



INFORME TÉCNICO DE GENERO

FINANCIADO POR EL PNSD 2007



INFORME FINAL DE LA REALIZACIÓN DEL PROGRAMA SUBVENCIONADO

1. **ENTIDAD:** Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)

2. **PROGRAMA SUBVENCIONADO:**

Investigación sobre las dificultades en el acceso al tratamiento y carencias en la intervención con mujeres drogodependientes en los centros de UNAD.

3. **FECHA DE LA ORDEN DE CONVOCATORIA EN LA QUE FUE SUBVENCIONADO:**

ORDEN SCO/2646/2007 de 29 de agosto, por la que se convoca en 2007, la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados

Informe realizado por:

Patricia Martínez Redondo

Educadora Social y Antropóloga

Índice de contenidos

Introducción	03
Percepción de los equipos profesionales en materia de género, drogodependencias e intervención específica con mujeres drogodependientes	06
Propuestas de mejora en la intervención en drogodependencias desde perspectiva de género	36
Guía para la evaluación de acciones de empleo introduciendo la perspectiva de género	47
Centro Residencial ‘Betania’ (SAFA, Albacete)	51
Conclusiones	56
Bibliografía	61

Introducción

Introducción

La idea de este proyecto surge en el marco de la colaboración entre UNAD y la Fundación General de la Universidad Autónoma de Madrid en el programa EQUAL ‘Aunando Esfuerzos’, que se ejecutó desde junio de 2005 hasta diciembre de 2007. Un requisito imprescindible para la ejecución de ese programa fue la aplicación de la perspectiva de género, tanto de forma transversal (*mainstreaming*), como a través de actuaciones específicas. El cumplimiento de ese requisito fomentó que UNAD desarrollase, con el apoyo de la UAM, un proceso de análisis y evaluación de la perspectiva de género aplicada a las drogodependencias en las cuatro entidades que ejecutaron el proyecto: ACLAD de Valladolid, La Huertecica de Murcia, PATIM de Castellón, y SAFA de Albacete, poniendo de manifiesto por un lado, la idoneidad de profundizar en esta perspectiva en relación al ámbito de las drogodependencias y, por otro, la necesidad de actuar hacia una mejora en la intervención con mujeres drogodependientes específicamente.

Ante la necesidad de abordar de forma exhaustiva una serie de aspectos detectados en el mencionado programa, UNAD se propuso una investigación que ampliase el trabajo hecho en esas cuatro entidades y pudiese ser transferido a todas las organizaciones que la componen. Para ello se diseñó un proyecto que actuase en 10 de dichas organizaciones, como muestra lo suficientemente representativa del tejido asociativo que compone UNAD, y pertenecientes a seis Comunidades Autónomas distintas. Igualmente, el proyecto se planteó llegar a las usuarias y destinatarias de los programas que desarrollan esas entidades mediante entrevistas directas, para poder recoger su punto de vista y valoración de los recursos existentes (objetivo 1).

La idea inicial era también estudiar programas específicos para mujeres que ya estuvieran funcionando en diversas organizaciones de UNAD (por ejemplo: Asociación AVANT en Valencia; Arco Iris en Córdoba, etc.). Estudiar programas específicos ya en desarrollo, ofrecía la posibilidad de un análisis desde perspectiva de género de los mismos (trabajar específicamente con mujeres no equivale directamente a que se esté incorporando dicha perspectiva en la actuaciones realizadas), así como la posibilidad de nutrir la investigación y los documentos de difusión de la misma con diversas experiencias. Finalmente, y debido a la falta de suficientes recursos para llevarlo a cabo,

hubo que reducir la muestra a 4 centros, descartando dicha idea inicial y centrándonos en profundizar en los resultados hallados en el desarrollo del programa EQUAL (con ACLAD, PATIM, La Huertecica y SAFA).

Así mismo, y ante la imposibilidad de desplazamiento del equipo de investigación a las cuatro comunidades autónomas propuestas, no se pudo realizar entrevistas a las usuarias de dichos centros, y se evaluó la no idoneidad de hacerlo a distancia y/o mediado por los equipos profesionales de los centros.

Sin embargo, la experiencia con las cuatro entidades (ACLAD, PATIM, La Huertecica y SAFA) ha sido lo suficientemente enriquecedora como para generar una serie de propuestas de actuación para la mejora de los programas de atención en drogodependencias desde perspectiva de género, que confiamos puedan servir de base para futuras actuaciones.

Igualmente, las entrevistas a profesionales ponen de manifiesto diversas problemáticas sobre las que es necesario actuar, principalmente a través de la formación y el rediseño de programas y protocolos de atención.

Nuestra hipótesis era que actuando sobre la carencia de formación en perspectiva de género en los equipos profesionales de atención y responsables del diseño de proyectos, y poniendo de relieve las dificultades en los itinerarios de atención, mejoraríamos los programas y protocolos, pudiendo generar alternativas adecuadas de atención a las mujeres desde una perspectiva de género. Esta afirmación se ha visto confirmada por la acción en las cuatro entidades, presentando diversos resultados directos:

- propuestas de mejora de los tratamientos, diseño de programas, etc.
- protocolo de evaluación en programas de incorporación sociolaboral
- programa *Betania* (SAFA)

Previo a estos resultados, presentamos también el contenido y análisis de cuestionarios, visitas y entrevistas con los y las profesionales de las cuatro entidades que han colaborado en el estudio. De este análisis se desprenden una serie de conclusiones que esperamos que puedan ser de utilidad para todas las entidades de UNAD en materia de aplicación de la perspectiva de género al análisis de las drogodependencias.

