



INTERVENCIÓN SOCIAL CON LAS MUJERES DROGODEPENDIENTES

Alumna: Marta Cristina Duque Betancor

Tutor: D. Adolfo García García

**ADOLFO
GARCIA
GARCIA** Firmado digitalmente por
ADOLFO GARCIA
GARCIA
Fecha: 2020.02.26
19:12:04 Z

**DUQUE
BETANCOR
MARTA
CRISTINA -** Firmado digitalmente por
DUQUE BETANCOR MARTA
CRISTINA
Nombre de reconocimiento (DN):
c=ES,
serialNumber=IDCES-78589144F,
givenName=MARTA CRISTINA,
sn=DUQUE BETANCOR,
cn=DUQUE BETANCOR MARTA
CRISTINA
Fecha: 2020.02.27 20:38:11 Z

Las Palmas de Gran Canaria, a 25 de febrero de 2020

RESUMEN

El presente trabajo desarrolla una intervención en el ámbito de la drogodependencia desde una perspectiva de género. Se destacan aquellas condiciones particulares necesarias para una atención adecuada a la mujer, así como la importancia de las acciones llevadas a cabo desde el Trabajo Social. Tratar la situación de las mujeres drogodependientes y/o en proceso de desintoxicación, precisan además de un proceso de adquisición de habilidades sociales y empoderamiento para la consiguiente autonomía personal e inserción social. La intervención consta de sesenta sesiones, que incluyen: la autoestima, el entorno, las relaciones, la sexualidad, la maternidad, la violencia de género, los derechos fundamentales, y orientación laboral, a desarrollar en tres meses.

Palabras clave

Trabajo Social, Género, Adicción, Violencia de Género y Maternidad

Abstract

The present work intends to create an intervention in the field of drug addiction from a perspective of gender which would try to, in a specific manner, underlining the particular conditions needed to give women appropriate care and also the importance of the actions carried out by social work, address the situation of drug dependent women and/or in detoxification process, through specific services for them and support in order to acquire social skills and empowerment for the consequent personal autonomy and social inclusion. The intervention consists of sixty sessions, including: self-esteem, environment, relationships, sexuality, motherhood, gender-based violence, fundamental rights, and employment guidance, to be developed in three months.

Keywords

Social Work, Gender, Addiction, Gender Violence and Maternity

ÍNDICE

1. Introducción	9
2. Justificación	12
3. Fundamentación teórica	12
3.1. Género.....	12
3.2. El fenómeno de las drogas.....	16
3.3. Drogodependencia desde una perspectiva de género.....	17
3.4. Drogas y violencia de género.....	24
3.5. Maternidad en mujeres drogodependientes.....	25
3.6. Trabajo social en drogodependencias.....	27
4. Proyecto de intervención social	28
4.1. Objetivos.....	28
4.2. Metodología.....	29
4.3. Destinatarios.....	30
4.4. Actividades.....	30
4.5. Temporalización.....	38
4.6. Recursos.....	40
4.7. Evaluación.....	40
4.8. Aspectos a tener en cuenta.....	41
4.8.1 Dificultades profesionales.....	43
4.8.2. Prejuicios frecuentes.....	45
4.8.3. Obstáculos para acceder y continuar en tratamiento.....	46
4.8.3.1. Obstáculos inherentes a los sistemas.....	46
4.8.3.2. Obstáculos de tipo estructural.....	47
4.8.3.3. Obstáculos sociales, culturales y personales.....	48
4.8.3.4. Dificultades para continuar en tratamiento.....	48
5. Valoración personal, autoevaluación y sugerencias	49
6. Referencias bibliográficas	50
7. Anexos	53
7.1. Cuestionario de evaluación del proyecto.....	53

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias está presente en la sociedad, pero es de destacar que en los últimos años se ha modificado su consumo y sus consumidores. En la mayoría de los casos han sido consumidas por los hombres, tanto las sustancias ilegales como las legales. En cambio, en la actualidad ha habido un creciente y preocupante aumento del consumo por parte de las mujeres. La inclusión de la mujer al trabajo, su independencia económica, y su deseo de igualdad con respecto al hombre trae consigo el riesgo de comenzar el uso de drogas, legales, ilegales y de uso médico.

Una de las dificultades que existen cuando hablamos de las mujeres con adicciones son los pocos datos que hay, debido a la escasez de estudios sobre las mujeres en muchos ámbitos, entre ellos las adicciones. Otra de las dificultades con las que se encuentran es la falta de comprensión y los estereotipos sociales con los que se encuentran. Debido a esto, no se ha tenido en cuenta su género a la hora de crear servicios y planes de prevención y/o intervención a su adicción (Pantoja, 2007).

La mayoría de programas y centros de atención a las adicciones están más preparados para los hombres, la presencia de ellos es mayor y los proyectos están creados para responder a las necesidades y/o características de ellos, y en los casos de ellas se atienden como inusual o, estas se sienten incómodas al compartir el espacio donde reciben la terapia con hombres, con lo que les dificulta mantenerse en los tratamientos.

Es de gran importancia valorar la necesidad de atender al género pensando claramente en las mujeres, porque también se atiende a los hombres y está más que comprobada la situación de desigualdad y discriminación que sufren las mujeres a nivel global. Llegan con circunstancias de vida totalmente distintas a las de los hombres, generalmente viven situaciones de adicciones con o sin sustancias, formas y momentos de consumo diversos, relaciones en las que se detecta codependencia. En definitiva, características y realidades específicas que no se asemejan a la de los hombres y que requieren de un trato específico, con diversos tipos de intervención y tratamiento, teniendo en

cuenta los factores, personales, sociales y/o emocionales por los que empiezan el consumo.

La mujer se encuentra con numerosas dificultades a la hora de solicitar ayuda, como por ejemplo, falta de apoyo de la pareja, de la familia, estereotipos, machismo, etc. No se enfrentan únicamente a su adicción, sino también a la visión social y a los pocos recursos que tienen específicamente para ellas.

Podemos apreciar en diversos estudios, notables diferencias de consumo de drogas entre géneros, la sustancia consumida, la forma de consumir, el tipo de adicción, cantidades, dosis y causas del inicio de consumo.

En nuestra sociedad, se ha denotado el poco interés y la poca implicación para darle una perspectiva de género a los proyectos de adicciones, en este caso de drogodependencias. Las insuficientes investigaciones que se han realizado sobre género y drogodependencia han provocado que a la hora de crear los programas y proyectos a realizar no se trate de forma específica al género femenino, siendo totalmente necesario. Lo más frecuente ha sido estudiarlo de forma general en las que los hombres predominan sobre las mujeres.

En España, las investigaciones sobre tratamiento en drogodependientes no han considerado a las mujeres, ni tampoco las cuestiones que para ellas son importantes. Así, las mujeres encuentran más impedimentos a la hora de acceder y continuar con su tratamiento junto con los hombres, es decir, los proyectos y/o programas de intervención no se ajustan a ellas, además de sus circunstancias personales, culturales y sociales obstaculizan su acceso y mantenimiento (Pantoja, 2007).

Una vez visto el consumo en las mujeres, es necesario pensar sobre sus circunstancias como son: la invisibilidad de su adicción y consumo, y el rechazo social y/o familiar (superior al que sufren los varones, puesto que las mujeres drogodependientes están peor vistas).

La existencia de mujeres en los centros asistenciales ha sido menor con respecto a la de los hombres. Por dicha razón, la mayoría de las terapias para

el tratamiento de las adicciones ha sido pensando en el colectivo masculino, lo cual ha dificultado un correcto tratamiento para las mujeres drogodependientes (Blanco et al., 2002).

En consecuencia de esto, como señala Castaños et al., (2007) las dificultades que tienen las mujeres para superar la dependencia está en dos tipos de factores: los relacionados con los condicionantes personales, sociales y culturales y los que tienen relación con el programa de tratamiento.

Blanco et al., (2002) presenta la necesidad de un tratamiento específico para ellas puesto que disminuiría el fracaso de los tratamientos que se dan en el colectivo de mujeres. Para expresar los problemas concretos de ellas, la presencia de hombres en los grupos mixtos complicará el proceso puesto que ellas no están cómodas con la asistencia de ellos en el grupo y no quieren expresarse. Hay una mayor probabilidad de que en los grupos mixtos una mujer que tenga antecedentes de dependencia vuelva a repetirlo. Señalan que las mujeres deberían tener un centro único para ellas, pues así están más relajadas y cómodas, pudiendo expresarse con mayor libertad y tranquilidad, sin los límites que les pone el grupo mixto, ya que en la mayoría de los casos a las mujeres les cuesta más hablar de sus emociones delante de personas del sexo contrario.

Además, Arostegui y Urbano (2004) realizaron una encuesta a profesionales, y señalan que con las mujeres drogodependientes hay que trabajar de forma concreta en temas como: los afectos, las emociones y la sexualidad. Señalan la importancia y necesidad de trabajar las habilidades sociales, la feminidad, el embarazo, la maternidad y lactancia, la autoestima y autoimagen, las relaciones familiares, el control de impulsos, la bidependencia y codependencia, las estigmatizaciones relacionada con el sexo y el género (maltrato, prostitución, etc).

Como señala Blanco etc al., (2005) el problema para conseguir un tratamiento específico está en el desarrollo de los tratamientos de rehabilitación de drogodependencias, puesto que se han concentrado en dar atención a la demanda de una población donde predominan los hombres, debido a la desigualdad que hay entre sexos de los que solicitan el servicio. Es primordial

hacer un abordaje de la drogodependencia desde una perspectiva de género y desarrollar tratamientos específicos para ellas a través de más comprensión, en individualización del tratamiento, analizando sus circunstancias de vida.

