Rompe ya todas tus cadenas

Y olvida tu sinrazón.

Mira que el cariño que te tengo desde niña...

Yo te quiero más que a nadie en este mundo”.

Se vuelve a reproducir la canción mientras las usuarias seleccionan de la siguiente lista, la frase con la que más cómodas se sienten o más se identifican:

- “soy la persona más importante de mi vida”
- “me quiero más que a nadie”
- “me quiero y me prometo no volver a abandonarme”
- “me quiero y me prometo no volver a tratarme mal”
- “prometo cuidarme más que a nadie”
- “ me quiero, me quiero grande, me quiero libre”
- “ esta es la persona a la que más voy a cuidar”
- “yo soy mi mayor responsabilidad”

Se les pide que memoricen la frase seleccionada para usarla en la siguiente actividad.

• CALENTAMIENTO

Las usuarias bailan al espejo copiando a la tallerista y también usando libremente el espacio e improvisando con los movimientos y sensaciones marcadas por la profesional para ir perdiendo la vergüenza, soltando el cuerpo, haciéndose grandes y poniéndose en situación.

• DINÁMICA DE GRUPO

Las usuarias reciben la indicación de bailarse a ellas mismas al espejo mientras las compañeras, detrás, la jalean y le dan palmas. Baile libre y sin ninguna exigencia coreográfica, se les indica incluso la posibilidad de no bailar y simplemente mirarse al espejo, cantarse, se focaliza la actividad en que se encuentren en el espejo y se muestra la diferencia entre verse y mirarse. Una vez finalizan su intervención individual tienen la indicación de verbalizar la frase seleccionada anteriormente, con firmeza, al espejo.

• REFLEXIÓN GRUPAL Y CUESTIONARIO.

Las usuarias expresan las emociones que han sentido mientras se bailaban. Se analiza por qué algunas se podían mirar y otras no, cómo se miraban (con lástima, con rabia, con miedo, etc.) por qué algunas se emocionaban al mirarse y otras no, y las reflexiones que van surgiendo en el grupo. Una vez han podido participar todas las usuarias y expresar cómo se han sentido durante la experiencia, se les pasa el siguiente cuestionario:

- ¿Qué siento cuando me bailo?
- ¿Qué siento cuando me encuentro en el espejo?
- ¿Cómo me hace sentir bailar dentro del corrillo rodeada de compañeras?
- ¿Por qué soy la persona más importante de mi vida?

• ESTIRAMIENTO Y RELAJACIÓN

Algunos ejemplos de respuestas de las usuarias de Can Parellada :

- ¿Qué siento cuando me bailo?
 - “Tristeza, pero he estado segura de mí misma”
 - “Siento una sensación de profundo relax”
 - “Rabia, tristeza, muchas ganas de llorar, pensando qué me he hecho, cómo me he maltratado”
 - “No sabía cómo reaccionar al principio, pero me encanta mirarme y pensar que a partir de ahora voy a cuidarme y me queda toda la vida por delante”
 - “Me siento eufórica”
- ¿Cómo me hace sentir bailar dentro del corrillo rodeada de compañeras?
 - “Al principio es incómodo, luego caluroso”

“Me hace sentir grande, mucho más grande de lo normal y me encanta esa sensación”

“Muy bien, me he reído. Y muy arropada”

“Tímida y a la vez reconfortada por el calor de ellas. Me ha costado pero me he sentido muy bien”

“Me siento alegre”

- ¿Por qué soy la persona más importante de mi vida?

“Porque yo me quiero, yo valgo, yo sólo tengo una vida”

“Porque yo soy la única persona responsable de mis hechos”

“Porque yo me quiero”

“Porque todos los demás son secundarios, si yo me hago daño nunca podré estar bien, por lo tanto nunca podré estar bien para los demás y sobre todo para mí”

“Porque cada día me quiero más”

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. Tubert, S. “Intervención en drogodependientes con enfoque de género”. Salud 10. Instituto de la Mujer. Madrid 2007.

Cervera, P.; Marroquí, M. “Interiorización de los falsos mitos de amor romántico en jóvenes.” Reidocea. Volumen 3. Artículo 20. Pags. 142-146.

Chadwick, Whitney, “Mujer, arte y sociedad”. Editorial Destino, Barcelona, 1992.

Chait, L. y Zulaica Calvo, B. “Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención”. Trastornos adictivos 2005;7(2): 104-13.

Clari Duato, E., Gómez Moya, J. y Saiz Cañete, A. “Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales.”

Corsi, J. “la violencia hacia la mujer en el contexto doméstico”. Fundación Mujeres.

Cruz, S. y Maganto, C. “La imagen corporal y los trastornos alimenticios; una cuestión de género”. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente, 2000; 30, 37-44.

Díaz Aguado, M.J. “Adolescencia, sexismo y violencia de género”. Papeles del Psicólogo, enero-abril, año/vol. 23, número 084. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Di Domenico Antonio Gutiérrez, María Virginia. “El flamenco. Mi inspiración”. Editorial Círculo Rojo, 2015, Almería.

Freixanet Mateo, M. coordinadora. “Relacions de gènere entre joves i adolescents. Com intervenir quan hi ha violència?”. Institut de Ciències Polítiques i Socials. 2014.

Maganto, C. y Cruz, S. “La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género”. Facultad de Psicología Universidad del País Vasco. (Comunicación presentada en XIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, que bajo el título “Trastornos de la personalidad en la infancia y en la adolescencia”, se celebró en Donostia/San Sebastián los días 27 y 28 de octubre de 2000.)

BIBLIOGRAFÍA

Amor, P.J., Corral, P., Bohórquez, .A., Oria, J.C., Rodríguez, M.; López, F , Calderón, D. “Violencia de género y adicción a drogas en centros de día”. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias, 2011.

Barreda Marina, M.A., Diaz Salazar, M., Ena de la Cuesta, S., López Jiménez, C., Rodríguez Pérez, M., Sánchez Vallejo, S., Zulaica Calvo, B. “Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación un modelo de intervención”. Madrid Salud, Instituto de Adicciones, 2005.

Bertherat, Thérèse. “El cuerpo tiene sus razones. Autocura y Antigimnasia”. Editorial Paidós. Barcelona, 2014.

Moreno González, Ascensión. "La mediación artística: Arte para la transformación social, la inclusión social y el desarrollo comunitario". Editorial Octaedro, Madrid, 2016.

Mundet Bolós, Anna; Beltrán Hernández, Ángela; Moreno González, Ascensión. "Arte como herramienta social y educativa". Revista Complutense de Educación, Norteamérica, 26, feb. 2015. Disponible en: <<http://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/43060>>

Paula Pérez, Isabel. "Habilidades sociales: Educar hacia la autorregulación. Conceptualización, evaluación e intervención". Editorial Horsori, 2000.

Vazquez Ramirez, Mario Alberto. "Programas de desarrollo social/afectivo para alumnos con problemas de conducta. Manual para psicólogos y educadores". Instituto de Educación de Aguascalientes, México, 2016.

WEBGRAFÍA

[Http://www.inmujer.gob.es/](http://www.inmujer.gob.es/)

<http://dones.gencat.cat/ca/inici/>

La página web del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades y la página web de l'Institut Català de les Dones ofrecen interesantes documentos, artículos, publicaciones y estadísticas relacionados con la igualdad entre hombres y mujeres.

<http://www.juntadeandalucia.es/iam/catalogo/doc/iam/2009/28777.pdf>

En la guía de coeducación Abre los ojos, el amor no es ciego, del Instituto Andaluz de la Mujer (2009), se muestra una serie de cuestiones básicas que conviene que la persona, tenga o no pareja, se plantee y que tiene que ver con los aspectos básicos de una relación amorosa saludable y, por otro lado, también en cómo detectar si nuestra pareja reúne los cuatro pilares en los que ha de sustentarse una relación saludable.

www.liberacionflamenca.es

Para más información sobre los talleres psicoflamicos.

ENFOQUE DE GÉNERO EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES ADOLESCENTES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA (INCLUYENDO CONDUCTAS ADICTIVAS): MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DE CENTROS ESPECÍFICOS DE PROTECCIÓN

GENDER FOCUS IN YOUNG WOMEN WITH BEHAVIOURAL DISORDERS (INCLUDING ADDICTIVE BEHAVIOURS) INTERVENTION: MONITORING AND FOLLOW-UP OF SPECIFIC PROTECTION CENTERS.

DEPARTAMENTO TÉCNICO
DIANOVA ESPAÑA

RESUMEN

Las mujeres jóvenes con problemas de conducta, incluyendo problemas con las conductas adictivas, son un grupo de especial vulnerabilidad que requieren intervenciones específicas adaptadas a sus intereses y necesidades. La intervención en los centros de protección de menores debe estar basada en la calidad y la continua revisión de los servicios y programas. Dianova España desarrolla en sus centros de menores sistemas de monitorización y seguimiento que permiten evaluar dicha calidad, especialmente en los estándares relacionados con la mejora de calidad de vida y cuidado de estas mujeres.

PALABRAS CLAVE

Enfoque de género, mujeres adolescentes, problemas de conducta, monitorización y seguimiento.

ABSTRACT

Young women with behavioural disorders, including addictive behaviours problems, are a special vulnerability group that require specific interventions, adapted to their interests and needs. Intervention in protection of young people centers must be sustained in quality and continuous revision of services and programs. Dianova España develops in their young people centers systems of monitoring and follow-up that allow to evaluate that quality, especially in standards about improve of life quality and care for these women.

KEY-WORDS

Gender focus, adolescents women, behavioural disorders, monitoring and follow-up.

“La igualdad de género es un principio jurídico universal y un derecho fundamental.

Asociación Dianova España tiene como una de sus prioridades favorecer la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en todas sus actividades, eliminar toda discriminación basada en el género y permitir el empoderamiento de la mujer, un concepto que se aplica en todas las actividades y planificaciones de Asociación Dianova España para garantizar el respeto de las diversidades y derechos entre los géneros, evitando desequilibrios socioeconómicos en la vida de las personas beneficiarias de sus acciones.”(Textos por la Igualdad, ADE 2016).

Dentro de los grupos de mujeres desfavorecidas, uno de los más sensibles y necesitados de una atención específica son las mujeres adolescentes en acogimiento residencial especializado que presentan problemas de conducta (incluyendo conductas adictivas). Son mujeres en una situación de vulnerabilidad y riesgo social que se puede convertir en permanente exclusión si no se les ayuda debidamente a encontrar un estilo de vida autónomo y se les ofrecen recursos adecuados a sus necesidades e intereses. Para ello, cada día se demandan programas de intervención más adaptados a estas condiciones, con el enfoque de género incluido dentro de los estándares de toda acción y con un objetivo claro de promover la autonomía de estas mujeres. Para conseguir este objetivo, dichos programas y centros de acogimiento residencial especializado deben estar validados, basados en estándares de calidad revisables y modificables, ser visibles y haberse adecuado a las condiciones, necesidades y circunstancias de dichas mujeres.

“Implementación de un sistema de evaluación (Monitorización y seguimiento) en Servicios de Atención Residencial para menores tutelados y ex tutelados” es un proyecto de Asociación Dianova España, enmarcado en la convocatoria de subvenciones para la realización de programas de interés general con cargo a la asignación tributaria del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas del Gobierno de Navarra, para el año 2018. En dicho programa se ha desarrollado un sistema que evalúa de manera sistemática, utilizando es-

tándares de Calidad en la atención, la intervención con las mujeres (y los hombres) menores de edad que se encuentran en acogimiento residencial especializado dentro de un centro mixto para jóvenes con problemas de conducta (incluyendo conductas adictivas).