**Percepción de los equipos profesionales en materia de género,
drogodependencias e intervención específica con mujeres drogodependientes**

Percepción de los equipos profesionales en materia de género, drogodependencias e intervención específica con mujeres drogodependientes

Se procedió al diseño de un cuestionario que pudiesen cumplimentar los y las profesionales de las cuatro entidades en sus puestos de trabajo. Así mismo, se han realizado diversas entrevistas en el desarrollo de este proyecto, contando además con la información ya recogida en el transcurso del EQUAL ‘Aunando Esfuerzos’ (junio de 2005 - diciembre de 2007). El resultado es un análisis primordialmente cualitativo de los cuestionarios recibidos, así como una descripción de lo que los equipos profesionales señalan como dificultades a partir de su observación directa. Algunas de estas cuestiones se acompañan de diversas reflexiones aplicadas desde la perspectiva de género, y que ponen de relieve la conveniencia de formación a profesionales en esta materia.

o Cuestionario enviado



Cuestionario para profesionales

Edad:
Sexo:
Formación (titulación académica y aquella que consideres relevante para tu puesto de trabajo):
Programa en el que trabajas (con una breve descripción del mismo):
Describe brevemente el perfil mayoritario (si lo hubiera) de la población que acude a vuestro programa (sexo, edad, tipo de consumos-problemáticas asociadas):
Forma de contacto: (por si necesito profundizar o ampliar la información)
1.¿Tienes o has recibido formación en teorías feministas, cuestiones de género o similar? (especifica si la tuvieras)

2.¿Qué entiendes por “género” y por “perspectiva de género”?
3.¿En tu experiencia profesional en drogodependencias has observado o te han llamado la atención cuestiones relacionadas con “el género”? ¿Cuáles?
4.¿Observas algún tipo de problemática o situación que te llame la atención en el trabajo directo con mujeres? ¿Cuál/es? (aunque no trabajes directamente con mujeres, puedes reflejar si tienes alguna reflexión al respecto)
5.¿Crees que hay diferencias en el consumo entre hombres y mujeres? ¿Cuáles? (contesta lo más detalladamente posible, y en todo aquellos aspectos que consideres necesario mencionar: edad de inicio, sustancia, vía de administración, frecuencia, causas que subyacen, etc.)
6.¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de mujeres? ¿A qué lo atribuyes?
7.¿Qué opinas de la afirmación “Hay menos mujeres drogodependientes que hombres”?
8.¿Consideras que hay dificultades para el acceso a los tratamientos para las mujeres? Si es que sí, ¿cuáles, de qué tipo?
9.¿Qué dificultades crees que tienen las mujeres para dejar el consumo activo de sustancias? (si consideras necesario especificar según el tipo de sustancia y problemáticas asociadas, házlo.)
10. ¿Has detectado situaciones de malos tratos en la pareja con las personas que trabajas?
11. ¿Se trabajan temas relacionados con la sexualidad en tu programa? ¿En qué consiste dicho trabajo si lo hicieseis? Y si no: ¿considerarías necesario introducirlo?
12. ¿Encuentras algún tipo de problema en los grupos de tratamiento (o recursos residenciales, etc.) en que hay hombres y mujeres?
13. ¿Crees necesario el trabajo en grupos específicos de mujeres (sin que sustituyan el trabajo en grupo mixto)? ¿Por qué?
14. ¿Separarías el tratamiento de hombres y mujeres (procesos, grupos de trabajo, recursos residenciales, etc.)? ¿Por qué?
15. ¿Consideras necesario y/o conveniente que las mujeres puedan ir a centros residenciales (Comunidades Terapéuticas, Pisos, etc.) acompañadas de los menores que tengan a su cargo? ¿Por qué?

16. ¿Consideras necesario introducir la perspectiva de género en los programas de atención a drogodependencias? ¿Por qué?
17. ¿Piensas que necesitas formación en la materia (perspectiva de género aplicada específicamente a las drogodependencias)?
18. ¿Acudirías a curso/s de formación ofertado/s por UNAD?
19. Por último: querríamos recoger propuestas de mejora desde vuestra experiencia, ¿podrías señalar qué considerarías necesario para mejorar la atención con personas drogodependientes desde tu programa y/o entidad?

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN. Si tienes cualquier comentario, duda, aportación que desees realizar, hazlo en el espacio que sigue a este párrafo, gracias.

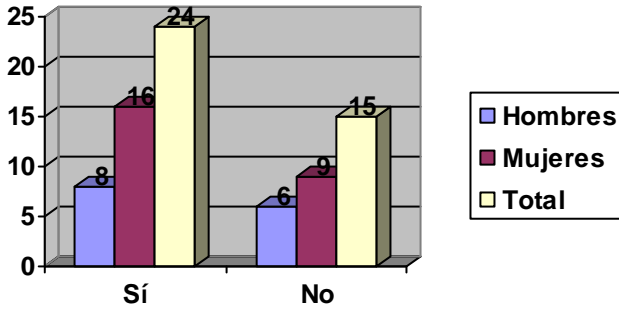
OBSERVACIONES:

- Se han recibido un total de 39 cuestionarios cumplimentados.
 21 de PATIM;
 7 de ACLAD;
 6 de SAFA;
 y 5 de La Huertecica.

Respecto a las preguntas 1 y 2 del cuestionario:

Formación en Género

Gráfico 1



Este gráfico recoge la auto percepción de las personas entrevistadas con respecto a si tienen o han recibido formación en teorías del género, etc. Encontramos que un total

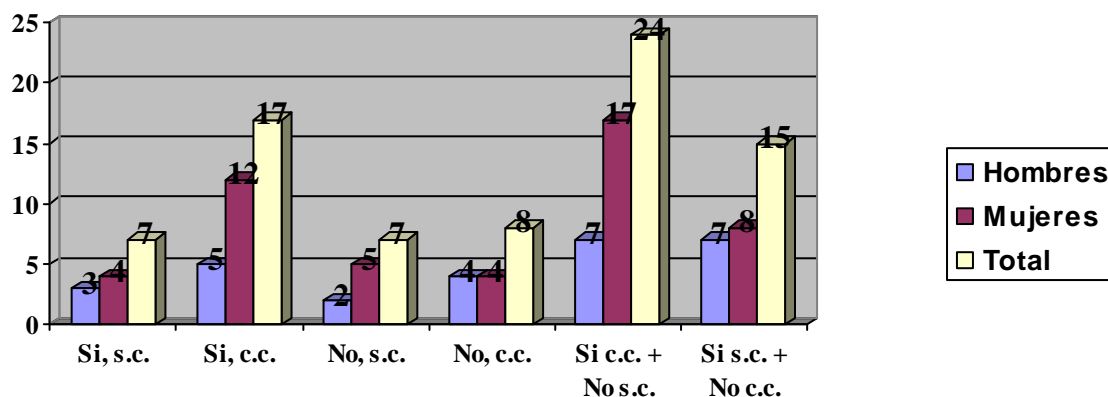
de 24 personas afirman tener formación en la materia, y 15 evalúan que no.