2. JUSTIFICACIÓN

Tras la realización de las prácticas de análisis de la realidad, y las prácticas de intervención, pertenecientes a los cursos de 3º y 4º del Grado en Trabajo Social, las cuales han sido realizadas en la Consejería de Bienestar Social del Cabildo de Lanzarote, concretamente en la Unidad de Atención a las Drogodependencias (UAD), y de forma puntual en la Unidad Semiresidencial de Atención a las Drogodependencias (USAD) y en la Unidad Residencial de Atención a las Drogodependencias (URAD). Se ha descubierto un ámbito de gran interés para la alumna, las drogodependencias. Tras el trato durante meses con el personal del centro y con las personas que acuden al centro (hombres y mujeres), considera fundamental la creación el diseño de un proyecto exclusivamente para la mujer.

En primer lugar, se ha elegido este tema por la carente perspectiva de género en los programas de rehabilitación. En segundo lugar, se opta por la ausencia de procedimientos de intervención convenientes para el tratamiento de adicciones en las mujeres. Y en tercer y último lugar, por la escasa importancia y preocupación que se le ha dado para realizar un tratamiento diferenciado al tratamiento de los hombres. Estas razones son las que han impulsado para la elección del tema de este trabajo de fin de grado.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

3.1. DEFINICIÓN DE GÉNERO

Jhon Money, especializado en sexología y en endocrinología infantil, en la década de los 50, introdujo la definición de género para obviar la dimensión psicosocial del sexo. Money piensa que el género y el sexo referencian dos

realidades independientes. El rol de género alude a la importancia que tiene la situación humana, las conductas que el entorno y los progenitores desarrollan ante el sexo asignado al recién nacido y la biografía social (Money, 1960, citado en Maquieira, et al., 2001).

En el pensamiento occidental está instalada la idea de que las posibles diferencias biológicas entre hombres y mujeres tienen su relación en la organización social. Esta idea está legitimando un orden social en el que las mujeres ocupan un lugar de supeditación con respecto al hombre. Pues surge la obligación desde la teoría feminista de distinguir necesariamente entre género y sexo, con lo que se enfrentaría al determinismo biológico y se daría importancia a la base argumentativa a favor de la igualdad de las mujeres, pues, el objetivo era enseñar que la sociedad patriarcal es la encargada de la subordinación de las mujeres, que se alegaba por la diferencia entre los sexos. (Maquieira, et al., 2001).

Así pues, el término sexo se refiere a las características morfológicas del cuerpo, y en cambio el término género se refiere a la construcción cultural y social de lo femenino y lo masculino, que se refiere a un conjunto de roles atribuidos según las características biológicas y fisiológicas de la mujer y el hombre. Es decir, el género se construye social y culturalmente por lo que cambia en el tiempo y de una cultura a otra, es cambiante y modificable, mientras que el sexo viene marcado biológicamente. (Maquieira, et al., 2001).

El uso correcto de la terminología género, hace necesario conocer los elementos que la forman, así como los niveles desde los que se puede investigar su naturaleza multidimensional, pues depende del nivel en el que esté la definición de la categoría, se centra en contenidos diferentes. Existe una variedad de derivados, procesos y teorías que pueden ser analizados desde tres enfoques (García & Freire, 2000):

-Individual: Enfoque psicológico del género. Se refiere a los ideales de género internalizados a través del proceso de socialización. De este nivel se analiza el proceso por el cual se obtiene y se desarrolla la identidad de género, el rol de género y la relación con las variables de personalidad y comportamentales (Conducta, percepción, estabilidad emocional).

-Psicosocial o interpersonal: Aproximación sociológica y psicológica. El género se conceptualiza como una categoría social, organizados de las estructuras sociales y de las relaciones entre hombres y mujeres. Los contenidos concretos de este análisis de dicho nivel serán los roles, los procesos de socialización, la división del trabajo, el poder asignado y el contexto de interacción asignados por ser mujeres u hombres.

-Socio-cultural: Nivel sociológico y antropológico centrado en analizar los modelos de feminidad y masculinidad existentes en la sociedad. Hace referencia a la construcción cultural del género que cambia en función de los contextos históricos, religiosos, étnicos y socioeconómicos.

Durante mucho tiempo atrás, se ha mantenido lo masculino como modelo válido y universal, negando el modelo femenino, quedando así fuera del mundo de la representación y de la cultura, exceptuando una relación únicamente negativa, como error de lo masculino. Esto lleva a una nueva definición de lo humano y a cuestionar los modos tradicionales de representación de ambos sexos y de la relación que tienen entre ellos (García & Freire, 2000).

García y Freire (2000), consideran que el término femenino y el término masculino no son sinónimos de mujer y hombre. Por un lado están las mujeres y los hombres como entidades reales, diferenciados por sus caracteres sexuales primarios y como sujetos diferentes socialmente a los que se les atribuye y de los que se espera el ejercicio de roles. Y, por otro lado son las representaciones de la feminidad y la masculinidad que es una construcción cultural y teórica que implanta a los individuos como modelos ideales, que son asumidos por cada uno bajo un ideal del yo, que cambia depende del momento histórico y de la sociedad en la que se encuentre.

En todas las sociedades conocidas es el principio masculino el que se generaliza, valora e identifica con lo humano, quedando lo femenino apartado en la cultura, lo que lleva a la sometimiento de la mujer como grupo social. Ha sido comprobado por la perspectiva de género, lo que ha manifestado que toda sociedad patriarcal está basada en la supeditación de la mujer, en la

explotación, y apropiación de su capacidad generadora y ajustarla al ámbito doméstico (Tubert, 2003).

López (2007) recalca que el género no es innato, es aprendido por imitación. Cuando se nace, se aprende a ser mujeres u hombres, formando así la identidad de cada uno. El género forma parte de nuestra identidad social e individual incorporando la identidad de género que es lo característico de lo femenino y/o lo masculino que condiciona los comportamientos de cada uno. En las diferentes culturas y sociales hay diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres que se basan en los roles y actividades que se les atribuyen, aparte de determinar el control y acceso de los recursos, que se interpretaran en diferencias, influenciará en las oportunidades para la toma de decisiones.

En 2007, este autor apunta que el género “es una especie de distribuidor desigual de oportunidades, ubicando a las mujeres en una posición de desventaja para acceder a los recursos y oportunidades de todo tipo” (p.20).

Los modelos hegemónicos tradicionales de masculinidad y feminidad comprenden las principales características de comportamiento para hombres y mujeres, que son aceptadas socialmente. Por una parte, conlleva el ser masculino: seguridad, poder, fuerza, poca expresión de las emociones, independencia, etc. Y por otra parte, el ser femenino: debilidad, dependencia afectiva y económica, cuidado de otros, dedicación del hogar, etc. (Mantilla de Ardila, 1996).

En la actualidad, la mujer busca ser una súper mujer en nuestra sociedad, realizando funciones tanto en el trabajo como en el hogar. Este tipo de vida en el que las mujeres desempeñan un rol familiar y social está relacionado a una identidad de género concreta, atribuida a su sexo. La responsabilidad y el esfuerzo en aumento de rebasar el modelo tradicional de socialización, producido por la desigualdad de género, influye de forma directa sobre la salud, creando así cambios positivos y negativos. Los positivos como la protección de la salud, mayor independencia, autonomía, compartir las tareas del hogar con los hombres, participar en la vida pública y no dedicándose únicamente al cuidado de los demás, y los negativos

contribuyendo a que mujeres cambien su comportamiento en sus ganas de encajar en la moderna definición del rol femenino, aceptando comportamiento que son un peligro para su salud, como por ejemplo consumir alcohol, tabaco, y drogas, pues estas conductas han sido atribuidas al rol masculino hasta no hace mucho (Velasco, 2008).

3.2. EL FENÓMENO DE LAS DROGAS

La Organización Mundial de la Salud, entiende por droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, tiene efectos sobre el sistema nervioso central, capaz de generar un consumo abusivo y, ocasionalmente, llevar a un proceso de dependencia psicológica, física o ambas (Organización Mundial de la Salud, 1969, citado en Martín del Moral et al., 1998).

Por droga o sustancia psicoactiva, ilegal o legal se entiende toda sustancia que introducida en un ser vivo, por cualquier vía de administración (oral, nasal, intravenosa o bronquial), varía una o más funciones del organismo en lo referente a su comportamiento, conducta, percepción, estado de ánimo o juicio (Sociedad Española de Toxicomanías [SET], 2006).

La RAE (Real Academia Española, 2014) define droga como cualquier sustancia mineral, vegetal o animal que se utiliza en la medicina, en la industria o en las bellas artes y que tiene efectos estimulantes, depresores o narcóticos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1964 define drogodependencia como un estado psíquico, y a veces físico, siendo el resultado de la interacción de un organismo vivo y una droga, que se caracteriza por un conjunto de respuestas comportamentales que incluyen consumir de forma compulsiva la sustancia de forma continuada con la finalidad de experimentar los afectos psíquicos o de evitar, en ocasiones, la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga (citado en Becoña, Rodríguez, y Salazar, 1994, p. 235).

3.3. DROGODEPENDENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.

El consumo de drogas, beber alcohol o fumar siempre ha sido una conducta mayoritariamente del hombre. El patrón cultural de relación con las drogas en las mujeres se ha mantenido en niveles de consumo notablemente bajo en comparación con el hombre. (Velasco, 2008).

Velasco (2008), considera que debido a la modernización de la sociedad, la progresión de las mujeres y la reducción de las desigualdades con respecto al género, las mujeres empezaron a copiar y realizar algunas conductas de riesgo consideradas anteriormente masculinas, como ha sido un aumento notable del consumo de drogas. La mujer en su ansia de conseguir la igualdad imita algunos comportamientos del rol masculino, entre otros el consumo de drogas.