LA EXPERIENCIA DE DIANOVA EN CALIDAD Y EVALUACIÓN DE CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES

Desde que en el año 2013 Asociación Dianova España comenzó a desarrollar proyectos relacionados con la Evaluación de los centros y la aplicación de estándares de Calidad en centros de protección de menores, han sido continuos los proyectos de Calidad realizados por Dianova (2013-2018):

- Documentación y Validación de Buenas Prácticas en centros específicos de protección de menores (2013)
- Transferencia de Buenas Prácticas en centros específicos de protección de menores (2014)
- Implementación modelo ISO-9001/2015 en una ONG que trabaja en centros específicos de protección de menores (2015)
- Formación a administraciones sobre Calidad en la Intervención en centros específicos de protección de menores (2016-2018), en concreto con las administraciones responsables de los sistemas de protección de Madrid, Melilla y Canarias.
- Desarrollo e Implementación de un Sistema Monitorización y Seguimiento en centros específicos de protección de menores (2018)

Durante el año 2019 Asociación Dianova España va a proseguir con la siguiente fase del programa, que permitirá, entre otros resultados previstos, la implementación de un sistema de evaluación (Monitorización y Seguimiento) en Servicios de Atención Residencial para menores que en términos de mejora de la calidad y la prestación del servicio se incorporen. Para ello, se ampliarán

e implementarán dichos sistemas de evaluación identificados en el anterior estudio para la mejora de servicios residenciales para menores en situación de dificultad social.

METODOLOGÍA

En relación al proyecto “Implementación de un sistema de evaluación (Monitorización y seguimiento) en Servicios de Atención Residencial para menores tutelados y ex tutelados”, hablamos de “Monitorización y Seguimiento” cuando se realiza una evaluación continuada de un programa/intervención desde dentro, utilizando una recogida de información continuada con el objetivo esencial de gestionar y dirigir adecuadamente el programa.

Los objetivos del programa son:

Generales

El objetivo general del programa es la implementación de un sistema de evaluación de buenas prácticas en el centro educativo terapéutico Zanduetta (centro de acogimiento residencial especializado). Se trata de un sistema de evaluación continuada (monitorización y seguimiento) con el objetivo de mejorar los servicios residenciales de menores en situación de dificultad social e incorporarlas en sus planes de actuación y mejorar la calidad de vida de todos y de todas.

Específicos

- *En relación a las entidades financiadoras o reguladoras de los servicios: Aumentar la confianza y satisfacción. Mejorar en la rendición de cuentas, más orientada a resultados. Aumentar su número (fidelización).
- *En relación a la dirección: Mejor comprensión de lo que aporta valor a usuarios/as y otras partes implicadas. Mejorar en la capacidad de planificación, revisión y seguimiento. Tomar decisiones basadas en registros e indicadores. Crear un lenguaje y un marco conceptual comunes.

*Para el personal: Mejor conocimiento de lo que hay que hacer y cómo hacerlo. Mayor motivación e implicación. Mejorar el desarrollo de sus competencias profesionales.

*Para las organizaciones: Mayor eficacia y eficiencia en la consecución de objetivos. Alinear y sistematizar en todos los niveles. Reducir costes: eliminar errores, suprimir acciones sin valor añadido, disminuir burocracia. Evaluar el Impacto Social y los efectos no esperados de los métodos de intervención. Aumentar de la capacidad de respuesta ante oportunidades del entorno. Facilitar la comparación del nivel de desempeño entre sí.

Ha sido de suma importancia el enfoque de género en la metodología del proyecto, consistente en favorecer la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, eliminando todas discriminaciones basadas en el género y permitiendo el empoderamiento de la mujer. El enfoque de género, como aspecto transversal, se ha aplicado en todas las actividades y planificaciones del proyecto para garantizar el respeto de las diversidades y derechos entre los géneros, evitando de tal manera desequilibrios socioeconómicos en la vida de las personas beneficiarias del proyecto. Se han explicado a las personas beneficiarias la necesidad de promover y respetar esos valores. Las herramientas de difusión han transmitido constantemente mensajes dirigidos a sensibilizar sobre estos temas, y se ha invitado a todas las personas beneficiarias y participantes en el proyecto a que expresen sus reflexiones y opiniones acerca de los mismos. El hecho de que el centro monitorizado (como hemos dicho anteriormente, el centro de acogimiento residencial especializado Zanduetta en Navarra) sea un centro mixto ha facilitado la inclusión del enfoque de Género en el proyecto, así como los elementos diferenciales que favorecen el establecimiento de estándares de Calidad en la intervención con mujeres adolescentes en un centro específico de protección de menores con problemas de conducta (incluyendo conductas adictivas).

Partimos de una evaluación de las necesidades de los diferentes agentes implicados (usuarios/as directos/as, beneficiarios/as indirectos/as, profesionales participantes, voluntarios/as, elaboradores/as de políticas y agentes públicos, otros/as investigadores/as y evaluadores/as...). A partir de dicha evaluación se procedió al diseño de las acciones pertinentes, relacionándolas con los resultados obtenidos en años anteriores. Una vez diseñadas, procedimos a la progresiva Implementación, secuencial y organizada, para poder desarrollar intervenciones eficaces y realizar los ajustes y decisiones pertinentes lo antes y con el menor coste material y temporal posible. Cuando hablamos de decisiones, nos referimos a las relacionadas con el mantenimiento, la eliminación de todo o parte y la inversión en algunas de las áreas.

Posteriormente han sido extendidos los conocimientos y experiencias adquiridas a la Comunidad Foral de Navarra, y a cualquier persona interesada a través de redes sociales y medios de comunicación, con el objetivo de desarrollar un trabajo conjunto de transferencia de conocimientos y experiencias.

El programa está encaminado a implementar este proceso de mejorar la calidad el servicio mediante la implementación de las buenas prácticas, disminuyendo la brecha entre la situación ideal y el estado real, resultante en los centros residenciales con menores. Para ello, se ha llevado a cabo la realización del siguiente proceso participativo:

1. Identificación de partes interesadas.
2. Organizar con ellas un grupo de trabajo.
3. Delimitación de preguntas y temas de la evaluación: buenas prácticas.
4. Toma de decisiones sobre diseño, métodos y medición.
5. Recogida de la información/datos.
6. Análisis de datos.
7. Grupo de trabajo se implica en el análisis.
8. Decisión sobre cómo utilizar y aplicar los hallazgos.
9. Decisión sobre difusión de hallazgos.

En la monitorización y evaluación de la intervención, se han aplicado los estándares de calidad en acogimiento residencial determinados por el Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo, (Del Valle, 2012):

I) Los Recursos:

Estándar 1: Emplazamiento, estructura física y equipamiento

Estándar 2. Recursos humanos

II) Procesos Básicos:

Estándar 3: Derivación y recepción-admisión

Estándar 4: Evaluación de necesidades

Estándar 5: Proyecto de intervención individualizado (PII)

Estándar 6: Salida y transición a la vida adulta

Estándar 7: Apoyo a las familias para reunificación

III) Necesidades y bienestar:

Estándar 8: Seguridad y protección

Estándar 9: Respeto a los derechos

Estándar 10: Necesidades básicas materiales

Estándar 11: Estudios y formación

Estándar 12: Salud y estilos de vida

Estándar 13: Normalización e integración

Estándar 14: Desarrollo y autonomía

Estándar 15: Participación

Estándar 16. Uso de consecuencias educativas

IV) Gestión y Organización:

Estándar 17. Gestión del programa

Estándar 18. Liderazgo y clima social

Estándar 19. Organización laboral

Estándar 20: Coordinación entre profesionales

La particularidad de este proceso de monitorización y evaluación de programas ha estado en su enfoque de participación: cuando se planteaba establecer la evaluación como una actuación preferente, se estableció el compromiso ético de que dicha evaluación implicará al mayor número de agentes implicados (“stakeholders”) posible. No se trataba de evaluar únicamente a los beneficiarios (directos e indirectos) y a los profesionales (de diferentes formaciones), sino de recabar información relevante de y para todos los colectivos involucrados en los programas de intervención: voluntarios/as, elaboradores/as de políticas, otros/as evaluadores/as...

Durante este proceso, se generaron una serie de actividades con cada colectivo de agentes implicados: responsables de los programas, directores/as de los centros, educadores/as, profesionales sanitarios/as, usuarios/as, familias de usuarios/as, colaboradores/as, miembros de organismos oficiales... Fundamentalmente se han utilizado entrevistas, cuestionarios y grupos de discusión con los diferentes participantes en el estudio.

Finalmente, se han generado como productos del estudio:

- Un informe/ documento de síntesis, en formato físico y digital, que recogerá principales actividades, resultados y sistema de monitorización.
- Difusión de resultados en la web de Asociación Dianova España y en sus redes sociales.
- Presentaciones, publicaciones y comunicaciones orales del proyecto y sus resultados.

En suma, una oportunidad de seguir avanzando en el camino de la sistematización y la presentación de procesos y resultados acordes a las personas con las que trabajamos, respetando los principios éticos de la intervención, buscando la mejora continua y la Calidad en el servicio.

BIBLIOGRAFÍA

Arruabarrena Madariaga, I. , Guibert Espell, M., De Paúl Ochotorena, J., Pérez de Albéniz Iturriaga A. (2003) Manual de intervención en situaciones de desprotección infantil en la Comunidad Foral de Navarra. Servicio de Planificación y Coordinación de Políticas Sociales. Dirección General de Bienestar Social, Deporte y Juventud.

Del Valle, J.F y Bravo, A (2007) La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil. Madrid: Prentice Hall.

Del Valle, J.F y Bravo, A. (2009) Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. Papeles del Psicólogo, 30(1), 42-52.

Del Valle, J.F, y Fuertes Zurita, J. (2000) El acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid: Pirámide.

Del Valle, J.F., Bravo, A., Martínez, M., Santos, I. (2012) Estándares de calidad en acogimiento residencial. EQUAR. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Del Valle, J.F., Bravo, A., Martínez, M., Santos, I. (2012) Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado. E UAR-E. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Sorribas, M., García, A. y Gras, M. (2008) Intervención con familias y atención a menores en riesgo social. Barcelona: Altamar, SA.

VVAA (2015) Innovación y calidad en servicios residenciales de menores: transferencia de buenas prácticas. Madrid, Asociación Dianova

VVAA (2016) Textos por la Igualdad Asociación Dianova España. Madrid, Asociación Dianova.