Sin embargo, al realizar el análisis *cualitativo* de las respuestas dadas en preguntas posteriores acerca de conceptos como ‘género’ y ‘perspectiva de género’, o a la hora de analizar problemáticas por las que se pregunta en el cuestionario, encontramos que existen disonancias entre dicha existencia o no de formación y las respuestas dadas. Es decir: en algunos casos se observa que no existe una correspondencia entre afirmar tener formación en la materia y los análisis efectuados en preguntas posteriores (‘Sí, s.c.’ en el gráfico 2); y también se han dado casos de profesionales que afirman carecer de dicha formación y cuyos análisis ponen de manifiesto que poseen conocimiento y/o sensibilidad (comprehensiva) hacia al tema (‘No, s.c.’ en el gráfico 2).

De esta forma, obtenemos que entre los profesionales que afirmaron tener formación, hay 17 con una correspondencia entre sus respuestas y dicha formación (‘Si, c.c.’ en el gráfico 2); y entre los profesionales que contestaron no tenerla se nos reduce de 15 a 8 el número de personas que efectivamente han efectuado análisis que no incorporan nociones o sensibilidad hacia la perspectiva de género. Se escapa al objeto de esta investigación alcanzar a poder explicar la naturaleza de esta cuestión, pero lo que sí se ha puesto de relieve es que todas las personas que participaron del EQUAL están dentro del grupo que ha recibido formación y cuyas respuestas están en consonancia con ello. Aún así, persiste una problemática con la definición de ‘género’ y para qué sirve aplicar la denominada ‘perspectiva de género’. Se sigue reduciendo en general a una cuestión de diferencias, roles, sexismo (importantes todas estas cuestiones, evidentemente), pero aún no tenemos incorporado, como colectivo profesional, su capacidad de herramienta analítica en la intervención en drogodependencias.

Correspondencia entre formación y conceptos como ‘género’, ‘perspectiva de género’, y/o definición de problemáticas desde una perspectiva de género.

Gráfico 2



Si, s.c.: ‘Sí, sin correspondencia’
 Si, c.c.: ‘Sí, con correspondencia’
 No, s.c.: ‘No, sin correspondencia’
 No, c.c.: ‘No, con correspondencia’

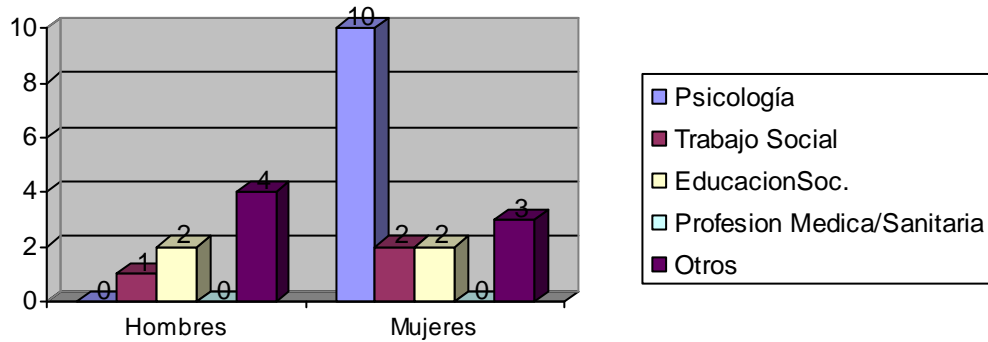
De esta forma, casualmente seguimos manejando las mismas cifras que en el gráfico 1: 24 personas con nociones acerca del género y su aplicación como herramienta de análisis (grupo A), y 15 que no las manifiestan en las respuestas a las preguntas realizadas (grupo B).

Esta observación es importante a la hora de contextualizar respuestas y problemáticas señaladas por los y las profesionales, ya que en ocasiones ponen de relieve una de las dificultades principales a la hora de abordar la intervención con mujeres: la falta de formación en teorías del género, feministas, y aplicación de la perspectiva de género como un elemento más del ‘enfoque multidimensional’ –Carrón y Sánchez, 1995- en drogodependencias.

Como podemos observar en los dos siguientes gráficos, del total de 39 cuestionarios recibidos de las cuatro entidades, 14 pertenecen a personas que ejercen o poseen la licenciatura en Psicología, 6 Trabajo Social, 5 Educación Social, 2 profesión Médica/Sanitaria, y 12 ‘Otros’ (Licenciatura en Derecho, Sociología, Periodismo-Ciencias de la Información, Humanidades...)

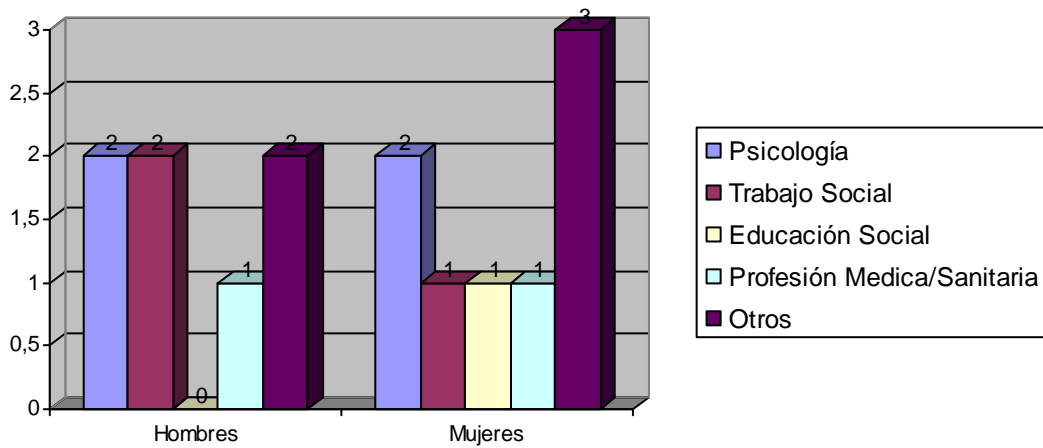
Titulaciones/puesto de trabajo profesionales grupo A