Cantos (2016), también considera que la mujer en su deseo de igualarse a los hombres, reproducen conductas que se atribuyen al rol masculino como por ejemplo el uso de drogas. Siendo el consumo de drogas entre mujeres peor visto, más penado socialmente, y provoca mayor exclusión social y un mayor estigma al no reconocerse con la feminidad. Es obvio, que el consumo de drogas por parte de las mujeres y los hombres no significan lo mismo, no es visto ni valorado de la misma forma por la sociedad, causando así un menor apoyo del entorno tanto social como familiar.

Según Cantos (2016), en el consumo de sustancias psicoactivas, en lo que se refiere al acto de consumir se considera una trasgresión del rol femenino. Al ser ella la que trasgrede, los estereotipos sociales caen sobre ella mayoritariamente. El incumplimiento del mandato de género hace que se cuestione su identidad, su valía como persona, mujer y madre. Parece ser que al consumir las mujeres sustancias psicoactivas, no cumplen con lo que se espera de ellas, y crean más alarmas al resto que cuando lo hacen los hombres.

Las mujeres con consumo de drogas problemáticos notan aún más que los hombres que han fracasado a todos los niveles (personal, familiar y social), incapaces de hacer correctamente el rol que se les ha asignado por ser mujer,

ser buena madre y buena ama de casa. A causa de esta diferencia de trato entre géneros, se encuentran mujeres que ocultan el problema y no piden ayuda por el temor a ser señaladas como adictas y que las excluyan de su entorno, hasta que los efectos de su consumo les afecten de forma grave física y mentalmente, en su vida familiar, social o laboral. (Romo, 2013).

Se aprecia la necesidad de afrontar el consumo de drogas desde una perspectiva de género, pues permite comprender las relaciones específicas que tienen con las drogas tanto mujeres como hombres. Esto conlleva comenzar a tener presente las diferencias entre ambos géneros con respecto a las motivaciones, los factores de riesgo, los efectos y las consecuencias del consumo en mujeres y en hombres de forma concreta.

Una de las características del modelo tradicional de consumo de alcohol, tabaco y drogas, es que era considerado un acto únicamente de los hombres adultos. De ahí que las mujeres tuvieran niveles bajos en su consumo en comparación con ellos.

La sociedad iba evolucionando y con ellos las mujeres se integraban en los diferentes ámbitos de la vida, creando así un cambio y relaciones de género cada vez más iguales. Al reducirse las desigualdades entre géneros ha aumentado el consumo de drogas por parte de las mujeres en los últimos años. Pese a que ha sido una evolución social de las mujeres y una conquista de su independencia y autonomía personal, es una de las causas de enfermedad en la salud de las mujeres. (Sánchez, 2009).

El Informe del Observatorio Español de las Drogas y de las Adicciones (OEDA, 2017) se observa que la mujer tiene registros superiores en el consumo de drogas legales. Un alto porcentaje de mujeres consumen alcohol, tabaco, tranquilizantes, somníferos, cannabis de forma regular. En cambio los hombres consumen más drogas ilegales que las mujeres.

Con respecto a los adolescentes, se han realizado encuestas durante 25 años, las cuales han demostrado que el creciente consumo de sustancias psicoactivas entre las mujeres ha aumentado de forma muy notable. Esta tendencia es aplicable primordialmente a los consumos por experimentales o

de forma puntual, observándose que a medida que aumenta la asiduidad del consumo de las sustancias aumentan las diferencias en las de uso entre los chicos y las chicas.

Los chicos se inician en el consumo de drogas para obtener nuevas sensaciones y experiencias, acabar con el aburrimiento, por curiosidad, por placer, por revelarse y saltarse las normas, para mantener relaciones sociales y personales con los que también consumen, etc. (Sánchez, 2014). Y en el caso de las mujeres empiezan su consumo con otras motivaciones como por ejemplo sentirse adulta, para perder peso, por problemas personales y/o emocionales, para evadirse, por el deseo de probar algo nuevo y tener nuevas sensaciones. En cambio en la mujer adulta se relaciona a pasar por épocas de cambio personal, la salida de los hijos del hogar, la pérdida de un ser querido, una separación o divorcio, alguna enfermedad, la sensación de soledad, dejar de trabajar, la necesidad de tener relaciones nuevas (Pantoja, 2007).

Sánchez (2012) señala que las mujeres comienzan en el consumo de drogas, a edades más tardías que los hombres, aunque en la adolescencia las diferencias de género en el consumo son mínimas.

Arostegui y Urbano (2005) realizaron un estudio en cual 56 mujeres drogodependientes fueron entrevistadas, y vieron que la mayoría empiezan su consumir con su pareja (56,3%) y con sus amigos (33,9%). En dicho estudio indica que dependiendo del tipo de droga, por ejemplo en el caso de la cocaína y la heroína la pareja era la principal particularidad por el que las mujeres comenzaban el consumo, y en cambio, el alcohol, se produce su consumo en la mayoría de los casos con los amigos (50,0%) y sola (37,5%).

La Fundación Atenea (2016) determina que en el comienzo del consumo de las mujeres tiene una gran importancia e influencia su pareja, empezando por esta razón 20% de las mujeres frente a un 1,5% de los hombres.

Con respecto a sus comportamientos, las mujeres hacen menos mezclas a la hora de consumir sustancias, son más precavidas, cautelosas, tienen mayor conciencia del riesgo en el consumo de sustancias, evitan la violencia, esconden su consumo, etc. Al contrario que los hombres, ellos realizan más

mezclas, son menos precavidos, consumen más drogas ilegales, buscan el riesgo, les seduce las posibles consecuencias de su consumo, presumen del mismo, etc. (Pantoja, 2007)

Cantos (2016) señala que en el consumo problemático de drogas, los datos son aún más determinantes a la hora de diferenciar las pautas de consumo entre mujeres y hombres. El 80% de personas que solicitan tratamiento para su adicción a las drogas son hombres. A esto se le añade los problemas para acceder y mantenerse a dicho tratamiento para las mujeres, lo que hace que el número de mujeres adictas sea superior a la que se aprecian en los datos.

Romo (2013) comenta que la integración de las mujeres más jóvenes a los consumos de drogas problemáticos es minoritaria comparándola con los hombres (citado en Cantos, 2016).

Cantos (2016) opina que las mujeres que tienen consumo problemático, cuentan con una estigmatización, y por tanto mayor riesgo de exclusión social que los hombres. La mujer drogodependiente es peor vista que el hombre y ella tiene peores consecuencias. Esto es debido a que el consumo de drogas se entiende como un acto de género masculino y está mejor visto y aceptado en los varones, mientras que el consumo entre las mujeres se entiende como algo que no les corresponde a ellas, incluso pone en duda su feminidad, y se las cuestiona en todos los sentidos.

Esto lleva a que las mujeres escondan su problema y realicen su consumo en un ámbito privado, el cual no es únicamente una forma de ocultarse sino también una forma para seguir llevando a cabo los cuidados del hogar y la familia que les son prácticamente impuestos por la sociedad y los mandatos de género. (Cantos, 2016).

Es cierto que los hombres tienen un mayor consumo y tienen más conflictos a consecuencia del abuso de sustancias, pero también existen mujeres con consumos problemáticos y no podemos olvidarnos de ellas. Que la existencia de ellas es minoritaria a la de ellos ha acarreado su invisibilización, de sus especificidades y también de sus necesidades y finalmente esto se nota

en la falta de recursos adaptados a ellas, su realidad y sus circunstancias. Ellas tienen problemas y conflictos diferentes, contextos sociales diferentes y necesitan alternativas distintas a las de los hombres. Se tiene que trabajar desde una perspectiva que los diferencia, evitando la normalización del comportamiento del hombre además de la invisibilización de las mujeres en el ámbito de las drogodependencias.

Los estudios, informes y estadísticas presentan que en los últimos diez años el uso de drogas ha crecido en las mujeres, y en cambio el consumo en los varones se ha frenado o reducido en algunas sustancias. El Plan Nacional sobre Drogas (2019) a través de sus estudios declara que las drogas más consumidas por el género femenino son de mayor a menor consumo: el alcohol (69,2%), el tabaco (35,8%); los hipnosedantes (14,1%); el cannabis (6,6%) y la cocaína (2,0%). En el caso de los hombres, las drogas más consumidas son: el alcohol (81,3%), el tabaco (46%); el cannabis (15,4%) los hipnosedantes (8,1%); y la cocaína (3,4%).

A pesar de que los hombres tienen un consumo de drogas más problemático, las mujeres tienen problemas más graves. El colectivo femenino es más vulnerable a los efectos de las sustancias que en el caso de los hombres, debido a los factores personales, sociales, psicológicos y biológicos.

Existen investigaciones que señalan que hay elementos característicos en las mujeres drogodependientes como son (Sánchez, 2009):

- El consumo de drogas en las mujeres empieza a una edad más tardía. Esto, se asocia con relaciones de pareja con consumidores.
- Las adicciones a las drogas con más duras en las mujeres, pues se implanta y avanza de manera más rápida.
- Las mujeres consumen menos cantidad que los hombres, pero en ellas son más graves y más frecuentes los trastornos físicos, y tienen mayor probabilidad de padecer trastornos psiquiátricos o alguna otra enfermedad a causa de dicho consumo.
- Las mujeres tienen más problemas para acceder a programas de tratamiento, en concreto cuando tienen hijos pequeños. A esto se le añade que cuando comienzan el tratamiento, tienen una peor evolución

que los varones, debido a que los servicios no tienen en consideración las necesidades terapéuticas específicas de las mujeres, sumado a las presiones que reciben de la familia para acabar el tratamiento y asumir las responsabilidades familiares.