ANEXO I: CUADRO DE INDICADORES

OBJETIVO	INDICADOR	Resultado esperado
Sistema de calidad	Nivel de implantación	100%
	Auditoría externa	sí
	Mapa de procesos	sí
	Nº de protocolos	100%
	Difusión de protocolos	100%
	Medición y seguimiento de procesos	sí
	Desarrollo y mantenimiento de sistemas de información y de recogida de datos	sí
	Asesoramiento de especialistas	sí
Satisfacción de los perfiles	Nº de cuestionarios de satisfacción realizados según perfil	5
	Frecuencia de la participación	anual
	Realización de documento con los resultados	anual
	Conclusiones, donde se reflejan objetivos a desarrollar en el siguiente año	anual
	Evaluación de la consecución de esos objetivos	anual
Participación de los/as profesionales	Nº de entrevistas realizadas con los/as superiores para detectar objetivos de mejora	5
	Elaboración de objetivos a desarrollar en el siguiente año	si
	Evaluación de la consecución de esos objetivos	anual
Valoración aspectos del centro	Nº de cuestionarios de satisfacción realizados según perfil	5
	Frecuencia de la participación	anual
	Realización de documento con los resultados	anual
	Conclusiones, donde se reflejan objetivos a desarrollar en el siguiente año	anual
	Evaluación de la consecución de esos objetivos	anual
	Nº de entrevistas realizadas con los/as superiores para detectar objetivos de mejora	5
	Elaboración de objetivos a desarrollar en el siguiente año	sí
	Evaluación de la consecución de esos objetivos	anual
Identificación de necesidades, de fallos y de problemas	Conclusiones de los cuestionarios de satisfacción y valoración y de las entrevistas desarrolladas con los/as profesionales, donde se reflejan objetivos a desarrollar que minimicen éstos	anual
	Evaluación de la consecución de objetivos	anual

OBJETIVO	INDICADOR	Resultado esperado
Adecuación de medidas a adoptar	Evaluación de la consecución de esos objetivos	anual
	Efectividad	90%
	Eficiencia	90%
Criterios de calidad de la atención	Sistema de quejas de usuarios/as, familias y profesionales	sí
PEC (Proyecto Educativo del Centro)	Nº de versiones realizadas	1 año
	Nº de revisiones	2 año
	Periodicidad de las revisiones	6 meses
RRI (Reglamento de régimen Interno)	Nº de versiones realizadas	1 año
	Nº de revisiones	2 año
	Periodicidad de las revisiones	6 meses
Programación anual	Nº de actividades y tipo que contempla	25
	Presupuesto	10% total
	Planteamiento de objetivos	sí
Memoria anual	Grado de consecución de los objetivos propuestos en la programación anual	90%
Adecuación del personal al centro	Ratio nº trabajadores/as/usuarios/as	1/2
	Evaluaciones protocolarizadas y objetivas del desempeño en el puesto de trabajo	2 año
Multidisciplinariedad en el equipo técnico	Nº de disciplinas y variedad en las que tienen titulación los/as trabajadores/as	3
Comunicación Profesionales	Nº de reuniones entre el equipo de trabajo	2 semanal
	Nº de reuniones entre la dirección y el equipo	2 semanal
	Nº de reuniones entre la dirección y cada trabajador/a de forma individual	2 semanal
	Frecuencia de realización	semanal
Relaciones laborales personal de los centros	Rotación del personal	sí
	Nº de bajas por enfermedad (incluyendo el estrés)	menos 5%
	Absentismo laboral	menos 5%
	Tipo de contrato	objetivo 75% contratos fijos
	Sustitución del personal que causa baja	sí
Género	Nº de varones en el equipo de trabajo	50%
	Nº de mujeres en el equipo de trabajo	50%
Selección del personal	Análisis del puesto de trabajo	sí
	Nº de entrevistas realizadas	2 por puesto

OBJETIVO	INDICADOR	Resultado esperado
Prevención Síndrome de Burnout	Nº de bajas por enfermedad (incluyendo el estrés)	menos 5%
	Absentismo laboral	menos 5%
	Medidas adoptadas por el centro para la prevención	sí
	Cuestionarios de satisfacción y valoración a los/as trabajadores/as	sí
Formación del personal de los centros	Entrenamiento previo al trabajo	si
	Nº de cursos realizados por año	mínimo 3
	Nº de cursos con temáticas específicas al puesto de trabajo	mínimo 3
	Nº de cursos con temáticas transversales	mínimo 3
	Frecuencia de la formación	3 cursos anuales
	Dedicación de la jornada de trabajo anual a la formación	1-2 hora semana
Llegadas/Derivaciones	Nº de expedientes que llegan al centro/Nº de derivaciones a otros centros	45
Educador/a de referencia	Nº educador/a de referencia asignado/Nº de menores acogidos/as	37
	Horas que pasan desde que el/la menor llega hasta que se le es asignado un/a educador/a de referencia	48
Divulgación de la llegada al centro de un/a nuevo/a menor	Establecimiento de protocolos	si
	Días en los que el/la menor está en periodo de adaptación	15
Entrega al/la menor de documentos explicativos en el momento de la acogida	Nº de documentos entregado/Nº de menores llegados	100%
	Nº de trípticos entregados/Nº de menores llegados	100%
	Creación de la documentación pertinente	si
	Personal que interviene en la creación	4
	Nº reglamento internos entregados/Nº de menores acogidos	100%
	Nº de veces que el educador de referencia entrega el RRI	1
	Establecimiento de fórmulas que aseguren el correcto entendimiento del reglamento por parte del/la menor, como por ejemplo test orales, entrevistas con el/la educador/a de referencia, etc.	si
Acceso a la documentación	Nº de personas que tienen acceso a la información confidencial	15
	Nº de copias de las llaves de los armarios donde se guardan la información confidencial en formato papel	mínimo 2
	Nº de personas que conocen la clave informática de acceso a la información confidencial en formato digital	15

OBJETIVO	INDICADOR	Resultado esperado
Criterios de mantenimiento, disposición y destrucción de la documentación que utiliza	Protocolos por escrito del mantenimiento de la documentación	no
	Protocolos por escrito del mantenimiento de la información confidencial	sí
	Protocolos por escrito del modo de disposición de la documentación y de la información confidencial	sí
	Protocolos por escrito del proceso de destrucción de documentación y de la información confidencial	sí
	Protocolo por escrito del tiempo que se ha de guardar la información y qué información/documentación ha de ser guardada	sí
Planificación de actividades	% día que el/la menor tiene libre para su ocio	30%
	% día que el/la menor tiene para realizar las tareas del centro	30%
	% día que el/la menor tiene para el estudio	10%
	Nº de salidas al mes	1
	Nº actividades fuera del centro	Mín. 50
	Nº Actividades en entorno comunitario	25
Fomento de autonomía y asunción de responsabilidades	Nº de actividades con profesionales	Mín. 100
	Frecuencia de la paga semanal	1 semanal
	Cantidad acorde a edad del/la menor	no
	Control sobre los gastos de la paga	sí
Espacios	% día que el/la menor tiene para realizar las tareas del centro	30%
	Metros cuadrados de zonas ajardinadas	2000
	Metros cuadrados del recinto	6000
	Metros cuadrados de sala polivalente	90
	Usos de sala polivalente	sí
	Metros cuadrados de gimnasio o zona para practicar deporte	100
Evaluación inicial	Accesibilidad/barreras arquitectónicas del centro	sí
	Nº de evaluaciones iniciales realizadas/Nº de menores en el centro	100%
PEI	Nº de aspectos evaluados sobre los 7 recomendados (físicos, cognitivos, emocionales, sociales, del comportamiento, familiares y formativos)	7
	Establecimiento de frecuencia con la que se realiza la revisión	semestral
	Variedad de actividades que se incluyen para conseguir los objetivos	sí
	% de objetivos conseguidos del total de objetivos marcados	90%
	% de objetivos conseguidos en el tiempo estimado	90%
Nº de contratos firmados/nº menores en el centro	100%	

OBJETIVO	INDICADOR	Resultado esperado
Seguimiento	Nº hojas de observación individual rellenas por cada menor	no
	Nº de hojas de seguimiento rellenas por cada menor	no
Asambleas	Nº de asambleas realizadas	50
	Nº de menores que participan en la asamblea sobre el total de menores del centro	80%
	Frecuencia de realización de las asambleas	semanal
	Nº de propuestas llevadas a cabo/Nº de propuestas viables salidas de las asambleas	50%
	Normas básicas de las asambleas escritas y de libre acceso para los/as menores	sí
Otras vías de participación	Nº de canales a través de los que los/as menores pueden expresar sus opiniones	4
	Nº de cuestionarios de satisfacción realizados/menores beneficiarios/as residentes en el centro	5
	Frecuencia de la realización de cuestionarios	anual
Resultados	Acta con los resultados de la asamblea escrita y de libre consulta para todos/as, tanto profesionales como menores	sí
	Realización de comparaciones y evoluciones en función de los resultados	no
	Resultados de las encuestas de satisfacción	sí
	% de sugerencias y propuestas realizadas por los/as menores que se llevan a cabo/total de las sugerencias y propuestas realizadas	50%
	% sugerencias realizadas por los/as menores/% sugerencias que obtienen respuesta	100%
	Elaboración de un documento en el que quede reflejado la participación del/la menor, a través de las diferentes vías, y medidas a implantar según los resultados de la participación	sí

DROGAS Y GÉNERO EN CONTEXTOS DE ENCIERRO: MUJERES ENCARCELADAS Y CONSUMOS DE DROGAS

DRUGS AND GENDER BEHIND
BARS: INCARCERATED WOMEN
AND DRUG USE

RESUMEN

El artículo reflexiona sobre el papel del uso de drogas en prisión desde la perspectiva de género, teniendo en cuenta el papel que las políticas de criminalización de las drogas juegan para las mujeres. Como base para la interpretación de los datos aportados por diferentes informes estatales e internacionales, así como investigaciones empíricas realizadas en nuestro contexto, se recurre a estudios feministas acerca del encarcelamiento de mujeres, así como los estudios de género en el campo del consumo de drogas, quienes ponen un énfasis especial en el estigma que estas circunstancias de exclusión social conlleva para las mujeres consumidoras de drogas que han sido penalizadas.

PALABRAS CLAVE

Cárcel, drogodependencias, mujer, exclusión social, estigma

ABSTRACT

The article reflects on the role of the use of drugs in prison from a gender perspective, taking into account the role that drug criminalization policies play for women. As a basis for the interpretation of the data provided by different state and international reports, as well as empirical research conducted in our context, feminist studies are used about the imprisonment of women, as well as gender studies in the field of drug use, who place special emphasis on the stigma that these circumstances of social exclusion entail for women who use drugs who have been penalized.

KEY WORDS

Prison, drug use, woman, social exclusion, stigma

ESTIBALIZ DE MIGUEL CALVO

Doctora en Sociología.
Departamento de Sociología II. Fac. Ciencias
Sociales y de la Comunicación

INTRODUCCIÓN

Según datos oficiales, a finales de 2016 se contabilizaron 3.856 mujeres encarceladas en el Estado español (SGIIP 2017) quienes constituían un 7,6% de la población total de personas presas, una de las tasas de encarcelamiento femenino más altas de la Unión Europea (Aebi, Tiago y Burkhardt 2015)

Las drogas son clave de la criminalidad de las mujeres (ONUDD-Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito 2005) ya sea por el tráfico o por un consumo considerado problemático (Almeda, Di Nella, y Navarro 2012; Márquez y Silvosa 2012) y generalmente perteneciente a estratos socioeconómicos bajos. Así, las mujeres en el Estado español se encuentran encarceladas por delitos contra la salud pública (36,2%) o por delitos contra el patrimonio (32%) (SGIIP 2017) motivados estos últimos en su mayoría por la adicción a las drogas.

El debate acerca de las políticas de criminalización de la producción, el tráfico y el consumo de drogas se hace necesario, especialmente si tenemos en cuenta que las mujeres son las damnificadas de estas políticas a nivel internacional. A este respecto, la Comisión Global de Políticas de Drogas (CGPD 2014) ha puesto de nuevo sobre la mesa el debate acerca de la criminalización de las drogas, anunciando con claridad el fracaso de la llamada “guerra contra las drogas” llevada a cabo en los países desarrollados desde los años 80, en base a la represión tanto del tráfico como del consumo de estupefacientes. La agencia internacional hace un llamamiento al fin de la criminalización y del encarcelamiento de las personas usuarias de drogas, una medida que entendemos afectaría notoriamente a las tasas de encarcelamiento de mujeres.

USO DE DROGAS Y ENCARCELAMIENTO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La encuesta ESDIP sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Peniten-

ciarias aporta datos desagregados por sexo que muestran diferencias en los niveles de consumo, las sustancias y los patrones de uso (DGPND 2011). De manera general, casi 8 de cada 10 personas presas (79,7%) había consumido alguna droga en el último mes en libertad, siendo en un 42% de los casos la heroína y/o cocaína la sustancia principal. Una vez dentro de la cárcel, un 35,4% de las personas presas habían consumido alguna sustancia en el último mes.