Gráfico 3



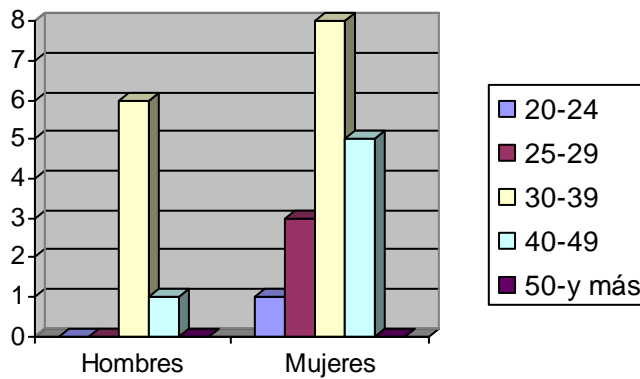
Titulaciones/puesto de trabajo profesionales grupo B

Gráfico 4

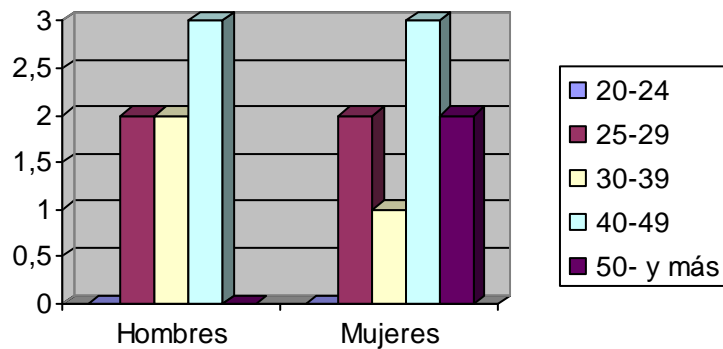


El principal grupo de edad de los y las profesionales que han cumplimentado el cuestionario es el situado en los 30-39 años para el Grupo A, y entre los 40-49 para el Grupo B. Para el total de cuestionarios recibidos encontramos que: 17 están entre los 30 y 39 años; 12 entre los 40 y 49; seguido de 7 entre los 25 y 29, 2 de 50 o más años, y 1 persona de entre 20 y 24.

Grupos edad A

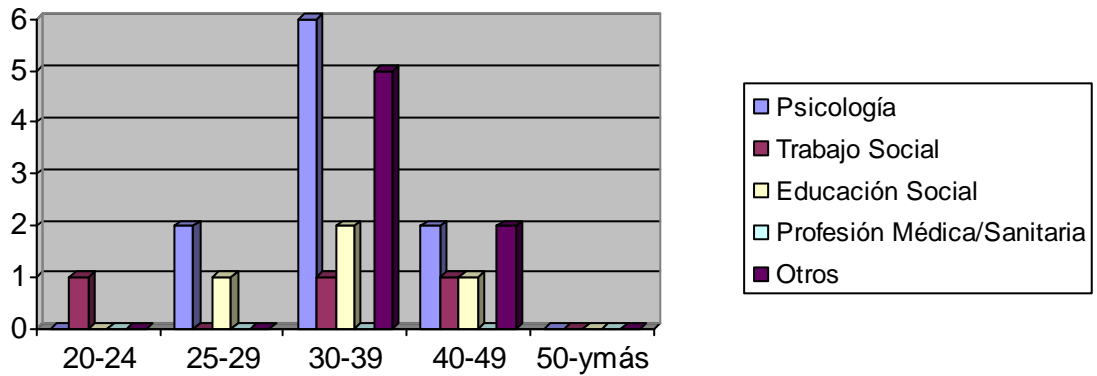


Grupos edad B

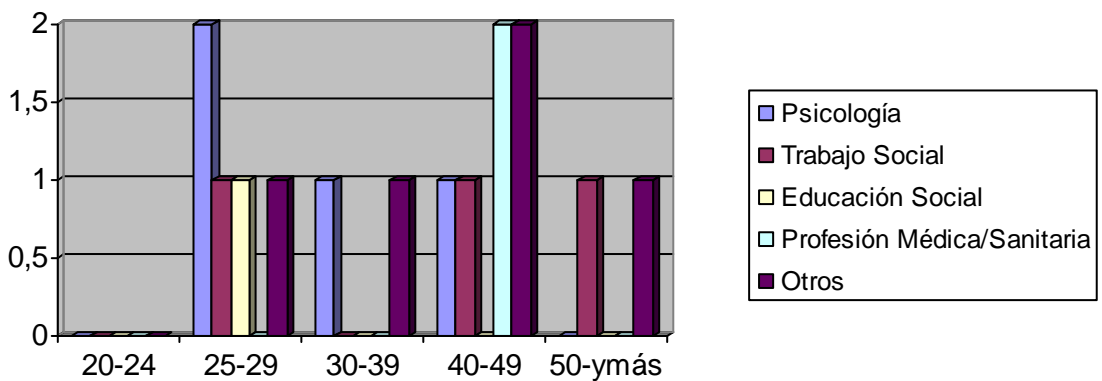


Si cruzamos los grupos de edad y titulaciones, obtendremos que dentro de ese grupo de edad más numeroso en el Grupo A, la mayoría de las personas ejercen o poseen la titulación de Psicología y la de Trabajo Social. La 'N' del grupo B está tan repartida entre las diferentes titulaciones y grupos de edad, que no resulta lo suficientemente significativa en ningún sentido.

Grupos Edad / Titulación grupo A



Grupos Edad / Titulación grupo B



¿En tu experiencia profesional en drogodependencias has observado o te han llamado la atención cuestiones relacionadas con “el género”? ¿Cuáles?

Las problemáticas más señaladas por los y las profesionales giran principalmente en torno a “características” y perfil de hombres y mujeres drogodependientes, centrándose en observaciones sobre las mujeres. También es significativo el número de personas que han contestado señalando la diferencia de demanda de tratamiento (número muy superior de varones que de mujeres) o el doble estigma social y la falta de apoyo que normalmente presentan las mujeres que acuden a los Centros reconociendo su drogodependencia. Aparecen también cuestiones relacionadas con la sexualidad, el lenguaje, y la presencia de hijos/as en el proceso.