- Las mujeres drogodependientes que acuden a tratamiento tienen unos niveles de autoestima más bajo que los hombres.
- Las mujeres con drogodependencias tienen menos apoyo social y familia para hacer frente a sus adicciones. Además suelen tener más problemas laborales, económicos y familiares que los hombres.
- En las mujeres con adicciones hay una mayor probabilidad de sufrir maltrato psicológico o físico y abusos sexuales, tanto en la infancia como en la edad adulta que en el caso de los hombres.
- En las mujeres drogodependientes existe una mayor probabilidad de intentos de suicidio que los hombres.
- Ante el estrés, la ansiedad, la depresión, las mujeres con frecuencia reaccionan consumiendo drogas.
- Las mujeres drogodependientes suelen tener menos experiencia laboral que en el caso de los hombres, suelen tener menos oportunidades laborales que ellos, sufriendo una mayor estigmatización, rechazo y exclusión laboral si conocen su adicción.
- Las mujeres consumidoras de drogas sienten en mayor medida con respecto a los hombres, que han fracasado a todos los niveles (personal, social, familiar) y al no desempeñar el papel que le han asignado por ser mujer.
- Las mujeres con drogodependencias cuentan con una mayor sanción social, lo que conlleva a una estigmatización y un menor apoyo familiar o social que los varones.

Según Sánchez (2009), los factores de riesgo en las mujeres se dividen en tres: factores individuales, factores familiares, y factores sociales.

-Factores individuales:

- Ansiedad y estrés por un mundo en constante cambio en el que la mujer asume nuevos roles.

- Baja autoestima, insatisfacción a nivel personal, debido a la dificultad para satisfacer los ideales y las exigencias (belleza, maternidad, etc).
- Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia, etc).
- Necesidad de acompañar a la pareja en su consumo para su aceptación.
- Acoso, abuso sexual, o violencia.
- Fracaso académico.
- Factores familiares:
 - Pareja consumidora de drogas.
 - Padres y/o familiares consumidores de drogas
 - Problemas continuos con la pareja
 - Separación, divorcio, problemas económicos
 - Mala relación familiar
 - Pérdida de algún familiar
 - Relaciones sexuales no satisfactorias
 - Violencia familiar o de género
 - Carentes vínculos afectivos con los padres, los hijos o la pareja
- Factores sociales:
 - Sobrecarga emocional o física debido al trabajo dentro y fuera de casa
 - Aislamiento social
 - Ausencia de participación social
 - Imitación de las conductas de los hombres, reproducción de la igualdad
 - Miedo al rechazo social sino consume drogas
 - Relación con personas consumidoras de drogas

- Presión para que la mujer imite los hábitos y conductas masculinas de consumo de sustancias

3.4. DROGAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

En los diversos casos de violencia de género, el alcohol y las drogas se exponen como uno de los factores de riesgo de violencia de género, además la Organización Mundial de la Salud presenta que se ha comprobado en diferentes países que el consumo de drogas y alcohol está unido a la violencia ejercida en contra de la mujer. El consumo de sustancias no es el responsable único y directo de la violencia de género, pero es un componente que acelera la ejecución de actuaciones violentas, aumentando así la gravedad y la frecuencia de las agresiones hacia la pareja (Boada, 2012).

En los casos de violencia de género, si la mujer se encuentra bajo los efectos del alcohol puede convertirse en una excusa para la violencia contra ella, tanto en hombres sobrios como en hombres ebrios. El abuso de drogas en el género femenino es una consecuencia de las situaciones de violencia ante las que se encuentran (Observatorio Vasco de Drogodependencias, 2007).

La Organización Mundial de la Salud afirma que el alcohol y la violencia continuada por la pareja están relacionados (Ministerio de Sanidad, 2006). El consumo de alcohol afecta de forma directa las funciones cognitivas y físicas y reduce el autocontrol, por lo que los individuos no son capaces de encontrar una solución que no sea violenta a los conflictos relacionales. Si el consumo es de forma excesiva por un miembro de la pareja puede agravar los problemas económicos, el cuidado de los hijos, la infidelidad y otros estresores familiares contribuyentes a que se creen situaciones tensas y conflictivas en la pareja, aumentando así el riesgo de que se produzcan comportamientos violentos entre la pareja.

La creencia de que el alcohol es un generador de conductas agresivas puede provocar comportarse violentamente después de haberlo ingerido, y a consumirlo como disculpa de estos comportamientos. En cambio en el caso

contrario, ser víctima de la violencia en una relación puede llevar a consumir alcohol y drogas como método de afrontamiento, o para auto-medicarse.

Este apartado podría llegar a ser muy extenso si profundizáramos en cómo afecta cada una de las dimensiones citadas a los procesos de recuperación de la mujer consumidora que sufre maltrato, y cómo la discriminación incide sobre ella y complejiza su situación, a medida que se van uniendo un mayor número de condicionantes.

En estudios sobre violencia de género es común que los agresores hayan bebido alcohol recientemente. Por ejemplo, en Estados Unidos, Gales e Inglaterra, las víctimas consideraban que sus parejas habían consumido alcohol antes de una agresión en el 55% y el 32% de los casos. Además, un estudio realizado en Suiza declaró que el 22% de víctimas de violencia de género habían consumido alcohol tras la agresión como técnica de afrontamiento. (Ministerio de Sanidad, 2006).

Se ha comprobado el consumo de alcohol entre víctimas de violencia de género. Entre los años 1970 y 1998, el 36% de las víctimas de violencia que acudieron al servicio de traumatología en los Países Bajos habían bebido alcohol. Entre las víctimas de traumatismos violentos que acudieron por urgencias en seis países, la prueba de alcoholemia dio positiva en Argentina un 24%, Australia un 43%. Entre 1991 y 2001, en tres ciudades de Sudáfrica, entorno al 43% y 90% de las víctimas atendidas dieron positivo en alcoholemia. En 2001, en la ciudad de Sao Paulo (Brasil) el 42% de las víctimas de homicidio habían ingerido alcohol antes de ser asesinadas. (Pastor, Reig, Fontoba & García del Castillo-López, 2011).

3.5. MATERNIDAD EN MUJERES DROGODEPENDIENTES

El consumo de diferentes sustancias psicoactivas puede acarrear sobre la salud reproductiva y sexual de las mujeres efectos negativos, como por ejemplo (Barreda, et al., 2005): La transmisión de enfermedades infecciosas, la reducción de la fertilidad, disfunciones sexuales, conductas de riesgo,

alteraciones en el embarazo, repercutiendo negativamente sobre el feto y el recién nacido.

Calvo (2004), señala que la adicción a las drogas dificulta el correcto ejercicio de la maternidad. El consumo de drogas durante el embarazo y la niñez del menor afecta de forma negativa la capacidad de la madre para responder a las necesidades emocionales y físicas a lo largo de la vida y el desarrollo del menor. Las carencias analizadas en el desarrollo de los niños cuyas madres tienen problemas de adicción a las drogas y/o alcohol son achacadas a: un tardío diagnóstico del embarazo, el poco conocimiento del ritmo menstrual y trastornos menstruales, la convicción de que el consumo las protege del embarazo por la pérdida de la menstruación en algunos casos; las mujeres con un consumo grave y problemático o con trastornos adictivos no tienen especial cuidado con los aspectos relacionados a su salud: inapropiado seguimiento del embarazo, descuidan su alimentación e higiene personal, y no cumplen los tratamientos médicos.

La nula asistencia a los servicios sanitarios hace que en muchos casos desconozcan el embarazo hasta meses después de haberse producido (Barreda, et, al., 2005); el consumo de alcohol y drogas durante el período prenatal y postnatal puede acarrear consecuencias graves, para la madre y para el feto, las precarias condiciones sociales, económicas y sanitarias de las madres; existencia de una escasa vinculación afectiva de la madre con el hijo (Calvo, 2004).

En algunas ocasiones, las mujeres con adicciones esconden el embarazo por temor a que su adicción a las drogas pueda acarrear la retirada de la tutela o guarda del hijo que están esperando o de los que ya tienen, también por temor a la actitud de reproche del personal sanitario o de su entorno familiar por consumir durante su estado de gestación. Dicho ocultamiento del embarazo hace que las mujeres eviten el seguimiento y atención sanitaria adecuada y correspondiente a su embarazo. (Romero & Gómez, 1997).

3.6. TRABAJO SOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

El trabajo social en adicciones está presente desde los inicios de esta profesión. Según Gutiérrez (2007), se puede definir el Trabajo Social en el ámbito de las adicciones como:

“Forma especializada de trabajo social que, mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden propiciar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo del contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial”.

Es importante hacer hincapié en la reinserción social como uno de los objetivos principales del trabajo social en el ámbito de las drogodependencias, pues se trata de una intervención social cuyo objetivo es integrar en la comunidad a las personas con problemas de consumo de sustancias, mujeres en este caso.

Las adicciones deben tratarse desde una perspectiva multidisciplinar, en la que hay que tener en cuenta la labor del trabajo social. Es cuando la presencia del trabajador/a social tiene más importancia, porque su trabajo va a ser mejorar el bienestar de las personas. Los y las trabajadoras sociales tienen unas habilidades, unos conocimientos y una formación que se necesitan en los equipos que tratan las drogodependencias. No se trata únicamente de llevar a cabo la desintoxicación y la deshabituación de los usuarios, también es de gran importancia ayudar en su reinserción y recuperación de la vida de las personas, y esa labor de integración es parte del trabajo del trabajador/a social.

Molina (2014), planea que el trabajador/a social, normalmente es la puerta de entrada al acudir al servicio, y cuenta con gran importancia para los/as usuarios/as. Entre las funciones del/la trabajador/a social, nos encontramos: funciones en el área educativa, funciones en el área laboral, funciones en el área familiar, funciones en el área relacional y de ocupación de ocio y tiempo libre, funciones en el área legal, etc. El trabajador/a social va a realizar una atención y función normalizadora.

Además de las funciones que se llevan a cabo, para el proceso y la integración, el/la trabajador/a social, debe estimular a la persona para que ésta se sienta válido socialmente, actuando siempre tras la voluntad de la persona con la que trata, respetando su libertad de elección y sus decisiones.