Las sustancias psicoactivas más extendidas entre la población penitenciaria son el alcohol, el cannabis y la cocaína teniendo en cuenta que un 88,3%, un 64,8% y un 58,9% respectivamente afirmaron haber consumido cada una de estas sustancias alguna vez. El cannabis es la sustancia ilegal más consumida por los reclusos en situación de libertad y la sustancia con mayor prevalencia de consumo dentro de la prisión (un 6,9% de la muestra afirma consumir cannabis a diario durante su estancia en prisión). Por otro lado, la heroína es la de mayor prevalencia de consumo tras los barros por detrás el cannabis y los tranquilizantes; una sustancia asociada a consumos altamente estigmatizados y exclusógenos inaugurados en la década de los 80 (Martinez Redondo 2010; Meneses 2012; Meneses Falcón 2001). El consumo de heroína está mucho más extendido entre los hombres que entre las mujeres, tanto en libertad como en prisión. También la frecuencia de consumo es mayor en los hombres que en las mujeres. Asimismo, los hombres utilizan con mayor frecuencia la vía inyectada, tanto en libertad (29,4% en hombres y 20,4% en mujeres) como en prisión. La incidencia del consumo en prisión es mayor en los hombres que en las mujeres (10,3% en los hombres consumidores y 5,0% en las mujeres consumidoras). Finalmente, la vía de administración de la droga es un factor de mayor o menor marginalidad, siendo la vía inyectada la asociada a mayor exclusión social. Así, el 25,6% se ha inyectado alguna sustancia psicoactiva alguna vez en su vida, patrón que a su vez suele presentar mayores antecedentes penales e historial de institucionalización.

Aunque las mujeres consumen con menos frecuencia cualquiera de las sustancias, ya sea

en prisión como en libertad, la prevalencia de consumo en comparación con la población general sigue siendo muy alta. En cuanto al cannabis, la prevalencia de su consumo alguna vez en la vida entre las mujeres presas es más del doble que entre las mujeres españolas (20,1 frente al 42,1%), según la Encuesta EDADES del Plan Nacional sobre Drogas (2005). En el caso de la cocaína la desproporción se eleva considerablemente siendo 11,6 veces más mujeres presas han probado la sustancia (3,6 frente a 41,9%), llegando a cifras alarmantes en el caso de la heroína donde el porcentaje de consumo alguna vez en la vida entre las mujeres presas es 163 veces mayor que entre las mujeres españolas (32,6 frente al 0,2%).

El ESDIP-2006 también analiza las prácticas de riesgo entre las personas presas, encontrando que estas prácticas tienden a ser más habituales entre hombres que entre mujeres en casi todos los casos (inyección, tatuajes, etc.), salvo en las prácticas sexuales de riesgo donde las mujeres presentan mayores conductas de riesgo que los hombres. Así, un 71,8% de ellas afirmaron conductas de riesgo en el año anterior a la entrevista, en contraste con el 56,2% de los hombres. Y un 48% de los hombres había usado preservativo frente al 36,8% de las mujeres. También entre las personas presas con infección por VIH se recogieron prevalencias superiores en todas las prácticas de riesgo analizadas.

En definitiva, las mujeres presas presentan menor consumo que los hombres presos en todas las sustancias, menores porcentajes de consumos inyectados, menores prácticas de riesgo (salvo en las conductas sexuales), y menor disponibilidad de jeringuillas en prisión. De cualquier manera, las mujeres encarceladas presentan unas prevalencias muy superiores a las mujeres españolas entre 15 y 64 años, especialmente en lo que al consumo de heroína se refiere.

A pesar de las diferencias de género, el análisis del encarcelamiento y del consumo de drogas continúa marcado por una tendencia predominantemente androcéntrica (Malloch 2000), lo cual genera importantes limitaciones a la hora de visibilizar y comprender las experiencias de las mujeres criminalizadas consumidoras de drogas.

Aunque en el terreno de estudio de las mujeres encarceladas no han faltado referencias al papel de las drogas como factor criminológico y a las repercusiones que su consumo tiene en su estancia en prisión (Almeda 2002; Almeda 2003; De Miguel Calvo 2014; Defensor del Pueblo Andaluz 2006; Cruells y Igareda 2005; Igareda 2007; Manzanos y Balmaseda 2003; Mapelli Cafarena et al. 2012; Martín-Palomo, Miranda, y Vega 2005; del Val-Cid y Viedma Rojas 2012), han sido contadas las investigaciones que se han dedicado específicamente a aquellas que estando encarceladas son o han sido consumidoras de drogas (Castaño Ruiz 2012; Gañan, Alicia; Gordon 2001; García-Más 1987; De Miguel Calvo 2015; Añaños 2017). Estos estudios han aportado datos sobre perfiles sociodemográficos, penales y penitenciarios, así como rasgos familiares de las mujeres consumidoras de drogas en prisión.

Uno de los últimos trabajos empíricos sobre esta temática, realizado en el País Vasco (De Miguel Calvo 2015), ha venido a mostrar que el perfil más habitual de presa usuaria de drogas es el de una mujer joven-adulta hasta los 40 años de edad, madre, gitana o paya, autóctona, en situación de desempleo y con bajo nivel de instrucción que presenta patrones de consumo de heroína o cocaína, frecuentemente combinado con otras drogas. Muchas de ellas tienen antecedentes de consumo en la familia de origen. Al mismo tiempo, un elevado porcentaje presenta malos tratos o, específicamente violencia de género a lo largo de sus vidas. El perfil es pues, de marginalidad y alta estigmatización, atravesada por condicionantes de género.

La conclusión general es que las vidas de estas mujeres se caracterizan por múltiples factores de discriminación o por vivir en situación de exclusión múltiple. El consumo de drogas es uno más de los rasgos que interactúa con diversos ejes de opresión que padecen las mujeres encarceladas: género, pobreza, o minoría étnica (Barañi 2001), algo que corroboran estudios sobre encarcelamiento en el ámbito internacional (Carlen y Worrall 1987; Carlen 1998; Carlen 1988; Carlen 1983), y que clama por ser abordado desde una perspectiva interseccional (De Miguel Calvo 2016b).

La maternidad, las relaciones de pareja y la violencia de género, son cuestiones recurrentes en el análisis acerca de las mujeres presas y/o consumidoras de drogas, al ponerse de manifiesto el alto porcentaje de madres y la alta presencia de maternidad en solitario.

También se aborda la cuestión de las relaciones de pareja, calificadas de excesiva “dependencia”, así como el grave impacto de la violencia contra las mujeres en sus experiencias vitales. Esta cuestión requiere de un análisis específico en profundidad desde una perspectiva feminista que permita profundizar en las construcciones sociales de género en el terreno de las relaciones de pareja y concretamente contextos de marginalización donde se agudizan las condiciones de desigualdad y la toma de decisiones puede estar altamente mediatizada (García Sánchez 2004, citado en del Val-Cid 2012).

En la búsqueda de alternativas a este concepto terapéutico de “dependencia emocional”, se han hecho aportaciones teóricas feministas que merecería la pena atender para evitar la revictimización, el desempoderamiento y la doble estigmatización de las mujeres en situación de exclusión social. Como se ha sugerido en trabajos previos, teniendo en cuenta que la experiencia amorosa de pareja en la sociedad occidental contemporánea es considerada un fuerte pilar de validación del propio yo y un ámbito de libertad individual, ofrece unas posibilidades simbólicas particulares para las mujeres encarceladas, quienes portan un fuerte estigma social y carecen de libertad. La relación amorosa de pareja se convierte así en fuente de identidad positiva, en vía de acceso a un éxito social construido en condiciones de estratificación social (De Miguel Calvo 2016; 2017).

EL ESTIGMA SOCIAL CUANDO SE ES MUJER, CONSUMIDORA DE DROGAS Y CRIMINALIZADA

Acercarnos a la cuestión de las mujeres en situación de exclusión social es hablar de una especial carga de estigma social. La exclusión social incluye el componente cultural del estigma

social, que es de carácter valorativo y se refiere al estatus social de los individuos. El estigma es un defecto, falla o desventaja que produce descrédito (Goffman 2008). Una “indeseable diferencia” que genera que la persona estigmatizada no sea considerada totalmente humana, reduciendo de esta manera sus posibilidades de vida. Derivado de ello, existen estereotipos y expectativas acerca de la persona estigmatizada que condicionan la interacción con los demás y la imagen que quien porta esa marca social tiene de sí misma, amenazada por sentimientos de vergüenza y actitudes de retraimiento defensivo o agresividad.

Pero la experiencia de estigma social tiene una fuerte impronta de género. No sólo no se juzga socialmente de la misma manera el incumplimiento de la norma de mujeres y hombres, sino que las mujeres son estigmatizadas en función de diferentes categorías (Juliano 1998). Ellas portan esa marca en la medida en que se desvían de los imperativos sociales acerca de lo que es ser mujer en nuestra sociedad, es decir, en la medida en que transgreden los mandatos de género. Tanto la conducta delictiva como el uso de drogas sin prescripción médica suponen una grave amenaza a este constructo de género.

La carga de mayor estigma de las mujeres usuarias de drogas ha sido puesta de manifiesto de manera recurrente entre las investigaciones, especialmente en lo que se refiere a las consumidoras de heroína (Llort Suárez et al. 2013; Osuna Díaz 2013; Roig Forteza 2013; Urbano y Aróstegi 2004; Castaños et al. 2007). La imagen deteriorada de las mujeres usuarias de drogas se ha construido a partir de la extensión de ideas como que son promiscuas, dedicadas a la prostitución, con un rol pasivo y subordinado a los varones y bajo la sospecha de ser “malas madres”, donde los agentes sociales implicados han jugado también un papel activo en esta construcción. La cuestión de los patrones de pareja caracterizados por la “dependencia emocional” se ha desarrollado hasta tal punto en el ámbito biomédico de las drogodependencias, que se ha llegado a acuñar el concepto psicopatológico de “codependencia”, es decir, dependencia a una sustancia y dependencia a la pareja (De la Villa y Sirvent 2009; Sirvent

2001). La “dependencia” de las mujeres a un varón y la iniciación del consumo de la mano de sus parejas han sido premisas asumidas acríticamente por el conjunto de la comunidad científica.

Para contrastar estas ideas estereotipadas, diversas autoras han aplicado recientemente la perspectiva crítica de género (Martínez Redondo 2008; Meneses 2006; Romo 2006; 2004). Los resultados de sus trabajos empíricos han desvelado que la realidad del consumo de drogas entre las mujeres es mucho más variada de lo que a primera vista ha podido parecer.

Vemos, pues, que los significados alrededor del consumo de drogas por parte de las mujeres juegan un papel importante, no sólo a la hora de comprender el fenómeno en todas sus dimensiones. Estas visiones estereotipadas también tienen el riesgo de estar funcionando entre los profesionales que atienden a las mujeres consumidoras en los programas de tratamiento. Al mismo tiempo, la percepción del estigma actúa en la valoración que las protagonistas hacen de sí mismas, lo cual provoca una mayor invisibilización de los consumos, ocultándolos y consumiendo en solitario. Derivado de ello, su presencia está infrarrepresentada en los tratamientos de abandono de drogas (EMDDA-European Monitoring Centre of Drugs and Drugs Addiction, 2008; ONUDD-Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2005; Pantoja, 2007). A la vista de todo ello, podemos concluir que el estigma opera no tanto de manera abstracta sino a través de diferentes agentes sociales, como las ciencias o los profesionales de la salud que abordan los tratamientos y que la internalización subjetiva del estigma está interactuando con estas percepciones externas y afectando, tanto en la forma de consumo como en la demanda de tratamiento.