Es por tanto de destacar que, aunque se ha preguntado por cuestiones relacionadas con el género (con esto nos estamos refiriendo a un concepto que alude a

ambos géneros: masculino y femenino), la mayoría de profesionales se han centrado en responder cuestiones relacionadas con las mujeres.

Así, encontramos afirmaciones como:

(Sexualidad):

“La drogodependencia asociada al ejercicio de la prostitución”

“Hay diferencias a la hora de enfrentarse al problema del dinero, las mujeres suelen prostituirse para conseguirlo, los hombres roban o comercian”. Sería conveniente puntualizar que la prostitución viene a ser un tipo de comercio, pero parece ser que tiene una dimensión moral a la hora de abordarlo, y además recae sobre las mujeres principalmente por cuestión de género (es el cuerpo femenino el objetualizado y comercializado¹), aparte de suponer un estigma social por excelencia (que afecta a relaciones, identidad y subjetividad)

(“Características” / Perfil)

“Mayor deterioro biopsicosocial” (Refiriéndose a las mujeres)

“Sí porque tanto las mujeres como los hombres tienen formas distintas de comportamientos y de ver la vida”

“Las mujeres suelen ser más expresivas y los hombres suelen ser menos dados a las emociones”

“En el caso de las mujeres es más costoso que se centren completamente en su adicción” Se concibe la adicción como un elemento independiente, ajeno a la interinfluencia con otros factores, en una dinámica sistémica.

(Doble penalización social, apoyos familiar y social...)

“Menos apoyo social, familiar...” (refiriéndose a las mujeres)

“El apoyo familiar de los pacientes va casi siempre relacionado con la mujer (madre, esposa, hermana.)”

“El rol de “mujer cuidadora” (en mujeres drogodependientes y en mujeres no

¹ También hay hombres en estado de prostitución, pero esta es una cuestión que afecta principalmente a mujeres o a personas transexuales femeninas; en el caso de los hombres, si es una prostitución dirigida a los varones, reciben mecanismos de opresión y discriminación de género (se les denomina peyorativamente ‘chaperos’), pero si es dirigida a las mujeres, reciben el nombre de ‘gigoló’...

drogodependientes pero sí parejas de éstas)”

“Están peor vistas socialmente”

“Está mucho peor visto el que acudan a tratamiento”

“Mientras que a los hombres por ser drogodependientes no se les suele reprochar el ser mal padre, mal hermano.... Pero no así ocurre con las mujeres, que no se ve tanto como un problema de adicción, sino como que es una mala hija, una mala hermana, etc. Es decir, el juicio es mayor para las mujeres que para los hombres.”

(Acerca de los hijos-as/la maternidad)

“Aunque sean drogodependientes son las que se hacen cargo de los hijos...”

“El deber de la mujer en cuanto a las cargas familiares”

“El sentimiento de “culpa” tan acusado de las madres”

“El sentimiento de fracaso en determinadas madres drogodependientes”

(Sobre el acceso y permanencia en el tratamiento)

“La mayoría de los beneficiarios de nuestros programas son hombres”

“El número reducido de mujeres que solicitan tratamiento”

“Que hay muy pocas mujeres que acceden a un tratamiento en una Comunidad Terapéutica”

“También de los profesionales de las adicciones, que en muchas ocasiones no estamos preparados para llevar a cabo actuaciones con mujeres. Los programas estandarizados son dedicados o estudiados para varones”

“El desconocimiento y la falta de conciencia en este ámbito por parte de nosotr@s los trabajador@s. El taller realizado en UNAD² me abrió a muchas cosas que antes no había tenido en cuenta y que son muy necesarias en el trabajo con personas. Creo que en general falta conciencia en este ámbito”

“Las mujeres drogodependientes tienen peor acceso a los tratamientos”

“La dificultad en que acaben el tratamiento adecuadamente”

² Se refiere al trabajo realizado dentro del EQUAL, en el que, entre otras actuaciones, se impartió un curso sobre perspectiva de género aplicada a las drogodependencias.

(Cuestiones directamente relacionadas con el género ³)

“El papel de la mujer se considera inferior al del hombre.”

“Destaca el sexismo en este colectivo, prejuicios muy establecidos, el papel de la mujer se considera secundario e inferior.”

“Las relaciones de poder”

“La existencia de un numerosos tópicos entre la población, el poco trabajo que se hace con la población masculina”

(Sobre el lenguaje)

“Las dificultades para romper los estereotipos que los medios de comunicación difunden y la ausencia de un lenguaje no sexista.”

“Si, los usos del lenguaje , las etiquetas etc.”

Cuatro personas contestaron no detectar ninguna cuestión que les llamara la atención por una cuestión de género, y sólo una señaló: *“Las relaciones dependientes, la codependencia, la relación entre adicción y maltrato de género...”*. Sin embargo, esta cuestión aparece mencionada por varios/as profesionales en la siguiente pregunta del cuestionario, de forma que queda enfocada como una cuestión “del trabajo con mujeres” en lugar de una problemática derivada “del género” (ver nota a pie de página nº3).

³ Entendido como dicotomía y sistema de organización social que produce la discriminación y violencia hacia las mujeres y lo (asociado al género) ‘femenino’.

¿Observas algún tipo de problemática o situación que te llame la atención en el trabajo directo con mujeres? ¿Cuál/es? (aunque no trabajes directamente con mujeres, puedes reflejar si tienes alguna reflexión al respecto)

Si en la anterior pregunta señalábamos que la problemática en torno a la pareja quedaba recogida no como una cuestión de género, sino como una situación a destacar en el ‘trabajo con mujeres’, sucede justo lo contrario con la doble penalización social que sufren las mujeres por el hecho de ser drogodependientes. En este caso, sólo dos personas contestaron que: *“(...) también el tema de la estigmatización social” “pienso que es muy importante la doble penalización que sufren las mujeres al ser consumidoras de drogas”*.

Ocho profesionales no señalaron ninguna problemática y/o interpretaron la pregunta de forma que dirigieron la respuesta a su propia relación con compañeras profesionales, no hacia el trabajo directo con “usuarias” (beneficiarias, participantes) de los programas.