El objetivo del/la trabajador/a social con las personas drogodependientes es, corregir en la medida de lo posible los problemas de personalidad, solventar la sensación de ansiedad e inseguridad que las caracteriza y proporcionarles bienestar, ofreciéndole los medios y las herramientas para que logren seguridad, firmeza y confianza en sí mismo, así como el sentido del compromiso y la responsabilidad familiar, personal y con el entorno.

Para las usuarias es muy útil la actividad en grupo donde se les ofrece la oportunidad de relacionarse con otras mujeres con problemas comunes, lo que ayuda a neutralizar el sentimiento y la sensación de rechazo social que han vivido anteriormente. (Becerra, 1999).

4.1. PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL

4.1. OBJETIVOS

Las diferencias que hay entre mujeres y hombres con respecto al consumo de drogas, tiene su yacimiento en las condicionantes de género. Cambian según el momento político, social e histórico, la edad, con lo cual su explicación es diversa.

El objeto de este proyecto es incorporar la perspectiva de género en la intervención con las mujeres drogodependientes.

En este trabajo se establece un objetivo general y objetivos específicos:

Objetivo general

Diseñar una intervención social para favorecer la integración social del colectivo de mujeres drogodependientes.

Objetivos específicos

- Analizar el contexto de intervención y las necesidades existentes.
- Adquirir capacidad de compromiso y responsabilidad.
- Seguimiento y acompañamiento en el proceso.
- Informar sobre sus derechos.
- Asesorar, tramitar y resolver los problemas jurídicos que tengan los usuarios
- Informar sobre la formación a la que pueden tener acceso.
- Orientar en el ámbito laboral.
- Fomentar el ocio fuera del círculo de las drogas.
- Favorecer la autoestima.

4.2. METODOLOGÍA

La metodología que vamos a llevar a cabo para el desarrollo de este proyecto es una metodología ecléctica, puesto que los aspectos y conceptos teóricos se llevan a la práctica a través de las actividades. Además se trata de una metodología realista, pues está vinculada a una realidad que se pretende transformar, concretamente, conductas y actitudes. La podremos clasificar también como inductiva, ya que parte de lo concreto, del día a día, de la propia realidad que posteriormente modificaremos. En este caso, tiene aplicación práctica en la realidad, apoya aspectos positivos y aplicables en el contexto donde pretendemos transformar esa situación concreta, la podemos clasificar como útil. Por último, podemos decir que es una metodología procesual, pues el proyecto sigue un proceso continuo para alcanzar los objetivos que se plantean al inicio del proyecto.

Las técnicas creadas para llevar a cabo el proceso de intervención del proyecto están pensadas para que se adapten a las características, situación, necesidades y contexto de las participantes. Se trabaja generando y fomentando la autonomía e integración. Las participantes se deben hacer responsables de sus decisiones y comportamiento de manera que interiorice el

cambio y parte de una motivación intrínseca de mejorar. Se emplea la motivación, la asertividad, la negociación y la mediación.

La metodología será flexible y en espiral, pudiendo retroceder y retomar aspectos ya trabajados anteriormente cuando sea necesario. Se podrán trabajar en varios ámbitos de manera simultánea, de forma paralela, en lo que se evolucionara de forma cualitativa hacia el logro del objetivo principal: favorecer la integración social.

En este proyecto se establecen una serie de actividades que se pueden modificar en función de las necesidades de las mujeres participantes del proyecto. Pudiendo avanzar o hacer menos hincapié en los objetivos más fáciles de alcanzar, porque sea más fáciles para ellas adquirir y adoptar capacidades y habilidades, y en el caso contrario dedicar más tiempo y hacer más hincapié en los aspectos que sean de mayor dificultad para ellas o tengan más interés en profundizar.

4.3. DESTINATARIOS/AS

Este proyecto se realizará con 8 mujeres mayores de 18 años. Habrá sesiones individuales con cada una, dependiendo de las necesidades y circunstancias personales de las usuarias y sesiones grupales.

4.4. ACTIVIDADES

Actividad 1: Introducción explicativa del proyecto y compromiso

En esta primera sesión se lleva a cabo una reunión con las participantes del proyecto para una primera toma de contacto, en la que se explicara en qué consiste, cuales son los objetivos, y su finalidad, haciéndoles saber en todo momento que ellas son las protagonistas y responsables de cada una de sus decisiones, haciéndoles ver también cuáles serán sus logros a alcanzar, motivándolas para la participación en el proyecto.

Realizaremos una dinámica que consistirá en que las participantes escriban en un papel lo que quieren hacer (gustos e intereses), lo que pueden conseguir (limitaciones y posibilidades), lo que están dispuestas a dar para conseguirlo (tiempo, energía) y por último, lo que creen tener a su alcance (formación, ofertas de empleo). Al lado, deberán poner: qué hago yo para conseguir esto, qué necesito, qué metas establezco, y qué recompensa quiero tener.

En esta primera sesión, trataremos de aclarar los objetivos que se pretenden conseguir a lo largo del proyecto, estando relacionados siempre con la mejora de las usuarias.

Redactaremos un compromiso de iniciación, responsabilidad y asistencia para conseguir los objetivos marcados. Se explica también en él que es importante acudir a las actividades con puntualidad. Deberá ser firmado por las participantes, si están de acuerdo y se comprometen a cumplirlo, se requiere voluntariedad y motivación por su parte.

Esta actividad será llevada a cabo por la Trabajadora Social. Habrá una única sesión el primer día.

Actividad 2: La autoestima

Las adicciones afectan de manera negativa a la autoestima de las mujeres y también de los hombres. En cambio, las mujeres con drogodependencias, en la mayoría de los casos tienen menos autoestima que los hombres cuando acuden al centro.

Castaños et al., (2007) señala que “cada mujer habrá vivido situaciones diferentes pero también la experiencia terapéutica puede ser un nuevo espacio que permita, en el vínculo con los y las profesionales, aumentar su autovaloración y aprecio personal” (p.115).

Trabajar e intentar mejorar la autoestima de la mujer drogodependiente quiere decir empoderarlas, para que así ellas puedan comunicar siempre sus sentimientos, sus deseos y sus necesidades claramente, poner límites en sus

relaciones personales, pedir ayuda cuando lo necesiten de manera explícita, y que contraríen todo aquello que crean que no está bien.

En esta actividad se llevaran a cabo cuatro pasos para desarrollar la autoestima:

1. Autoconocimiento: Ayudar a la mujer drogodependiente a conocerse mejor a sí misma. A tener conocimiento sobre quien es, lo que piensa de sí misma y lo que exterioriza a los demás, cómo habla sobre ella, que esconde y que destaca. Aprender a identificar sentimientos, necesidades, pensamientos y creencias.

2. Autoaceptación: Aprender a responsabilizarse de que lo que sienten, piensan y hacen es parte de sí mismas.

3. Autoafirmación: Enseñarles a comunicar claramente y con seguridad sus sentimientos, necesidades, y deseos a los demás.

4. Autoresponsabilización: Hacerles ver que tienen que ser responsables de sí mismas, de sus actos, de su salud, de su tiempo, de su bienestar, etc.

Esta actividad será llevada a cabo por la educadora social. Habrá sesiones grupales con las 8 participantes, y cuando la educadora estime oportuno para trabajar también de forma privada o cuando las participantes necesitan tratar con la psicóloga algún tema en la intimidad también se realizarán sesiones individuales.

Actividad 3: El entorno

Es de gran importancia trabajar el entorno de la mujer drogodependiente, pues suelen tener menos apoyo que los hombres cuando empiezan el tratamiento. La familia es fundamental en este proceso de recuperación. Es imprescindible abarcar los comportamientos contraproducentes, y prejuicios posibles, favoreciendo la comprensión del problema, transformándola en un punto de apoyo.

Esta actividad será llevada a cabo por la educadora social. Y entre los objetivos a tener en cuenta se encuentran:

- Dar información y hacer más fácil la comprensión de las drogodependencias y de los estereotipos sociales, dándole importancia a los aspectos que afectan a la mujer concretamente.
- Reconocer y prever las pautas de interacción que llevan a la exclusión familiar de la mujer.
- Proporcionar a la mujer más apoyos sociales y familiares, estableciendo la relación de ayuda y trabajar para que las mujeres drogodependientes consigan beneficios junto a su familia, durante el tratamiento.
- Favorecer la comunicación con la familia, intentando reforzar los vínculos. Las familias de las mujeres drogodependientes intentan no hablar del problema para evitar la visibilidad del mismo, por la visión más negativa que se asocia a la mujer consumidora.

Habrán sesiones grupales con las 8 participantes, y también habrá sesiones individuales cuando las participantes lo soliciten para hablar o tratar temas en privado con la educadora, o en los casos que la educadora estime oportuno tratar algún tema en concreto con alguna de las participantes de manera individual.

Actividad 4: Las relaciones

Las mujeres drogodependientes normalmente achacan a sus relaciones, principalmente de pareja, un sentimiento de dependencia unido a la dependencia que tienen a una o más drogas, creándose así la bidependencia que se tendrá en cuenta por parte de la profesional en el momento de intervenir.

Las mujeres consumidoras tienden a encomendar sus responsabilidades a otros, dejando así de asumir su vida con independencia y autonomía.

Esta actividad será llevada a cabo por la educadora social. Y entre las actuaciones que se realizarán se encuentran:

- Mejorar el desarrollo de habilidades sociales.
- Valorar y favorecer las relaciones de amistad entre mujeres.
- Enseñarles a detectar relaciones tóxicas y mejorar su concepto de las relaciones dándoles un significado más saludable.
- Ayudarla a recuperar su identidad, y así poder tomar sus propias decisiones sin verse condicionada por las opiniones del resto.
- Prevenir las relaciones de dependencia que puedan tener en el futuro, detectar los factores de riesgo que tengan relacionados con sus relaciones personales, los problemas de separación, y sentimientos de soledad y abandono. Desarrollar estrategias para aumentar la tolerancia en ese tipo de situaciones.