TRATAMIENTOS DE ABANDONO DEL CONSUMO DE DROGAS PARA LAS MUJERES ENCARCELADAS

Una tercera parte (33%) de los presos y presas había estado en tratamiento para abandonar o

controlar el consumo de drogas en algún momento de su vida, ya sea en libertad o en prisión. Para las mujeres, el porcentaje es menor, habiendo estado en tratamiento en prisión una de cada cuatro (25%) y un 30% en libertad. El grupo que más a menudo se somete a tratamiento son los inyectores, un 80% de ellos lo estaba recibiendo en prisión y tres cuartas partes (74%) se habían sometido a tratamiento en libertad (Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas 2006)

Los recursos y programas implementados en prisión para el abandono de drogas pueden considerarse punteros en las políticas de abordaje de drogodependencias en Europa (del Val-Cid 2012; EMCDDA 2002) si tenemos en cuenta la presencia generalizada de especialistas externos para la asistencia en drogodependencias, la participación directa de los organismos externos en el tratamiento de adicción a largo plazo a través de los tratamientos de sustitución (con metadona), la presencia de programas estructurados de tratamiento de abstinencia, o la existencia de programas de intercambio de jeringuillas. También se han articulado diversas medidas jurídicas de intervención, tanto antes del ingreso en prisión (con medidas como suspensión de la pena condicionada al tratamiento o alternativas a la pena privativa de libertad), como después de su paso por la cárcel, mediante diversas medidas que apoyan el tratamiento o condicionan la libertad al mismo (Pérez, Gallego, y Arenas 2006). Además de todo un sistema específico de tratamiento dentro de las prisiones a través de módulos de tratamiento (UTES) conformados únicamente por quienes están en proceso de abandono de las drogas, al estilo terapéutico en el exterior.

Sin embargo, dentro de las prisiones la oferta de atención pública a la drogodependencia es inferior que en el exterior y la calidad del tratamiento es considerado peor por un 60% de los presos entrevistados en el informe ENLACE (1999). Además, más del 60% manifestó no recibir más tratamiento que el sustitutivo con metadona, existiendo una carencia de tratamiento psicosocial que complementa a la prescripción de esta droga.

Finalmente, a pesar de las recomendaciones hechas por el Consejo de Europa en 2006 en las

Nuevas Reglas Penitenciarias para el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres en prisión, y también a pesar de la aprobación del Programa de Acciones para la igualdad entre hombres y mujeres en los centros penitenciarios en España (Markez, Silvosa, y Garcia Usieto 2012) en la descripción de todas estas medidas y programas llevados a cabo por la Institución Penitenciaria (Ruiz 2014; SGIIP 2017) no se hace apenas referencia a la necesaria perspectiva de género en la intervención que contemple las necesidades y problemáticas que afectan a las mujeres usuarias de drogas (Castaños et al. 2007; Martínez Redondo 2008; 2010) algunas de las cuales se han mencionado aquí: el papel de la estigmatización; la articulación del consumo de drogas con el rol materno, el papel de las relaciones de pareja o la experiencia de violencia y/o abusos sexuales (van der Bergh, Gatherer, y Moller 2009).

CONCLUSIONES

Las mujeres consumidoras de drogas en prisión provienen de estratos sociales bajos o muy bajos, a menudo caracterizados por la exclusión social, un rasgo más acentuado que en la población general de mujeres encarceladas. En este caso la relación entre el encarcelamiento y las drogas es muy estrecha, dado que muy habitualmente han sido penadas por delinquir para mantener un patrón de consumo de drogas estigmatizado socialmente y asociado a contextos de marginalidad (Castaño Ruiz, 2012; Gañán & Gordon, 2001; García-Más, 1987). Un rasgo característico de los perfiles de las consumidoras de drogas criminalizadas, que lo diferencia claramente de sus contrapartes masculinas es el gran peso de aspectos relativos a la vida íntima y familiar, como la maternidad y las relaciones de pareja, así como la importante presencia de violencia y malos tratos en las vidas de estas mujeres.

Así, entre estas personas usuarias de drogas provenientes de estratos sociales de exclusión social, confluyen diversos ejes de vulnerabilidad, como antecedentes familiares de consumo de drogas, escasez económica, bajo nivel de instruc-

ción, posición precaria en el mercado laboral, etc. El género femenino es uno de los ejes que confluye y conforma unas dinámicas propias en los circuitos de marginalidad, donde ellas tienen responsabilidades de crianza que los varones no suelen asumir. Además, destaca los altos índices de experiencias traumáticas de violencia y abusos sexuales. A todo ello, le acompaña un estigma social que opera de maneras diversas de la mano de diversos agentes sociales.

Las cárceles españolas son lugares donde se visibilizan las consecuencias de esta fracasada política contra las drogas, que ha llevado a la represión de las capas más vulnerables de la sociedad, esto es, los eslabones más bajos del tráfico internacional de drogas (a menudo mujeres que transportan droga) y el encarcelamiento de las personas usuarias de drogas inmersas en circuitos de pequeña criminalidad orientados generalmente a costearse el consumo. Si bien la prevalencia de consumo de drogas entre las mujeres encarceladas es más baja que en el caso de los hombres, esta sigue siendo muy elevada si se compara con los consumos en mujeres de la población general. Además, los tipos de droga consumida así como las pautas de consumo tienden a ser altamente estigmatizadas y generadoras de exclusión social, así como consideradas de alto riesgo para la salud (DGPND, 2006).

Prestar atención a los consumos de mujeres y sus perfiles es necesario no sólo de cara a un mejor conocimiento de esta realidad, sino de cara a introducir mejoras en el diseño de tratamientos de abandono del uso de drogas. Para ello, es necesario tener en cuenta el estigma que se crea y recrea de manera dinámica, así como tener en cuenta aspectos de la vida íntima que resultan relevantes en el proceso, como la maternidad y las relaciones de pareja.

BIBLIOGRAFÍA

Aebi, Marcelo F., Melanie M. Tiago, y Christine Burkhardt. 2015. «SPACE I. Annual Penal Statistics». Laussane.

- Almeda, Elisabet. 2002. *Corregir y castigar: El ayer y hoy de las cárceles de mujeres*. Barcelona: Bellaterra.
2003. *Mujeres encarceladas*. Barcelona: Ariel.
- Almeda, Elisabet, Dino Di Nella, y Carmen Navarro. 2012. «Mujeres, cárceles y drogas: datos y reflexiones». *Oñati Socio-Legal Series* 2 (6): 122-45.
- Añaños-Bedriñana, Fanny T. 2017. *En prisión. Realidades e intervención socioeducativa y drogodependencias en mujeres*. Madrid: Narcea.
- Barañi, Equipo. 2001. *Mujeres gitanas y sistema penal*. Madrid: Metyel.
- Carlen, Pat. 1983. *Women's imprisonment: a study in social control*. London: Routledge and Kegan Paul.
1988. *Women, crime and poverty*. Milton Keynes: Open University Press.
1998. *Sledgehammer. Women's imprisonment at the Millenium*. London: Macmillan Press.
- Carlen, Pat y Anne Worrall. 1987. *Gender, Crime and Justice*. Milton Keynes: Open University Press.
- Castaño Ruiz, Violeta. 2012. *Las Hermanas Caídas. Roles de género en el consumo de alcohol y drogas en mujeres presas*. Madrid: Fundación Atenea.
- Castaños, Mónica, Carmen Meneses, Mercedes Palop, Mercedes Rodriguez, y Silvia Tubert. 2007. «Intervención en drogodependencias con enfoque de género». Madrid: Instituto de la Mujer
- CGPD-Comisión Global de Políticas sobre Drogas. 2014. «Asumiendo el control: Caminos hacia políticas de drogas eficaces».
- Cruells, Marta, y Noelia Igareda. 2005. *Mujeres, Integración y Prisión*. Barcelona: Aurea.
- De la Villa, Maria, y Carlos Sirvent. 2009. «Dependencia afectiva y género: perfil sintomático diferencial en dependientes afectivos españoles». *Interamerican Journal of Psychology* 43 (2).
- De Miguel Calvo, Estibaliz. 2014. «El encierro carcelario. Impacto en las emociones y los cuerpos de las mujeres presas». *Cuadernos de trabajo social* 27 (2): 395-404.
2015. «Mujeres usuarias de drogas en prisión». *Praxis Sociológica* 19: 141-59.
2016. *Relaciones amorosas de las mujeres encarceladas*. Bilbao: UPV/EHU Servicio Editorial.
- 2016b. «Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional». *Política y Sociedad* 53 (2): 529-49.
2017. «Explorando la agencia de las mujeres encarceladas a través de sus experiencias amorosas». *Papers. Revista de Sociologia* 102 (2): 311-35.
- del Val-Cid, Consuelo. 2012. «Encierro y derecho a la salud». En *Condenadas desigualdad: sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*, editado por Consuelo del Val-Cid y Antonio Viedma Rojas, 109-41. Barcelona: Icaria.
- del Val-Cid, Consuelo, y Antonio Viedma Rojas. 2012. *Condenadas a la desigualdad: sistema de indicadores de discriminación penitenciaria*. Madrid: Icaria.
- DGPND. Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas. 2011. «Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en internados en instituciones penitenciarias».
- Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas. 2006. «Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP)». <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/encuestaPenitenciaria2006.pdf>.
- DPA. Defensor del Pueblo Andaluz. 2006. «Mujeres privadas de libertad en centros penitenciarios de Andalucía. Informe especial al Parlamento».
- EMCDDA-European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse. 2002. «Drug use in prison».
- ENLACE. Federación Andaluza de Drogodependencia y SIDA. 1999. «La situación de las drogodependencias en las cárceles andaluzas». Sevilla
- Gañán, Alicia, y Alicia Gordon. 2001. «La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios». Madrid: Instituto de la Mujer.
- García-Más, Mari Pepa. 1987. *La droga en una cárcel de mujeres*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Goffman, Erwing. 2008. *Estigma. La identidad*

deteriorada. Sociología. 6a. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.

Igareda, Noelia. 2007. «Mujeres en prisión». En *La prisión en España. Una perspectiva criminológica*, 75-100. Granada: Comares.

Juliano, Dolores. 1998. *Las que saben. Subculturas de mujeres*. Madrid: Horas y Horas.

Llort Suárez, Antoni, Sara Ferrando Esquerré, Tre Borrás Cabacés, y Imma Purroy Aritzeta. 2013. «El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias». *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social* 20: 9-22.

Malloch, Margaret S. 2000. *Women, drugs and custody*. Winchester: Waterside Press.

Manzanos, César, y Juana Balmaseda. 2003. *Situación de las mujeres en las cárceles del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

Mapelli Cafarena, Borja, Miriam Herrera Moreno, Francisco Gutiérrez Romero, Teresa Agudo Correa, y Bárbara Sordi Stock. 2012. *Mujeres en las cárceles de Andalucía*. Madrid: Dykinson.

Markez, Iñaki, Graciela Silvosa, y Esther Garcia Usieto. 2012. «Drogas, género y encarcelamiento». En *Guía de Atención y tratamiento en prisión por uso de drogas*. Editado por GSMP. Bilbao: OME Editorial

Márquez, Iñaki, y Graciela Silvosa. 2012. «Drogas y género en el ámbito penitenciario». *Oñati Socio-Legal Series* 2 (6): 146-60.

Martín-Palomo, Ma Teresa, Ma Jesús Miranda, y Cristina Vega. 2005. *Delitos y fronteras: Mujeres extranjeras en prisión*. Editado por Teresa; Martín-Palomo, Ma Jesús; Miranda, y Cristina Vega. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. UCM.

Martinez Redondo, Patricia. 2008. «Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias». Salamanca: ASECEDI.

2010. *Extrañándonos de lo normal. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid: Horas y Horas.

Meneses, Carmen. 2006. «Invisibilidad y estigmatización del consumo de drogas en las mujeres». En

Diferencias de género en el uso de drogas, 13-35. Madrid: Universidad de Comillas.