(Sexualidad)

“La mujer drogodependiente se ve abocada al ejercicio de la prostitución y sufre más violencia asociada a esta situación”

(“Características” / Perfil)

“La falta de autoestima en muchos casos al estar infravaloradas por los hombres y sometidas”

“El perfil de mujeres con las que puedo trabajar, suelen tener, baja autoestima”

“Las mujeres presentan, por regla general, un mayor deterioro físico y psíquico”

“Las mujeres suelen ser más emocionales”

(Relaciones de Pareja)

“Con frecuencia se observa una fuerte dependencia del compañero al que se someten sin cuestionarse aún cuando existen malos tratos...”

“Suelen ser personas que muestran una mayor dependencia emocional hacia sus parejas, lo que puede convertirse del mismo modo en otra dificultad importante”

“Relacionada con la anterior, en algunos casos, la confusión de amor con dependencia y la creencia de que es preferible ser maltratada que la soledad, que no van a poder encontrar a nadie si dejan al maltratador, el miedo a la venganza...”

“Relaciones de fuerte dependencia de su pareja, que le impiden dedicar tiempo a su propio espacio personal.”

“Han mantenido relaciones de maltrato en muchas ocasiones. Muy dependientes de relaciones con hombres”

(...)

Sin embargo, en los centros de drogodependencias en general se sigue sin incorporar personal especializado en violencia de género e intervención con mujeres que han sufrido malos tratos, a la par que las redes de atención a la violencia de género no admiten a las mujeres con drogodependencias...

(Acerca de los hijos/as- la maternidad)

“Las mujeres tienen más cargas familiares.”

“En muchas de ellas su condición de madre condiciona en algún sentido su evolución en el tratamiento.”

“Tienen más presión social, sobre todo si tienen cargas familiares.”

Este es un tema que aparece recurrentemente señalado por los y las profesionales a lo largo de todo el cuestionario.

(Sobre el acceso y permanencia en tratamiento. Itinerarios de inserción laboral)

“Mayores dificultades de acceso al empleo en las mujeres y peor pronóstico en cuanto al tratamiento”

“Que el número de casos de mujeres que acuden a tratamiento es sensiblemente inferior al de hombres. No obstante, en el área de inserción laboral los porcentajes están más parejos e incluso, algún año, el perfil ha estado marcado por una mayor presencia de mujeres” En esta organización se trabaja también en inserción laboral con población no drogodependiente, proveniente de otros recursos (como Casas de Acogida para mujeres que han sufrido malos tratos).

“Acuden muy poco a tratamiento. Y cuando lo hacen su estancia o permanencia en el mismo es menor”

“Que los programas en general estén pensado para hombres ya que son la

mayoría en demandas de tratamiento”

“Que es mas difícil poder trabajar con ellas debido a que son las que se responsabilizan de las cargas familiares y tienen miedo de perder a los menores. Esto dificulta el tema de poder acudir a centros, compatibilizar horarios...”

“Si, la problemática principal es que como el programa está preparado para pacientes varones, suelen tener problemas por la forma de trabajar de los profesionales, que no estamos preparados para esos aspectos que están dentro de nuestros valores o aspectos más destacados de las mujeres. (...) por lo que la incomprensión forma parte de la rutina que puede vivir en los centros.”

“Que también las mujeres tienen en ocasiones tópicos o roles asociados que dificultan también su acceso al tratamiento y la continuidad en el mismo”

“Acuden poco y la retención es baja. Quizá no se les presta la atención que ellas necesitarían”

“Las relaciones emocionales que establecen con sus compañeros hombres en los centros residenciales y su interferencia en el tratamiento y el grupo.”

“Desde la perspectiva de la incorporación al mundo laboral existe mayor dificultad en la mujer con respecto al hombre ya que en la mayoría de los casos el cuidado y, en ocasiones, la educación recae principalmente en la mujer limitando su disponibilidad horaria para su incorporación laboral”

(...)

Aparecen aquí recogidas cuestiones que podríamos enmarcar en otros apartados (maternidad, relación con pareja-hombres, cuestiones directamente relacionadas con una minusvaloración de género, etc.) pero las hemos incluido aquí porque en el mismo enunciado se alude directamente a que eso dificulta el acceso al tratamiento o lo afecta de alguna manera. Es llamativo detectar cómo el peso de nuestras observaciones sobre el establecimiento de relaciones heteroafectivas en los centros mixtos, recae principalmente en las mujeres; así mismo, expresiones como “limitando su disponibilidad horaria para su incorporación laboral” (último *verbatim*) sitúan el conflicto en la situación personal de las mujeres, cuando es el mercado de empleo remunerado el que no está adaptado a las necesidades de la vida (tener personas a cargo, etc.)

(Cuestiones directamente relacionadas con el género ⁴)

“Las mujeres con problemas de drogodependencia o emergencia social, aceptan el "role" que se les impone, se someten voluntariamente a los criterios sexistas, sus discursos son tan o más machistas que los de los propios varones con los que se relacionan.” ⁵

“El machismo existente en la población drogodependiente igual por parte de las mujeres que los hombres”

“Todas las dificultades que tienen las mujeres en general, añadiendo la de su adicción”

¿Crees que hay diferencias en el consumo entre hombres y mujeres? ¿Cuáles? (contesta lo más detalladamente posible, y en todo aquellos aspectos que consideres necesario mencionar: edad de inicio, sustancia, vía de administración, frecuencia, causas que subyacen, etc.)

No ha sido objeto de esta investigación analizar el paradigma o modelo de análisis de las drogodependencias en que se sitúa cada profesional en su labor, y que se desprende de las respuestas dadas en preguntas como ésta. Como se ha señalado anteriormente, el equipo investigador abogamos por un enfoque multisistémico o multidimensional de análisis e intervención, que no penaliza el consumo. Sin embargo, hemos podido comprobar que muchas de las respuestas dadas distan de situarse en dicho enfoque, y están más cercanas al modelo ‘ético-jurídico’ (de regulación de la oferta y la demanda) en algunos casos, ‘psicologicista’ en otros, etc. De esta forma, han sido abundantes las afirmaciones centradas en la persona y sus características o en las de la sustancia como elemento material en sí mismo⁶, etc. sin establecer otro tipo de

⁴ Entendido como dicotomía y sistema de organización social que produce la discriminación y violencia hacia las mujeres y lo (asociado al género) ‘femenino’.