Habrà sesiones grupales con las 8 participantes, y habrá sesiones individuales en los casos en los que las participantes necesiten hablar temas en privado con la educadora, para resolver dudas, o cuando la educadora estime oportuno tratar algún tema en concreto con alguna de las participantes de manera individual.

Actividad 5: La sexualidad

Cuando la mujer empieza en el mundo de las drogas, es posible que su sexualidad se vea afectada. En muchos casos se ven expuestas a situaciones con un mayor riesgo para su salud sexual.

Esta actividad será llevada a cabo por la psicóloga. Y entre los objetivos terapéuticos es necesario que se encuentre:

- Aceptar su cuerpo.
- Cuestionar los posibles estereotipos de género que tienen relación con la sexualidad.

- Superar las dificultades relacionadas con el sexo.
- Enseñar a poner los límites deseados en sus relaciones personales y sexuales.
- Fomentar una sexualidad que sea segura.
- Disfrutar de su sexualidad.

Habr  sesiones grupales con las 8 participantes, y también habrá sesiones individuales en los casos en los que las participantes necesiten hablar temas en privado con la psicóloga, para resolver dudas o cuando la profesional estime oportuno tratar algún tema en concreto con alguna de las participantes de manera individual.

Actividad 6: La maternidad

La maternidad en las mujeres drogodependientes requiere de prevención por parte del profesional para evitar complicaciones en el embarazo y después del parto. Se tratar  de proporcionar la información necesaria. Esta actividad será llevada a cabo por la psicóloga, y deberá:

- Dar información sobre la prevención de embarazos no deseados y las motivaciones para ejercer la maternidad.
- Reflexionar sobre la presencia de los estereotipos con respecto al género en su maternidad.
- Ayudar a las mujeres y madres a encontrar otras opciones para ellas y para sus hijos e hijas, que sean también satisfactorias.
- Si en algún caso, el cuidado de sus hijos ha sido otorgado a algún miembro de la familia, se trabajar  la recuperación de la figura maternal.
- Dar la información necesaria para una educación adecuada para sus hijos.
- Fomentar modelos de crianza saludables y adecuados.

Habr  sesiones grupales con las 8 participantes, y también habrá sesiones individuales en los casos en los que las participantes necesiten hablar temas en privado con la psicóloga o cuando la psicóloga estime oportuno tratar algún tema en concreto con alguna de las participantes de manera individual.

Actividad 7: La violencia de género

Castaños (2007) señala que “los profesionales debemos estar familiarizados/as con las consecuencias de la violencia y entender cómo aquellas se convierten en obstáculos para salir de la situación de violencia y del problema adictivo” (p.157).

Es fundamental contar con formación sobre violencia de género para realizar una intervención satisfactoria en prevención, en detección y actuación por parte de los profesionales ante estas situaciones.

Esta actividad será llevada a cabo por la psicóloga y entre las actuaciones que debe realizar se encuentran:

- Ofrecer apoyo principalmente.
- Desarrollar técnicas de apoyo, afrontamiento y recursos de la mujer.
- Observar posibles creencias y valores que hacen que el problema continúe.
- Reconocer sus emociones y no culpabilizar.
- Identificar y abordar con la mujer los tipos de violencia y explicarles su ciclo.
- Buscar apoyos fuera de la pareja.
- Reconocer los cambios, anticipando las dificultades que se puedan dar.
- Dar conciencia sobre la función que tiene el consumo de sustancias en su vida y la forma en que ayuda a soportar la violencia.
- Facilitar la percepción del maltrato y desarrollar técnicas que les proporcionen seguridad.

Habr  sesiones grupales con las 8 participantes, y también habrá sesiones individuales en los casos en los que las participantes necesiten hablar temas en privado con la psicóloga, y también cuando la profesional en este caso estime oportuno tratar algún tema en concreto con alguna de las participantes de manera individual.

Actividad 8: Derechos fundamentales

Es de gran importancia que las usuarias conozcan cuáles son sus derechos como persona, como mujer y como madre, en el caso de que lo sean.

Esta actividad será llevada a cabo por la jurista y entre las actuaciones a realizar se encuentran:

- Informar a las usuarias de sus derechos.
- Orientar y gestionar los trámites referentes a la violencia de género.
- Facilitar información sobre las tutelas, guarda y custodia de sus hijos e hijas, para su posible recuperación en caso de pérdida.

Habr  sesiones grupales con las 8 participantes, y también habrá sesiones individuales en los casos en los que las participantes necesiten hablar temas en privado con la jurista, para resolver dudas o tramitar algún procedimiento legal, y también cuando la jurista estime oportuno tratar algún tema en concreto con alguna de las participantes de manera individual.

Actividad 9: Orientación laboral

En muchos casos, la mujer drogodependiente no cuenta con ninguna formación, y no ha tenido acceso al mercado laboral, por tanto no saben cuáles son las opciones que existen ni sus posibilidades.

En esta actividad informaremos a las participantes de los derechos y deberes de los trabajadores, los tipos de contrato que existen, los tipos de

entrevistas, las preguntas que suelen realizarse en ellas, y consejos de cómo acudir a una entrevista.

Enseñaremos a las usuarias a realizar un curriculum vitae en el que expondrán su formación, y experiencia laboral, sus capacidades y cualificaciones.

En esta actividad se realizarán itinerarios personalizados con cada una de las participantes que lo necesiten y se llevarán a cabo acompañamientos para su inscripción como demandantes de empleo en el INEM, se les informará donde pueden buscar empleo y se les entregará un listado de empresas de trabajo temporal donde podrán llevar el curriculum realizado.

Esta actividad será llevada a cabo por la Trabajadora Social. Habrá sesiones grupales y también sesiones individuales con cada una de las participantes para realizar los acompañamientos.

Actividad 10: Cuestionario de evaluación (Anexo I)

En esta última actividad se le hará entrega a cada participante un cuestionario de evaluación, del proyecto del cual han sido las protagonistas, para que puedan evaluar y hacer propuestas para mejorar. Así como se le informará que se seguirá haciendo un seguimiento por parte del centro, tratando de solucionar cualquier problemática que vaya surgiendo y seguirán siendo atendidas como siempre por parte de los profesionales del centro.

Esta actividad será llevada a cabo por la Trabajadora Social. Será grupal, con las 8 participantes en conjunto.

4.5. TEMPORALIZACIÓN

Este proyecto tendrá una duración de 3 meses. Se podrá realizar de forma continuada en el tiempo con grupos diferentes. Al finalizar con un grupo, se comenzará con otro y así sucesivamente.

Cada actividad contará con una hora aproximadamente para ser realizada.

·Sesiones grupales:

Actividad 1: Primer día. 10:00 a 11:00 h. Introducción explicativa del proyecto y compromiso.

Actividad 2: Lunes de 10:00 a 11:00 h. La autoestima.

Actividad 3: Lunes de 11:00 a 12:00 h. El entorno.

Actividad 4: Lunes de 12:00 a 13:00 h. Las relaciones.

Actividad 5: Miércoles de 10:00 a 11:00 h. La sexualidad.

Actividad 6: Miércoles de 11:00 a 12:00 h. La maternidad.

Actividad 7: Miércoles de 12:00 a 13:00 h. La violencia de género.

Actividad 8: Viernes de 10:00 a 11:00 h. Derechos fundamentales.

Actividad 9: Viernes de 11:00 a 12:00 h. Orientación laboral.

Actividad 10: Último día. 10:00 a 11:00 h. Cuestionario de evaluación.

·Sesiones individuales:

Los martes y jueves serán los días que se realizarán las sesiones individuales, en horario de 10:00 a 13:00, dependiendo de la disponibilidad horaria de las participantes y de las profesionales, llegando a un acuerdo entre ambas.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
10:00 11:00	Actividad 2 (grupal)	Sesiones individuales	Actividad 5 (grupal)	Sesiones individuales	Actividad 8 (grupal)
11:00 12:00	Actividad 3 (grupal)	Sesiones individuales	Actividad 6 (grupal)	Sesiones individuales	Actividad 9 (grupal)
12:00 13:00	Actividad 4 (grupal)	Sesiones individuales	Actividad 7 (grupal)	Sesiones individuales	

4.6. RECURSOS

Recursos materiales:

- Material no fungible: Ordenador, impresora, acceso a internet, proyector, sillas, mesas, instalaciones del centro.
- Material fungible: Folios, bolígrafos.

Recursos humanos:

En este apartado hago referencia a que uno de los recursos humanos que se empleará será yo, la persona que diseñó el proyecto y será la encargada de la coordinación.

Además contaré con la colaboración de personal: una educadora social, una psicóloga y una jurista.

4.7. EVALUACIÓN

Será una evaluación durante la implementación del proyecto, es decir una evaluación del proceso. Con dicha evaluación se pretende conocer y dar solución a las necesidades que puedan ir surgiendo durante la ejecución del proyecto con el objetivo de conocer si han habido discrepancias o disconformidades entre lo que se ha diseñado y lo que se ha realizado. Tratando de resolver estos problemas, en la medida de lo posible, sobre la ejecución del proyecto o para tenerlo en consideración como mejora de éste en las próximas actuaciones. Para este tipo de evaluación llevaré a cabo la recogida de información, el instrumento que se empleará será un diario de campo en el que se irá tomando notas diariamente. Estas notas tendrán relación con las necesidades de las usuarias en cada actividad así como su motivación, tomar nota si se han tenido que llevar a cabo cambios, tomar decisiones de algún tipo o posibles incidencias en la implementación del proyecto. La técnica que se empleará para la recogida de información, utilizando como instrumento el diario de campo, será la observación.

Los profesionales cuentan con instrumentos específicos de trabajo, además del diario de campo:

La historia social, como documento que registra los datos personales, familiares, sanitarios, educativos, laborales, económicos, de vivienda y cualquier información relevante de la situación de la usuaria en este caso, la demanda, el diagnóstico, intervención y evolución.