2002. «Mujer y consumo de drogas». *Iglesia Viva: Revista de Pensamiento Cristiano*, n.o 209 (enero): 140-43.

Meneses Falcón, Carmen. 2001. «Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina». Universidad de Granada.

ONUDD-Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2005. «Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida». Viena: ONU

Osuna Díaz, Michelle. 2013. «Estigma social en madres puertorriqueñas usuarias de heroína: una exploración de las voces femeninas y su entorno social». *Revista Puertorriqueña de Psicología* 24: 1-17.

Pantoja, Luis. 2007. *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en drogodependencias*. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias.

Pérez, Miguel, Lozao Gallego, y Carmen Arenas. 2006. «Actuar es posible. Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios». Madrid: Delegación del Gobierno

PND-Plan Nacional sobre Drogas. 2005. «Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España». Ministerio de Sanidad, Madrid.

Roig Forteza, Aura. 2013. «L'estigmatització de les dones consumidores d'heroína». *Crítica Penal y Poder*, n.o 4: 101-31.

Romo Avilés, Nuria. 2004. «Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres». *Fundación medicina y humanidades médicas Monografía*: 69-83.

Romo, Nuria. 2006. «Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres». *Humanitas* 5: 69-83.

Ruiz, Marta. 2014. «Prisión, drogas y educación social». *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa* 57: 118-34.

SGIIP Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2017. «Informe General 2016». Madrid.

Sirvent, Carlos. 2001. «Las dependencias relacionales: dependencia emocional, codependencia y bidependencia». En I Simposium Nacional de Adicción en la Mujer, editado por Pilar Blanco, Leandro Palacios, y Carlos Sirvent, 173-215. Madrid: Insitituto de la Mujer.

Urbano, Aurora, y Elisabete Aróstegi. 2004. La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados. Bilbao: Universidad de Deusto.

van der Bergh, Brenda, Alex Gatherer, y Lars F. Moller. 2009. «Women's health in prison: urgen need for improvement in gender equity and social justice». Bulletin of the World Health Organisation.

LIDERAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

LEADING GENDER PERSPECTIVE
IN DRUG DEPENDANCES
ATTENDANCE

RESUMEN

El artículo aborda el análisis de las variables que dificultan a la mujer la accesibilidad y la permanencia en el tratamiento de las drogodependencias: descoordinación entre redes de atención, excesiva medicalización, falta de formación en perspectiva de género o inadecuación de los servicios a las necesidades y prioridades de las mujeres. Se abordan los ejes relacionados a la perspectiva de género del IV Plan Estratégico de UNAD 2018–2021 dirigidos a las entidades de drogodependencias.

PALABRAS CLAVE

Mujer drogodependiente, acceso a tratamiento, coordinación entre redes de atención, formación en materia de género y adicciones.

ABSTRACT

The article addresses the analysis of the variables that make the accessibility and the attendance and retention in drug dependencies treatment difficult to women. Among the aspects analysed there are the lack of coordination between care networks, excessive medicalisation, lack of training within the gender-based perspective or inadequacy of the services to the women's needs and priorities.

The axes considered are related to the gender-based perspective of the IV Strategic Plan of UNAD 2018 - 2021, addressed to drug addiction specialised entities.

KEY WORDS

Female drug users, access to treatment, coordination into attendance networks, formation in gender and addictive behaviours topic.

FELISA PÉREZ ANTÓN

Presidenta ABD, presidenta de la Federación Catalana de Drogodependencias y vicepresidenta UNAD.

Este artículo pretende dar a conocer parte del trabajo que desde la red UNAD (la Red de Atención a las Adicciones), y desde FCD (Federación Catalana de Drogodependencias) se está llevando a cabo para contribuir a que las entidades adheridas mejoren sus políticas de género, lograr que los servicios de atención a las adicciones se adecúen a las necesidades de las mujeres adictas y contribuyan con sus prácticas terapéuticas a una sociedad más justa y equitativa e igualitaria entre hombres y mujeres.

Como dice mi amigo y admirado Domingo Comas, sin datos nos existimos. En este sentido hablando de género y adicciones haré mención a algunas cifras: según el estudio que cada año UNAD realiza sobre el perfil de las adicciones, en el que se recogen datos de cerca de 45.000 personas atendidas en las 230 entidades que agrupa, en 2017 nos indicó que una de cada cuatro personas que acude a la red es mujer. La proporción de 80 – 20 es constante y repetitiva año a año, en los distintos estudios a nivel nacional. Casi un 50% de las mujeres que inician tratamiento tienen cargas familiares, esto es, la responsabilidad del cuidado de hijos/as o padres. Las drogas por la que solicitan tratamiento son por este orden, el alcohol, cocaína, cannabis y psicofármacos. La utilización de los psicofármacos para paliar las crisis de ansiedad, depresión, o, situaciones estresantes, va en aumento año a año, en 2016 el consumo fue de un 10% mientras que en el 2017 llegó a un 12%.

Sabemos que hay una mayor incidencia de abusos sexuales en la infancia en las mujeres adictas. Ya en 2001 IREFREA en un estudio realizado calculaba entre un 50 y un 80% de las mujeres que accedían a tratamiento habían sufrido abusos sexuales en la infancia, otros estudios posteriores siguen hablando de porcentajes muy similares. También desde hace años sabemos que las mujeres adictas a sustancias presentan un riesgo tres veces mayor de ser víctimas de violencia de género. Tanto haber sido víctima de abuso sexual en la infancia como sufrir maltratos generan un sentimiento de culpa, vergüenza e inseguridad con la consiguiente pérdida de autoestima, que junto a la adicción, les hace aumentar el miedo a pedir ayuda, o a solicitar tratamiento y que además en el caso que hayan

hijos/as, esto contribuya a la pérdida de la custodia.

Si añadimos que el diseño de la red de tratamiento fue desde sus inicios y sigue siendo androcentrista, pensado para una mayoría de hombres, está claro que la desproporción de inicios de tratamiento entre hombres y mujeres tiene que ver más con el mandato cultural que la mujer juega en nuestra sociedad, (madre, hija, cuidadora) y las situaciones de abusos en la infancia o violencia vivida en la actualidad que con la simple adicción a las drogas. Es urgente que analicemos todas las variables que dificultan a la mujer la accesibilidad a tratamiento, o la permanencia del tiempo necesario en el mismo.

Citaré algunos ejemplos de multidificultades, y estigmatizaciones que las mujeres con problemas de adicciones pueden encontrarse:

- En relación al acceso al tratamiento, cuando confluye violencia de género y adicción las mujeres, están en el “limbo institucional” por la descoordinación que existe entre la red de atención a las adicciones y la red de atención a la violencia de género. En muchas ocasiones ni las profesionales de una red ni de otra tienen la formación adecuada. Estas mujeres están sometidas a una continua derivación, a una falta de atención e incluso al abandono y al desamparo de tratamiento.
- Otro ejemplo, la mujer adicta solicita tratamiento en la sanidad pública por depresión, ansiedad, insomnio, etc. los profesionales de la atención sanitaria primaria adoptan la corriente de medicalizar el síntoma, sin entrar en las causas y las posibles derivaciones a la red especializada de atención, cronificando su adicción y potenciando la adicción a psicofármacos.
- Las mujeres adictas con hijos/as a cargo en situación de pobreza y marginalidad, van con más facilidad a los Servicios Sociales solicitando ayuda social y encubriendo la adicción, que a la red de tratamiento. Muchos de los Servicios

Sociales no están formados para detectar la adicción, por lo tanto difícilmente van a derivar a la red de Tratamiento. La actuación de los equipos de tratamiento ha de estar en estrecha relación con los Servicios Sociales y que la mujer se sienta segura de que le van a favorecer y no perjudicar en la relación con los hijos.

- En lo que se refiere al área terapéutica de los servicios ambulatorios de la red de adicciones, cuando una mujer solicita tratamiento, los equipos no están formados suficientemente en género, ni los horarios adecuados a las necesidades, tampoco cuando logran iniciar tratamiento, las terapias, están adaptadas de forma específica a los problemas de la mujer. En muchas ocasiones se emplea las terapias mixtas (hombre/mujer) con estrategias de confrontación, que reproducen las mismas situaciones, que las avocó o las hizo permanecer en la adicción.
- Cuando se requiere tratamiento de internamiento en comunidades terapéuticas, además de no trabajar desde la perspectiva de género, muchas veces están diseñados con un alejamiento del entorno familiar excesivo que las frustra les impide el cumplimiento total del programa y su consiguiente abandono.
- A nivel judicial las mujeres adictas son doblemente castigadas y estigmatizadas, por el delito y por el consumo, y es por este último, por el que se las penaliza quitando la custodia de sus hijos e hijas. El consumo en sí, ya predispone a pensar que no va a ser buena madre.
- No debemos obviar el maltrato institucional que se produce en el espacio penitenciario respecto a las mujeres. En España sólo hay cuatro cárceles específicas para mujeres situadas en la Península de una forma muy dispersa. Tres de estos centros dependen del Estado y una de ellas, es dependiente del Gobierno

Catalán. La deslocalización de estas prisiones hace muy complicado trabajar programas de inserción laboral, ya que se encuentran muy lejos del lugar de origen donde han de volver. Otra consecuencia es el sufrimiento personal y familiar añadido que supone el gran alejamiento de sus hijos e hijas.

- Para las mujeres a diferencia de los hombres en las prisiones hay pocos módulos de tratamiento, y los que existen con servicios poco adecuados. Si bien es cierto que las mujeres reclusas son el 7.66 % con 4.985 internas frente al 92.34 % de los hombres con 60.103 reclusos. Este no debería ser motivo para recortar los derechos de las personas recogidos en la Constitución Española.
- Ser mujer adicta, tener cargas familiares, ser pobre, haber sido abusada sexualmente en la infancia, tener pareja maltratadora, etc. forman una suma de estigmas, que arrastran como una losa al ocultamiento de su adicción, y al sufrimiento de la mujer adicta y de su entorno más próximo.

Cada vez somos más conscientes de que el binomio adicciones y género es una cuestión que tenemos que abordar y desde las diferentes Administraciones en sus planes y políticas de drogas así nos lo indican, por ejemplo el PNSD:

- La anterior Estrategia Nacional sobre Drogas abordaba la perspectiva de género como una filosofía. Además de la propia evaluación de la estrategia se extraen conclusiones importantes: como la necesidad del uso de protocolos por parte de las personas profesionales de la red asistencial y, sobre todo, la necesidad de formación.
- En cambio, la recién constituida Estrategia Nacional de Adicciones la contempla como principio rector y su Plan de Acción de Drogas incluye objetivos estratégicos sobre género y adicciones.

En estos cambios paulatinos debemos impulsarnos. Las redes, plataformas y entidades de segundo y tercer nivel tenemos una especial responsabilidad. La responsabilidad radica en dos ejes diferentes pero complementarios, que harán que las organizaciones tengan verdadero enfoque de género:

- El eje de la incidencia política para conseguir que las políticas de drogas, de salud, educativas y penitenciarias palíen todas las dificultades que acabo de relacionar.
- El eje de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.

¿QUÉ ESTAMOS HACIENDO DESDE LA RED UNAD PARA IMPLANTAR EL ENFOQUE DE GÉNERO?

La Red trabaja para la defensa de derechos de las personas con problemas de adicciones y está formada por casi 230 entidades compartiendo unos criterios mínimos de intervención, aunque cada entidad conserva su identidad y lleva ritmos de diferentes, en el caso de la implementación del enfoque de género, las velocidades también son distintas.