⁵ Con este *verbatim* y el anterior, cabría preguntarse por qué se enfoca como una cuestión específica –o más evidente– de la población ‘drogodependiente’...

⁶ Un enfoque centrado en la sustancia establecería que es peor la heroína que el alcohol, por ejemplo, comparando las sustancias sin tener en cuenta quién la está consumiendo, por qué, en qué contexto(s), etc. Claro que hay condiciones que se derivan directamente de la sustancia como elemento material en sí mismo, pero no podemos establecer generalizaciones a partir de su mayor o menor capacidad de generar adicción, etc.

análisis centrado en la interinfluencia de diversos factores (que también los ha habido).

“Si, y ante todo la concepción de que la mujer ‘no sabe consumir’.”

“Respecto a la frecuencia o compulsividad, varía de unas mujeres a otras. Pero por todos es conocido el tópico de ‘las mujeres viciosas, son más viciosas que los hombres’”

“Considero que los hombres tienen un patrón de consumo más impulsivo, lo que les lleva a poder mostrar más problemas de consumo que las mujeres.”

“También creo que los chicos tienden a abusar más a la hora de consumir”

“Creo que si que hay diferencias, el hombre no lo piensa tanto como la mujer.”

“Si, los hombres entran más a saco, las mujeres en principio se dejan influenciar más, aunque quizá luego son ellas más potenciales en cuanto a adicción.”

“En la actualidad creo que continúan existiendo diferencias pero cada vez son menores, ya que tanto los hombres como las mujeres tiene la misma facilidad para la obtención de cualquier sustancia (...)”

(...)

“Hay más conciencia de adicción que en el caso de los hombres, hay menos apoyo familiar y de la pareja, acuden menos a tratamiento que los hombres, es un consumo más oculto...”

“(…)También destacaría como diferencia importante el asunto de la prostitución, como entorno consumidor y como vía económica que prolonga los procesos de consumo “sostenible” (posibilidad de dinero) en el tiempo”

“El consumo de las mujeres está a veces más oculto por estar “peor visto” y por eso también el tipo de consumo es diferente. Por ejemplo hay muchas mujeres adictas a los fármacos y al alcohol y no se conoce o no se le presta atención ya que no suponen un problema social”.

En cuanto al perfil, condiciones sociales/familiares, edad de inicio, vía de administración, sustancia principal, causas de inicio o mantenimiento de consumo, etc.:

(perfil)

“Las mujeres suelen sufrir maltrato por parte de sus parejas, otros consumidores, etc. además de violaciones. En la calle hay violencia tanto para

hombres como para mujeres, pero a éstas últimas les añaden un componente de inferioridad que llega a hacer “legítimo” que un hombre pegue a su pareja, o la viole....”

“Si, el consumo en mujeres es como mas arraigado y difícil de salir, también esto es sesgado pues estoy hablando de un perfil muy concreto que nos llega que son mujeres alcohólicas con un gran deterioro y con historias de abusos y abandonos, por otro lado están otro tipo que nos llega que son mujeres que han ejercido la prostitución y con gran deterioro, con historias de drogas de mas de 10 años, prisión y que creen poco en si mismas. En cuanto a hombres hay mucho mas variedad puesto que he visto más, por ello digo que esta opinión esta bastante sesgada”⁷

“Los hombres drogodependientes son más agresivos que las mujeres consumidoras”

“Suelen presentar historia familiar desestructurada.”

(causas)

“Creo que hay diferencias en las causas que llevan al consumo, las mujeres suelen relatar historias de malos tratos, abusos sexuales, embarazos tempranos, rechazo familiar con más frecuencia que los hombres.”

“Algunas de las mujeres con las que trabajo consumen drogas para poder ejercer la prostitución, lo que las sitúa dentro de un círculo difícil de romper y que a su vez hace difícil la intervención terapéutica con ellas.”

“Destacan que las mayores de 40 años suelen tener problemas de adicción con el alcohol, ya que es su momento era más social, y el consumo de otro tipo de sustancias estaba mal visto, pensamiento que todavía se mantiene, y viven peor las familias, no es lo mismo un hijo que una hija adictos. A la hija se le dan unos valores: maternidad, feminidad,... que no pueden convivir con el concepto de irresponsabilidad que conlleva una adicción.”

“Destacaría que muchas mujeres se introducen en el consumo a través de sus parejas” (esta respuesta es dada hasta en 6 ocasiones más)

⁷ Contrastan mucho los y las profesionales que han cumplimentado el cuestionario estableciendo este tipo de acotaciones acerca de que sus reflexiones se producen en un entorno-condiciones concreto, y aquellos/as que han establecido afirmaciones generales sobre ‘hombres’ y ‘mujeres’.

“Otros motivos de consumo pueden ser el no saber como afrontar la soledad, depresión, fracaso en la pareja, o problemas en la familia.”

“El relativo poco contacto que he tenido con mujeres drogodependientes me hace pensar que, en general, los motivos relacionales tienen mayor peso, no sé si tanto en el inicio del consumo, pero sí en la consolidación del mismo y en su potencial rehabilitación”

(edad de inicio)

“Desde mi experiencia profesional he observado como las mujeres se inician más tarde en el consumo”

(sustancia principal)

“(en mujeres) (...) la sustancia principal de consumo es el alcohol, seguida de la cocaína”

“(...) la sustancia o sustancias problemáticas (de las mujeres) está en función de ésta (la pareja)”

“Destacan que las mayores de 40 años suelen tener problemas de adicción con el alcohol. La sustancia en las mujeres suele ser la cocaína o el alcohol (...)”

“Un tiempo atrás parecía que había en la mujer un perfil mas orientado hacia el alcoholismo, pero con la evolución social se están igualando los patrones de consumo entre hombres y mujeres”

“(...) son más consumidores de heroína inyectada (los hombres)”

“(...) tienen más consumos de cocaína, porros o pastillas (las mujeres), y no tanto de heroína”

(vía de administración)

“(..) la vía está en función de la pareja”

“en el caso de la vía de administración parenteral también dependen de ellos, aunque no en todos los casos y dependiendo de sustancias”

(situación jurídico-penal)

“(...) en cuanto a la situación jurídico penal presentan menos antecedentes penales y causas pendientes que los hombres.”