La ficha social como soporte documental, en el que se refleja la información sistematizada de la historia social.

Se caracteriza por ser una evaluación interna, que se llevará a cabo con la colaboración de las participantes, pues al finalizar se le pedirá que realicen un cuestionario. Con la realización de este cuestionario se pretende llevar a cabo la evaluación final, una evaluación de resultados que permite conocer en qué medida se han logrado los objetivos del proyecto y conocer datos como: aspectos a mejorar, motivación y predisposición para realizar las actividades, nivel de satisfacción, utilidad del proyecto.

Para el éxito de la evaluación es importante la colaboración de las usuarias, por lo que se trabajará la motivación para la realización dicho cuestionario de manera reflexiva y crítica.

4.8. ASPECTOS A TENER EN CUENTA

Partiendo de la discriminación que experimentan las mujeres a nivel global en un sistema patriarcal en todas sus dimensiones (social, político y económico), la mujer se debe enfrentar a otros condicionantes añadidos que en gran parte de los casos van en su contra, de cara a alcanzar la igualdad de oportunidades y participación en una sociedad como esta.

Con ello nos referimos a mujeres que tienen religiones distintas a las del país en el que residen, a la discriminación y precarización laboral y económica, a la diversidad funcional y la fallida inclusión social, a mujeres de otras culturas,

a mujeres en situación de riesgo y exclusión social como son las que viven en la pobreza, las que padecen una enfermedad mental, las que son cuidadoras, prostitutas, a las reclusas o a las que tienen una orientación y/o identidad sexual diferente a la normativa.

Por ello la existencia de la figura del/a profesional consciente de todas las realidades discriminatorias que atraviesan o pueden atravesar a la mujer cuando llega al servicio, es fundamental para establecer con ella un plan de trabajo que pueda llegar a ser integral.

Es determinante que cada profesional sea honesta/o y consciente de sus capacidades y sus limitaciones como personas y como profesionales, de cara a poder prestar servicio a mujeres en estas circunstancias, pues en gran número de ocasiones se normalizan posturas o se integran prejuicios o puntos de vista, que si no somos capaces de analizarlos objetivamente antes de tratar con ellas, las consecuencias de la atención pueden ser nefastas.

Se recomienda abordar y trabajar en equipo profesional estas debilidades y prejuicios, para poder ofrecer una atención de calidad, a las mujeres que llegan hasta los servicios, puesto que es de gran importancia la relación que se crea entre la usuaria y el/la profesional. Los/as profesionales deben establecer una confianza suficiente para que se produzca una alianza en la terapia y lograr que la usuaria se abra y confíe en el/la profesional y la terapia, considerándose un aspecto importante para el éxito del proyecto.

Como señalan Castaños y Palop (2007) "la relación terapéutica es uno de los elementos que sostiene el tratamiento, muy especialmente en el caso de las mujeres. La dimensión relacional es un elemento clave en sus vidas, y también lo es en su recuperación. (p.61).

Por otro lado, el estudio realizado por Urbano y Arostegui (2004) las mujeres drogodependientes presentaban un perfil caracterizado principalmente por la vivencia de acontecimientos traumáticos, como por ejemplo maltrato, violaciones, prostitución, abusos sexuales, etc, todas de carácter sexual, antes o durante la etapa de consumo, los que parecen tener relación con el inicio del consumo de drogas o su mantenimiento. Estas vivencias traumáticas vividas

han sido mayoritariamente realizadas por un hombre, lo que deja claro que es necesario trabajar con la sexualidad, la identidad femenina, la figura del hombre en sus vidas, y los vínculos que crean con ellas. Sería adecuado que fueran tratadas por personas del mismo sexo, es decir mujeres, puesto que en otro estudio (Pantoja, 2007) se obtuvo que las mujeres con estos problemas notan el acompañamiento de las terapeutas femeninas más empático, adecuado, cercano y se sienten en un ambiente de más confianza y mayor entendimiento.

A continuación se van a relacionar obstáculos, dificultades, resistencias, mitos, estereotipos, prejuicios y otras posturas en las que se puede incurrir, a la hora de prestar apoyo, y a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo el proyecto.

4.8.1. Dificultades profesionales

- Centrarse en el tratamiento y priorizar una manera rígida la actuación.
- Creación de falsas expectativas
- Derivar inmediatamente a otro recurso sin haber llegado a una toma de decisión conjunta con la mujer
- Distancia emocional ocasionada por los prejuicios
- Espacio inadecuado. Falta de privacidad e intimidad
- Falta de formación que conlleva a miedo por poder perjudicar la seguridad de la mujer
- Falta de habilidades en el/a profesional
- Falta de tiempo para el desarrollo de una adecuada atención por sobrecarga laboral
- Identificación con la víctima y no ser objetiva/o
- Imponer criterios personales

- Inestabilidad emocional, desbordada/o por el relato.
- Inseguridades
- Intervenciones poco cuidadosas que pueden traumatizar y/o dañar a la mujer
- Miedo a implicaciones legales que puedan acarrear al/a profesional
- Miedo a perjudicar a la mujer
- Necesidad de trabajo en clave de derecho para evitar el juicio personal y centrarse en lo profesional
- No considerar la violencia como un problema de Salud Pública
- No contar con formación en violencia de género y no haber compartido con otros/as profesionales casos de este tipo.
- No entrar en “áreas de conflicto”, aprender a “leer entre líneas”
- No fomentar la auto-eficacia
- No insistir en que la violencia nunca está justificada (ante excusas o minimizaciones de la violencia)
- No juzgar, ordenar, sermonear, desaprobar, interrogar, ironizar e interpretar.
- No mantener una actitud empática
- No tener en cuenta que los/as profesionales son muchas veces las únicas redes de apoyo con las que cuentan
- Normalizar la violencia
- Obligar o presionar a que las mujeres tomen medidas judiciales o de abandono del hogar, sin tener en cuenta si están preparadas para ello, así como las consecuencias de tomar ciertas medidas.
- Posibles actitudes machistas que se pudieran desarrollar inconscientemente
- Problemas de comprensión
- Proyectar experiencias personales de violencia de género

- Racionalizar la conducta violenta del agresor
- Reacciones que dificultan la empatía ante la confidencia de la mujer
- Rechazo al maltratador que acompaña a la mujer en la consulta
- Restar credibilidad o emocionalidad
- Sensaciones de impotencia y frustración
- Sobrepotección por parte de profesionales.
- Su pareja la acompaña
- Subestimar actos violentos y normalizarlos por el contexto de conflictividad social que implica la adicción, pasándose por alto.
- Uso inadecuado del lenguaje

4.8.2. Prejuicios frecuentes

- Convicción de que no van a querer cambiar, que por mucho que el/a profesional apoye no se va a conseguir
- Creencia en la falta de información del caso porque las mujeres acuden solas y existe desconfianza profesional
- Crear el mito que las mujeres son más “conflictivas y más difíciles de tratar”
- Crear que ella es quien busca situaciones en las que se expone a ser violentada
- Crear que la mujer tiene desconfianza hacia el/a profesional
- Crear que la realidad que viven no es modificable
- Crear que se trata de una cuestión a solucionar a través de la mediación familiar y/o terapia de pareja
- Deshonestidad por parte de la mujer
- Emitir juicios y/o poner en duda lo que manifiesta la mujer

- Juicios en cuanto a maternidad y vida sexual, puesta en tela de juicio
- Justificar el consentimiento
- Juzgar el abandono familiar y no comprender el problema de la adicción.
- Minimizar la importancia de su historia personal
- Mitos, creencias y estereotipos: “Es responsabilidad de otros/as profesionales”, “no ocurre entre mis pacientes”, “responde a perfiles determinados”.
- Modelos de masculinidad o feminidad
- Pensar que desconfía de los medios de protección
- Prejuicios con respecto al nivel formativo, impotencia, frustración por repetición de esquemas, dificulta la empatía
- Se les juzga por su aspecto, por ejemplo el estigma de la prostitución va unido a ellas
- Seguridad de que viene de una familia de origen en la que existía maltrato
- Si tiene hijos/as se le puede juzgar pensando en su incapacidad para el cuidado de los/as mismos/as

4.8.3. Obstáculos para acceder y continuar en tratamiento

Existen barreras tanto en la continuidad como en el acceso para el tratamiento de mujeres drogodependientes. Normalmente, las mujeres cuentan con más dificultades para acceder y permanecer en los servicios de asistencia que los hombres. Los obstáculos en la mayoría de los casos tienen relación con el modelo de atención que tienen en los centros o tienen relación con sus circunstancias sociales, culturales y personales.

4.8.3.1. Obstáculos inherentes a los sistemas

- La ausencia de mujeres en las estructuras asistenciales.
- La poca sensibilización en relación a las diferencias de género.
- La carencia de conocimientos con respecto a las mujeres drogodependientes y de sus necesidades de tratamiento diferencial.
- La inexistencia de modelos de tratamiento diferenciados en cuestiones de género.
- La necesidad de aumentar los servicios asistenciales para mujeres, pues ellas cuentan con problemas más graves, como por ejemplo experiencias traumáticas, problemas de salud mental, responsabilidades familiares, menos recursos educativos, ingresos o empleo, y mayor posibilidad de que necesiten servicios prenatales, práctica de cuidado de niños, servicios de bienestar infantil, vivienda, alimento y transporte.

4.8.3.2. Obstáculos de tipo estructural

Las políticas que existen a nivel de los programas y servicios cuentan con obstáculos estructurales que dificultan a las mujeres el acceso al tratamiento:

- El cuidado de los hijos.
- La ausencia de servicios para mujeres en estado de gestación.
- Los horarios inamovibles en los programas y terapias es en muchos casos incompatible con las responsabilidades domésticas y familiares.
- Las listas de espera y la respuesta tardía.
- La falta de información con respecto a los tratamientos con los que pueden contar.
- Falta de detección del problema de adicción, de remisión e intervención en el servicio de atención primaria.