Cuando se construyó el IV Plan Estratégico de UNAD 2018 – 2021, se tuvieron en cuenta los documentos elaborados en el tercer sector social en materia de implantación del enfoque de género (especialmente de grupo de género del consejo estatal), de esta manera se programa y evalúa la implementación en 4 ejes:

1.Eje de la Identidad de la Organización:

Lo que hicimos fue repensar la misión, visión valores incorporando la perspectiva de género, e incluso estamos abordando una revisión de estatutos.

2.Eje de los órganos de gobierno y toma de decisiones:

- Buscando la paridad de mujeres y hombres en los órganos de gobierno (se incluirá en los nuevos estatutos).
- Impartiendo formación en igualdad y perspectiva de género en la intervención

a todas las personas que forman parte de los órganos directivos o de gobierno.

- Con el compromiso de la puesta en marcha del Plan de igualdad de UNAD (asignando a una persona de referencia en la comisión permanente).
- Con la creación de una comisión de trabajo de Adicciones y Género de carácter permanente en la entidad.

3.Eje del personal trabajador y voluntario:

Cuando elaboramos nuestro plan de trabajo de 2018, el plan de igualdad fue una hoja de ruta perfecta para incorporar objetivos y actividades relacionados con los ejes de nuestro plan de igualdad, selección, promoción, formación, remuneración, conciliación, prevención del acoso y comunicación y cultura de la entidad. Y esto facilita mucho la gestión de las personas en términos de igualdad de oportunidades. Ahora que estamos en fase de implantación del sistema de gestión de calidad estamos alineando los formatos y protocolos para que se elaboren en términos de igualdad real de oportunidades.

4.Eje de las actuaciones con las entidades de la red:

- Impartimos formación y asesoría sobre el binomio violencia de género y adicciones, a profesionales del ámbito de las adicciones.
- Potenciamos la comisión de trabajo “Adicciones y Género” con el objetivo de disminuir el grado de marginación y estigma hacia las personas con problemas de adicciones, que se intensifica en el caso de las mujeres. Esta comisión: revisa documentos, construye posicionamientos, evalúa el impacto de proyectos, propone estudios, jornadas... y ejerce la portavocía de la entidad en materia de género y adicciones. Además, contamos con la participación de personas de otras redes y plataformas interesadas.

- Hemos propiciado que diversas entidades de la red UNAD estén implementando sus propios planes de igualdad. Consideramos que de esta manera nos hemos acercado mucho a la estrategia del tercer sector: la de trabajar en red con otras plataformas potenciando la cooperación. En este sentido, tiene especial importancia la alianza que hemos establecido con la Federación de Mujeres Progresistas, porque es la entidad social especialista en promover el cambio de las organizaciones para lograr la igualdad y la equidad de género. Nos acercamos a la Delegación del Gobierno para el PNSD y trasladamos la necesidad que tiene la red de adicciones en esta materia y conseguimos que se apoyara un programa mediante el cual la FMP acompaña a las entidades de la red UNAD. Este programa finalizó a finales de junio del 2018 y culminó con un encuentro el día 26 de junio (día internacional de lucha contra el tráfico uso indebido y el tráfico de drogas), en el que la DGPNDS, UNAD y la FMP pusimos en valor el trabajo de la entidades comprometidas con la igualdad.

La FCD, además de seguir la guía que nos marca la UNAD, este año nos propusimos crear un instrumento que pudiésemos medir con indicadores claros, el grado de implementación que tienen nuestras entidades en perspectiva de género y de este modo poder acompañar y ayudar más ajustadamente a las entidades y a los servicios, a la implementación paulatina de PG. En este momento hemos aplicado el primer instrumento a las entidades de la FCD y estamos haciendo el análisis de los datos.

Retos, algunos tienen que ver más con el desarrollo organizativo de las entidades, extrapolables al tercer sector social y otros con la intervención con personas, son mucho más específicos del ámbito de las adicciones:

- Seguir incidiendo para que las políticas Públicas de Drogas tengan presente y hagan seguimiento de la aplicación de la perspectiva de género.

- Seguir siendo plataformas catalizadoras e impulsoras de la cultura de la igualdad en el ámbito de las entidades de adicciones.

- Seguir trabajando para conseguir la igualdad entre mujeres y hombres, como un valor inherente y presente en la estrategia y en la operativa de las entidades.

- Tener en cuenta las necesidades de las mujeres con problemas de adicciones contribuyendo a adaptar la red de servicios de adicciones a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.

- Elaborar estudios e investigaciones con perspectiva de género. En el perfil de las personas atendidas en la red UNAD, con perspectiva de género. Estas investigaciones nos permitirán contribuir a la adaptación de la red de servicios de adicciones a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres.

- La formación hacia nuestros profesionales, no es suficiente dotarlos de competencias, es necesarias lograr cambios de actitudes hacia los usuarios y hacia dentro del propio equipo, entendiendo que de esta forma la PG será una realidad y una mejora constante sostenida en el tiempo.

- Hemos de lograr que las propias mujeres adictas mejoren su autoestima y se conviertan en activistas de su causa, grupos de ayuda mutua, participación en los diseños terapéuticos, o en medios de comunicación, entre otras actividades, son necesarios para romper el estigma.

- Hemos de lograr implicar a los hombres adictos en la equidad de género, trabajando desde el respeto a la mujer y entre otros temas el de las nuevas masculinidades.

- Incorporar estrategias de intervención en desde la igualdad y el respeto para las personas LGTBI.

Por último, decir que tanto UNAD, como la FCD, somos conscientes de que estamos trabajando la perspectiva de género y la igualdad desde un sistema binario masculino – femenino que no ha de contemplar a las mujeres como un colectivo de atención, sino como la mitad de la población. El reto es ir abordando la diversidad e ir contemplando todas las realidades de género. Es un camino que no tiene vuelta atrás, hemos de avanzar con prisa y sin pausa, llevamos demasiados años hablando de la necesidad y pocos implementando de verdad la PG.

BIBLIOGRAFÍA

Caldentey, C.; Tirado-Muñoz, J.; Ferrer, T.; Fonseca, F.; Rossi, P.; Mestre-Pintó, J.I. y Torrens, M. (2017). Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: cribado y permanencia. *Revista Adicciones*, vol. 29, nº3.

Castaños, M.; Meneses, C.; Palop, M.; Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto de la Mujer.

IREFREA Grupo Europeo de Estudios Toxicomanías e Identidad de Género. (2001). Treatment Barriers for women with drug-related problems in Europe. Informe Comisión Europea.

Llopis, J.; Castillo, A.; Rebollida, M. y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Revista del Instituto de Investigación en Drogodependencias*, 5(2), 137-145.

Pérez del Rio, F. y Mestre Guardiola, M. (2013). Abuso sexual en la infancia y la drogodependencia a edad adulta. *Papeles del psicólogo*. Vol. 34(2), pp144-149.

UNAD (2018) Perfil de las adicciones 2017.

PROTOCOLO DE LA INTERVENCIÓN EN LOS CAD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El 26 de junio de 2017 se presentó el **Protocolo de la Intervención en los CAD ante la Violencia de Género**, los Centros de Atención a las Adicciones del Ayuntamiento de Madrid. La violencia de género es una lacra social que afecta a las mujeres de cualquier comunidad, clase social, religión o nivel educativo. Tiene consecuencias que van más allá del maltrato y que afectan a la salud física y psíquica de las personas que la sufren y de su entorno.

La OMS definió en 1993 la violencia contra la mujer como «todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada».

Una de las principales causas de la violencia de género es la relación desigual entre los hombres y las mujeres: es una violencia estructural, no debida a rasgos patológicos del sujeto maltratador.

Hay grupos de mujeres donde la prevalencia de maltrato es mucho mayor que la población de mujeres en general. Es el caso de las mujeres que padecen una adicción. Los estudios realizados en esta población han arrojado datos muy alarmantes. Desde el Grupo de Estudios IREFREA sobre Toxicomanías e Identidad de Género ya señalaban en el año 2005 que el 69% de las mujeres adictas europeas habían sido víctimas de abusos sexuales o malos tratos. O el trabajo Violencia de pareja y Adicción a drogas en Centros de Día del 2007. (Amor, P.J.; Corral, P.J.; Bohórquez, I.A.; Oria, J.C Rodríguez, M.; López, F.; Calderón, D.) que señalaba que más del 50% de las mujeres refería haber sufrido malos tratos por parte de su pareja.

En el Instituto de Adicciones se han llevado a cabo dos estudios de prevalencia de violencia de género. En el realizado en 2008 en el CAD de Villaverde se pone de manifiesto que el porcentaje de violencia existente era entre 2,98 y 5,27 más elevado que en otras poblaciones estudiadas. En el realizado en el 2009 en CAD de Latina se obtiene una prevalencia de violencia de género que alcanza el 69% de la muestra estudiada.

La elaboración de un **Protocolo para la Inter-**

RUTH OLMOS ESPINOSA

Jefa de Departamento de Asistencia,
Subdirección General de Adicciones, Madrid
Salud.

vención ante la Violencia de Género en los CAD responde a la necesidad de ofrecer pautas de actuación para poder responder ante una situación tan grave y de tan alta prevalencia en las mujeres adictas.

El protocolo tiene los siguientes objetivos:

1. Sensibilizar a los profesionales de los CADs de la magnitud del problema de violencia de género contra la mujer en la población drogodependiente.
2. Visibilizar, detectar y evaluar las situaciones de violencia de género.
3. Abordar terapéuticamente la problemática de la violencia de género favoreciendo la adherencia al tratamiento.
4. Capacitar a las mujeres que sufren maltrato para reconocer su situación, su relación con el abuso de sustancias y para la búsqueda de soluciones.
5. Potenciar la derivación y coordinación con los recursos especializados.
6. Prevenir situaciones de desigualdad y de violencia de género en los CADs.

Se plantea fundamentalmente como una herramienta de trabajo que ofrece una base teórica, adaptada a la realidad clínica de los Centros de atención a las Adicciones y que pretende homogeneizar las pautas de actuación en todos los CAD. En sus páginas describe cómo crear un contexto de trabajo seguro, flexible, accesible, digno y respetuoso con la mujer así como un estilo terapéutico adecuado para el abordaje de mujeres adictas víctimas de VG, definiendo conductas a evitar (confrontación, culpabilizar a la mujer y/o criticar su actitud o falta de respuesta, etc.).

Desde el punto de vista de la evaluación, proporciona claves para realizar una detección adecuada, base para poder iniciar cualquier intervención, identificando las barreras para el diagnóstico. Se enumeran indicadores de sospecha y situaciones que aumentan la vulnerabilidad, y se proporcionan cuestionarios de fácil administración tanto de cribado como de diagnóstico.

Es importante conocer la relación funcional entre el maltrato y el consumo de sustancias. Una mujer con una adicción estará expuesta a mayores situaciones y conductas de riesgo, con menor capacidad para defenderse y es más fácil que sufra abusos por parte de los varones. Las mujeres víctimas de violencia de género pueden utilizar las sustancias para disminuir el sufrimiento que esta violencia les produce. En cualquiera de los casos al existir un trastorno por uso de sustancias la capacidad de reacción ante una situación de violencia se reduce y, por tanto, se hace más difícil salir de esta situación de maltrato.

El protocolo ofrece un modelo de evaluación que contempla este binomio Adicción – Violencia Género y en el que se revisa el tipo de violencia, las consecuencias en la salud, los antecedentes de maltrato, las Fases del Ciclo de la Violencia en la que se encuentra la mujer, la conciencia de problema, motivación para el cambio, los factores protectores, la relación funcional consumo-violencia, terminando con la valoración del riesgo para poder establecer un Plan de Seguridad.

Propone modelos y técnicas de intervención útiles en adicciones y en mujeres víctimas de VG como son el Modelo Transteórico del Cambio, Modelo de Empoderamiento de las personas y los contextos, Modelo de Competencia y el Modelo de Prevención de Recaídas.