4.8.3.3. *Obstáculos sociales, culturales y personales*

Las mujeres cuentan con obstáculos personales, sociales y culturales para poder acceder al tratamiento. Esto es debido a las normas sociales y culturales que hay en la sociedad, relacionados al papel que se supone que deberían desempeñar las mujeres, la forma de comportarse considerada apropiada, las creencias y actitudes de la población con respecto a las mujeres drogodependientes.

-Las circunstancias de vida que tienen, tales como: escasos recursos, bajos o inexistentes ingresos, un estilo de vida precario y comportamientos que ponen en riesgo su salud.

-En muchos casos reconocen sentir impotencia, incapacidad, fracaso, lo que hace más difícil iniciar el tratamiento.

-Sentimiento de vergüenza y culpa.

-Inexistente apoyo por parte de su pareja.

-Miedo a perder la custodia de los hijos.

-Ausencia de apoyo de la familia para la realización del tratamiento.

-Creer que el consumo de drogas es una solución más que un problema

-Desconfianza de que el tratamiento funcione, y de ser entendidas.

4.8.3.4. *Dificultades para continuar en tratamiento*

En muchos casos, las mujeres que comienzan en tratamiento tienen diferentes problemas para continuar con el tratamiento. Esto es debido a que sus condiciones personales iniciales tienen más límites que las de los hombres:

-Los procedimientos de terapia y de atención no están adaptados a sus necesidades.

-Los/as profesionales en algunos casos tienen una idea errónea de que las mujeres drogodependientes son más difíciles de tratar que los hombres,

pensando que tienen más recaídas y más abandonos, afectando a sus expectativas en la intervención.

-Las mujeres tienen más problemas de salud mental que los hombres, lo que conlleva a necesitar servicios más amplios como sanitarios o sociales.

-Las mujeres son más vulnerables a la violencia que los hombres.

-En algunos casos, las mujeres que acuden a tratamiento han sufrido abusos y agresiones sexuales.

5. VALORACION PERSONAL, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Con la elaboración de este proyecto he pretendido profundizar en la temática de las drogodependencias desde una perspectiva de género, para intentar dar respuesta a una necesidad real y actual. En relación a esto quiero hacer mención a que gran parte de los programas y proyectos a los que he tenido acceso, la mayoría de los que son destinados a personas drogodependientes, tienen unas características que no corresponden con la realidad en muchos casos. Cada persona, y en concreto las mujeres, pertenecientes al colectivo de drogodependientes, es diferente, y los proyectos no están adaptados para ellas.

Como he querido reflejar a lo largo del trabajo, existe la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el área de las drogodependencias, teniendo en cuenta todos los factores que los diferencian. Puede ser determinante en el logro del tratamiento de rehabilitación si se tuviera en consideración todos los aspectos relevantes, con el objetivo de evitar un sesgo de género

Las mujeres y también los hombres son susceptibles de ser adictos, pero hay similitudes y diferencias entre ellos, por lo que hay que tener en cuenta los aspectos a nivel personal y social que afectan de forma diversa a unos y a otros, no se puede tratar de la misma manera, ni tener un protocolo estándar, ni generalizar para hacer más fácil la intervención de dos realidades tan diferentes como son las de la mujer y el hombre.

Por esto, he visto la necesidad de diseñar un proyecto exclusivo para el género femenino, siendo consciente que muchas veces los recursos personales, temporales y económicos no lo permiten, pero creo que un diseño adaptado exclusivamente a las mujeres es un buen camino hacia el éxito.

La problemática de las drogas es muy compleja, y aunque se han alcanzado muchos logros, queda un camino largo en el que trabajar para conseguir la inserción social de personas con tanto estigma social como es el caso de las personas que pertenecen al colectivo de drogodependientes. Se necesita más participación y más implicación de la ciudadanía, trabajar con las comunidades para alcanzar un cambio a través de la educación, en las mentalidades con estereotipos ya que en la mayoría de los casos los estereotipos están unidos al desconocimiento. Todo cambio debe ser apoyado e impulsado por políticas sociales que puedan favorecer la inserción social y luchen en contra de la exclusión social.

Para concluir, incorporar la perspectiva de género es la única manera de valorar la situación de la mujer en una sociedad donde está estructuralmente discriminada en relación a su género, y es la única manera de crear una intervención real, justa y completa a las mujeres por el hecho de serlo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arostegui, E., Urbano, A. (2005). *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Barreda, M., Díaz, M., de la Cuesta, S., López, M., Rodríguez, M., Sánchez, S., (2005) *Mujer y adicción: aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Madrid: Instituto de Adicciones Madrid Salud.
- Becerra, M (1999) *Trabajo social en drogadicción*. Ed: Humanitas.
- Becoña, E., Rodríguez, A. Salazar, I. (1994). *Magister en Drogodependencias*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicación e Intercambio científico de Unidad de Santiago de Compostela.

- Blanco Zamora, P., Palacios Ajuria, L., & Sirvent Ruiz C. (2002) *I simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid: Instituto de la mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).
- Calvo Botella, H. (2004). Maternidad, infancia y Drogas: implicaciones clínicas, *Adicciones*, 16 (4). 2-5.
- Cantos, R. (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación Atenea. Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://pnsd.mssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- García A., & Freire, M. (2000). A vueltas con la categoría género. *Papeles del psicólogo* (76), 35-39.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y Trabajo Social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- López, I. (2007). *El enfoque de género en la intervención social*. Cruz Roja.
- Mantilla de Ardilla, A. (1996). *Género: variable clave en educación sexual*. Fundación Gama Idear población y desarrollo. Bogotá.
- Maquieira, D. A., Beltrán, E., Álvarez, S., & Sanchez, C. (2001) Género, diferencia y desigualdad. *En feminismos, debates teóricos contemporáneos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Martín del Moral, M., Lorenzo Fernandez, P., & Lizasoain, L. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. *Drogodependencias*. Madrid: Medica Panamericana.
- Ministerio de Sanidad. (2006). *Violencia infligida por la pareja y el alcohol*. Recuperado de:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/violenciaPareja.pdf>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Estadísticas 2017: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf

Observatorio Vasco de Drogodependencias (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Pantoja, L. (2007). *¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes? Avances en Drogodependencias*. Instituto Deusto de Drogodependencias.

Pastor, F., Reig, M., Fontoba, J., & García, A. (2011) Alcohol y violencia. *Salud y drogas*, 11(1), 71-94.

Boada, M. (2012) *Caracterización emocional en las parejas de pacientes alcohólicos del hospital de la policía Nacional G-2 Guayaquil 2011* (Tesis de Grado). Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Psicológicas, Guayaquil-Ecuador.

Real Academia Española (2014) *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Planeta Publishing.

Romero, M., & Gómez (1997). La mujer embarazada con problemas de adicciones: Consideraciones de género, investigación y tratamiento. *LiberAddictus*.

Romo, N. (2013). Invisibilidad, Emociones y Abuso de Drogas entre las Mujeres. Adicciones y Emoción. *Proyecto Hombre: Revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (81), 22-23.

Sánchez, L. (2009). *Género y drogas: Guía informativa: género y drogas: Plan de atención integral a salud de la mujer de Galicia*. Galicia: Xunta de Galicia.

- Sánchez, L. (2012). *Género y Drogas. Guía informativa*. Alicante: Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud.
- Sánchez, L. (2014) *Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia. Guía para el desarrollo de programas de prevención*. Diputación de Alicante, Área de Igualdad y Juventud.
- Sociedad Española de Toxicomanías (2006). *Tratado SET de Trastornos Adictivos*. Madrid (España). Médica Panamericana.
- Turbert, S. (2003) Años ochenta: adopción de la categoría de género y del paradigma de la dominación masculina. *Del sexo al género: Los equívocos de un concepto*. Universidad de Valencia.
- Velasco, S. (2006). Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. *Material docente del Diploma de Especialización de Género*.
- Velasco, S. (2008). *Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud*. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer.

7. ANEXO

7.1. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Con el siguiente cuestionario de satisfacción se pretende recoger información de las actividades llevadas a cabo en el proyecto de intervención. Esto permite mejorar la calidad de la intervención social en actuaciones futuras, adaptándose a los intereses y opiniones de las participantes.

1. ¿Te has sentido bien? ¿Has estado cómoda?

Si - No, porque.....

2. ¿Te has sentido motivada a la hora de realizar las actividades?

Si - No, porque.....

3. ¿Qué actividades han sido más motivadoras?

.....

4. ¿Qué actividades han sido menos motivadoras?

.....

5. ¿Hay algo que cambiarías?

Si - No

¿El qué?.....

6. ¿Crees que ha sido útil el proyecto? Puntúa del 1 al 10 (entendiendo 1 como nada útil y 10 como muy útil).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. ¿En qué consideras que te ha sido útil el proyecto?

.....

8. ¿Faltaba algo en las actividades?

Si - No

¿El qué?.....

9. Puntúa del 1 al 4 tu interés en las diferentes actividades (entendiendo 1 como ningún interés y 4 como mucho interés).

<u>Actividades</u>	1. Ningún interés	2. Poco interés	3. Interesante	4. Mucho interés
Autoestima				
Entorno				
Relaciones				
Sexualidad				
Maternidad				
Violencia de género				

Derechos fundamentales				
Orientación laboral				

10. Respecto a la labor de los profesionales que llevan a cabo el proyecto, puntúa del 1 al 5 los siguientes ítems, siendo la 1 la mínima y la 5 la máxima.

ÍTEMS	1	2	3	4	5
Preparación de la actividad					
Adecuación de la actividad a tus necesidades					
Calidad de la información y explicación dada					
Capacidad de respuesta ante las dudas					

Para mejorar, haz alguna sugerencia:

.....