La intervención está definida por objetivos tanto para la prevención como para las mujeres que son o han sido víctimas de violencia. Y propone actuaciones concretas. Entre los objetivos de la intervención estarían:

- Visibilizar las conductas violentas y evitar la naturalización de la violencia.
- Evitar la victimización secundaria.
- Analizar la función del consumo en las situaciones de violencia.
- Favorecer el afrontamiento de la situación de violencia y motivar el proceso de cambio para propiciar la salida de la mujer de la situación de violencia.

- Favorecer el Empoderamiento de la mujer frente a la violencia.
- Disminuir el daño sobre la mujer y evitar la progresión a situaciones de violencia más graves.
- Valorar el riesgo vital y si existe elaborar un plan de seguridad.
- Evaluar el riesgo de desprotección del menor y valorar las medidas a adoptar.
- Abordaje de los trastornos físicos, psicológicos y sociales asociados a la violencia sufrida y derivación a servicios específicos

En las intervenciones que se describen a realizar con las pacientes, destacar la necesidad de potenciar:

- Los grupos de mujeres, para que no exista dificultad en tratar temas como la sexualidad, la maternidad, la imagen corporal o los malos tratos, que son importantes para las mujeres y que pueden condicionar la evolución en sus tratamientos.
- La derivación y coordinación con recursos específicos en violencia de género, para que las mujeres adictas puedan acceder a todas las ayudas necesarias para superar la situación de maltrato. Es de destacar la colaboración indispensable con el área de Políticas de Género y Diversidad del Ayuntamiento de Madrid.

Creemos que herramientas como este protocolo son necesarias para poder abordar adecuadamente una realidad grave con alta prevalencia en la población de mujeres adictas.

intervención. Llopis, JJ.; Castillo A.; Rebollida M.; Stocco, P. Salud y Drogas, vol 5, diciembre,2005.

Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día, Amor, P.J.; Corral, P.; Bohórquez, I.A.; Oria, J.C.; Rodríguez, M.; López, F. y Calderón, D. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General de Servicios Sociales y Atención a las Drogodependencias. 2007.

BIBLIOGRAFIA

Protocolo de Intervención ante la Violencia de Género en los CAD. Alonso, B; Antonio MJ; Delgado, M; Díaz de Salazar, M; Lahuerta, N; López, G; Olmos, R; Orozco, B. Junio 2018; web: madridsalud.es.

Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

NATALIE ARRIAGADA ARAYA.

Trabajadora Social, Licenciada en Trabajo Social, Universidad Santo Tomás Viña del Mar. Postítulo en “Enfoque de Derechos de la Intervención de Trabajadores vinculados a la atención de familias, niñas y niños vulnerados en sus derechos” de la Universidad de Chile. Postítulo “Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones”, ONG Dianova. Actualmente se desempeña como Coordinadora en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña del Mar.

CLAUDIA CÉSPEDES SERRANO.

Psicóloga de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile. Postítulo Psicología Familia y Derecho mención intervenciones en sistema Familiares, Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Diploma Internacional: Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones, Dianova. Actualmente se desempeña como Psicóloga área de Tratamiento en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña del Mar.

ESTIBALIZ DE MIGUEL CALVO

Doctora en Sociología. Premio Micaela Portilla a la mejor tesis feminista/de género 2012 de la UPV/EHU. Dos estancias investigadoras en el Morgan Centre (Univ. Manchester, UK). Áreas de estudio: sistema penal y género, mujeres encarceladas, drogas, emociones y amor. Miembra de GEISPE-Red Internacional Género y Sistema Penal. Publicaciones: (2017): “Explorando la agencia de las mujeres encarceladas a través

de sus experiencias amorosas”. Papers 102, 2; (2016): “Mujeres, consumo de drogas y encarcelamiento. Una aproximación interseccional”. Política y Sociedad, 53, 2; (2016): “Relaciones amorosas de las mujeres encarceladas”. Leioa: UPV/EHU Servicio Editorial; (2015): “Mujeres consumidoras de drogas en prisión” Praxis Sociológica, nº 19.

MAGALY GALAZ VALERIO.

Trabajadora Social, Licenciada en Trabajo Social, Universidad Santo Tomás Viña del Mar Chile. Postítulo Terapia Familiar Sistémica: Constelaciones familiares, Instituto de la Expansión de la Conciencia Humana. Diploma Internacional: Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones, Dianova. Actualmente se desempeña como Trabajadora Social área de Tratamiento en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña del Mar.

GISELA HANSEN RODRÍGUEZ

Psicóloga de formación clínica, máster en investigación de Psicopatología del adulto y patología dual. Máster en psicopatología clínica infanto-juvenil. Psicóloga en centro de tratamiento de adicciones CTA Dianova Can Parellada. Actualmente realizando el programa de doctorado en la Universitat Autònoma de Barcelona sobre género, drogodependencia y violencia de género. Formación sobre enfoque de género en drogodependencias. Investigadora en el grupo “Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres” de la Facultad de Psicología UAB. Miembro de la junta directiva de la Federación Catalana de Drogodependencias. Miembro del grupo de Con-

ductas Adictivas del COPC. Investigadora colaboradora con Parc de recerca Sant Joan de Dèu en estudios sobre salud mental y atención primaria.

GLORIA LEIVA OVALLE.

Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Playa Ancha. Postítulo “Especialización Post Profesional en el Modelo de Ocupación Humana”, MOHO Chile - MOHO Clearinghouse. Actualización Profesional y Desarrollo de Competencias en el Tratamiento de Adicciones, Dianova. Actualmente se desempeña como Terapeuta Ocupacional en área de tratamiento en Centro Ambulatorio Intensivo Dianova Viña de Mar.

PATRICIA MARTÍNEZ REDONDO

Antropóloga y Educadora Social, Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género. Desde 1995 trabaja en el ámbito de las drogodependencias, violencia e intervención socioeducativa. Desde 2005 también imparte formación a profesionales en género y adicciones. Actualmente trabaja como colaboradora de diversas entidades públicas y privadas como la UNAD, la FAD, el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, Fundación Salud y Comunidad, etc., como experta en perspectiva de género y adicciones, violencia, intervención socioeducativa y acompañamiento terapéutico en grupos, desarrollando formación a profesionales, investigación y consultorías. También dinamiza grupos de mujeres y de hombres desde perspectiva de género.

<http://generoydrogodependencias.org>

Twitter: @generoydrogas

FB: Género y Drogas

FABIOLA NORAMBUENA FORNO.

Técnico a nivel superior en Trabajo Social, Universidad Santo Tomás Viña del Mar, Diploma internacional de Actualización Profesional y desarrollo de competencias en el tratamiento de Adicciones. Actualmente se desempeña como Monitora en Centro de tratamiento Ambulatorio Dianova Viña del Mar.

RUTH OLMOS ESPINOSA.

Jefa de Departamento de Asistencia, Subdirección General de Adicciones, Madrid Salud. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Experta en Drogodependencias y Alcoholismo. Experiencia como Médica de Adicciones desde 1997. Coautora del Protocolo de Actuación ante la Violencia de Género en los CAD, Madrid Salud. Colaboración en la publicación consultas a profesionales: “Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive Substances”. Ponente: IX Jornadas de Género de la SPDE, Nov 2015: ¿Es necesario un tratamiento específico integrado Adicción y Género?. XX Jornada de Patología Dual, Abril 2018, La perspectiva de género en el diagnóstico y tratamiento de la patología dual en mujeres.

FELISA PÉREZ ANTÓN

Psicóloga y experta en drogodependencias y otros problemas sociales desde los años 80. Participante en la creación de la Red de Atención a las Drogodependencias del Ayuntamiento de Barcelona. Fue durante 6 años vicepresidenta del Fórum de Salud Mental de Cataluña. Actualmente es presidenta de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD), presidenta de la Federación Catalana de Drogodependencias (FCD) y vicepresidenta de la Red de Atención a las Adicciones (UNAD).

CARME VALLS-LLOBET

Licenciada en Medicina y Cirugía en 1968. Dedicada a la asistencia en Medicina General y Endocrinología. Desde 1988 dirige el programa Mujer, Salud y Calidad de Vida del CAPS (Centro de Análisis y Programas Sanitarios). Dicho programa está dedicado a la investigación y docencia sobre temas de salud, mujeres y género desde una perspectiva integral e interdisciplinaria. Colabora en la edición de la revista sobre mujeres y salud MYS (www.mys.matriz.net). Ha impulsado una red de profesionales médicas en el estado español, la RED CAPS, y una red de investigación en Mujeres, Salud y Trabajo a nivel internacional. Autora de diversas publicaciones y varios libros. Los dos últimos son: 'Mujeres, Salud y Poder' (Cátedra 2009) y 'Medio Ambiente y Salud: nuevos riesgos para mujeres y hombres'. (Cátedra 2018) en la colección Feminismos.

ROSER VICENTE MARÍN

Psicóloga licenciada en la Universidad de Barcelona, habilitada como Psicóloga Sanitaria, Master en drogodependencias y Postgrado en detección e intervención de la violencia familiar por la Universidad de Barcelona. Psicóloga en Dianova.

SI ESTÁS INTERESADO/A EN PARTICIPAR

Infonova Nº 36

Plazo para la recepción de colaboraciones: 12 de mayo de 2019.

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

REVISTA INFONOVA: revista profesional y académica sobre adicciones.

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en dos versiones, una en formato físico con distribución a nivel nacional y otra en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es).

Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión, entre la comunidad de profesionales e

investigadores que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo, de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes campos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos serán enviados por e-mail a comunicacion@dianova.es mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word).

Todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento serán enviados como archivos adjuntos independientes.

Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen.

Todos los textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a espacio doble. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha.

Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita.

Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, en cien (100) palabras máximo, y cinco

(5) descriptores o palabras clave (en español y en inglés) con fines de clasificación.

Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychologist Association (APA).

Los/as autores/as deben anexar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, Institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña; cuatro (4) publicaciones máximo, si las tuviera; correo electrónico, dirección postal y si el artículo forma parte de una investigación formalizada institucionalmente, indicar el título del proyecto, fecha de inicio/terminación y entidad que los financia.

Asociación Dianova España se reserva el derecho de resumir los CV que se excedan de este espacio.

#HazteDonanteDianova



dianova 
www.dianova.es

Rellena este cupón o llama al +34 91 468 87 65
o entra en www.dianova.es

Nombre:.....
 Apellidos:.....
 NIF:..... Fecha de nacimiento:.....
 Domicilio:.....
 Código Postal:.....
 Población:..... Provincia:.....
 Correo electrónico:.....
 Teléfono:..... Otro teléfono:.....

ENTIDAD BANCARIA PARA INGRESOS O TRANSFERENCIAS

Banco Santander: ES91 0049 5124 6126 1642 4646

(Por favor, envíanos el comprobante de la entidad bancaria)

Domiciliación bancaria

Titular de la cuenta:.....

NIF:.....

Número de cuenta:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha:..... de..... de 201....

Firma:.....

Para cualquier consulta puedes dirigirte a: colabora@dianova.es
o llamando al +34 91 468 87 65. **Asociación Dianova España**
Calle de Coslada 18. 28028 Madrid

Importe

Periodicidad

10 € 20 € € Trimestral Semestral Anual

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos con carácter personal, tus datos forman parte de un fichero titularidad de Asociación Dianova España, declarado en el Registro General de Protección de Datos, creado con la finalidad de gestionar los donativos recibidos por la organización. Así mismo, tus datos serán utilizados por Asociación Dianova España para informarte sobre otras actividades de nuestra organización. Puedes ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita a Asociación Dianova España. Dpto. de Protección de datos, calle de Coslada 18. 28028 Madrid.

No deseo recibir información de Asociación Dianova España