¿Crees que existe poca demanda de tratamiento por parte de mujeres? ¿A qué lo atribuyes?

Las respuestas más frecuentemente dadas han sido en relación a:

(Doble penalización social /ocultación consumo)

“Creo que las mujeres reciben menor apoyo y más culpabilidad por parte de familia y sociedad a la hora de recibir tratamiento. La culpabilidad suele venir asociada a su rol de madre, y la familia y sociedad exigen que estas mujeres cumplan con ese rol, cosa que a los hombres no se les exige”

“Sí. Puede ser por la educación recibida, socialmente está peor visto que una mujer consume, que lo haga un hombre.”

“A la estigmatización social”

“Vergüenza, ocultación del problema ante la sociedad, miedo a la estigmatización”

(...)

“Existe poca demanda por la fuerte presión social que ejercemos con aquellas mujeres que demandan tratamiento” ¿También los profesionales? Sería interesante indagar esta cuestión...

(Maternidad/ocultación consumo/dificultad de acceso al tratamiento)

“Es cierto que existe poca demanda por parte de mujeres y creo puede ser debido a que tienen más carga social y un temor tremendo a ser censuradas máxime cuando tienen hijos”

“A las cargas familiares y el miedo a perder a los menores”

“Sí. Las mujeres que tienen hijos, lo tienen difícil para acceder a tratamiento, requieren de apoyos para el cuidado de los mismos, que siempre no tienen”

“Sí. A veces sus circunstancias personales son más difíciles que las de los hombres como por ejemplo si tienen hijos ya que suelen hacerse cargo ellas y esto les impide ingresar en Comunidades Terapéuticas”.

(Tratamiento -recursos, centros, acceso...-)

“Si, no llegan a los recursos y si llegan no hay recursos específicos para ellas”

“A la falta de recursos específicos para mujeres consumidoras y mujeres

consumidoras objeto de maltrato”

“A las dificultades de acceso al tratamiento por diversas causas: la dificultad de romper ciertos vínculos afectivos (familia, pareja, hijos/hijas...), la doble penalización, la moral social con doble rasero...”

“Sí. A que los recursos están “diseñados” para los hombres”

(...)

(falta de apoyos)

“(...) suelen ser las que apoyan y no ‘el usuario’ así que les falta más apoyo”

“(...) al poco apoyo familiar y de la pareja”

o justo lo contrario: “(...) pienso que las mujeres no rompen sus redes sociales, y son éstas las que les acompañan en el proceso de desintoxicación”

(hay menos)

“Menor porcentaje de mujeres adictas que de hombres”

“Hay menos mujeres consumidoras”

(cuestiones psicológicas “específicas de la mujer”)

“La demanda podría ser la misma, pero creo que la mujer es más reticente a aceptarlo, y puede disimularlo más.”

“Si, consumo más controlado”

“Creo que existe poca demanda de tratamiento, debido a la forma en la que las mujeres afrontan su dependencia”

“Creo que esto está cambiando, pero a la mujer le cuesta pedir ayuda”

“Les cuesta más pedir ayuda asistencial”

(la prostitución como elemento de mantenimiento del consumo)

“Creo que muchas mujeres que presentan un elevado consumo de sustancias terminan ejerciendo la prostitución o dependiendo de sus parejas también drogodependientes, y esto es posible que haga que no se planteen la idea de dejar el consumo el cual se costean con los servicios prestados”

“Más posibilidades de financiación”

“Otra yo entiendo que puede ser la prostitución como elemento que perpetúa la vía del consumo a través del poder adquisitivo”

Aplicar perspectiva de género a este tipo de afirmaciones, supondría preguntarse acerca de por qué las mujeres acuden a su cuerpo y sexualidad como forma de financiación directa, y no a las mismas que los varones: ‘trapicheos’, robos, etc. o viceversa: ¿por qué no se prostituyen los hombres como forma de financiación del consumo u obtención directa de la sustancia?

Además: ¿realmente la prostitución es una cuestión diferencial en el sentido de “posibilidad de financiación” = “no dejan el consumo problemático”?

(multicausal)

“Sí. A la vergüenza, a la imagen social más negativa de la mujer consumidora que del hombre consumidor, al poco apoyo familiar y de la pareja, a la falta de recursos específicos para mujeres consumidoras y mujeres consumidoras objeto de maltrato, etc.”

(...)

(invisibilización de los consumos)

“Si, a las exigencias, a que por ejemplo los psicofármacos no son considerados por ellas como adicciones, a que los tapan con el consumo de sus maridos, diciendo que son ellos los que tienen una verdadera adicción, a que creen que lo tienen controlado, etc.”

“Hay menos demanda debido principalmente a la invisibilización del consumo”

Esta pregunta hay que exponerla en relación a las dos siguientes (preguntas número 7 y 8 del cuestionario):

“¿Qué opinas de la afirmación ‘Hay menos mujeres drogodependientes que hombres’?”

“¿Consideras que hay dificultades para el acceso a los tratamientos para las mujeres? Si es que sí, ¿cuáles, de qué tipo?”

Como hemos visto, muchos/as profesionales han respondido a la cuestión de la poca demanda de tratamiento por parte de mujeres explicando diversos factores que intervienen en la invisibilización-ocultación del consumo femenino (patrones, causas, sustancias, problemáticas asociadas, etc.⁸) de forma que llega muy poca demanda a los

⁸ Estudios como los de Nuria Romo Avilés indagan en la cuestión de las drogodependencias

centros, siendo escasas las personas que afirmaron directamente que existen menos mujeres drogodependientes y que por eso llegan menos a los centros de atención. Sin embargo, en la siguiente pregunta, el número de personas que piensa que es cierta la afirmación de que hay menos mujeres drogodependientes que hombres, se triplicó.

En cuanto a la tercera cuestión, es interesante ponerla en relación porque al preguntar específicamente por dificultades de acceso al tratamiento, se dieron en muchas ocasiones respuestas como *'no en mi centro'*, *'no en nuestro programa'*. Esto pone de relieve que todo lo que vienen tratando los y las profesionales en sus cuestionarios como dificultades para dejar el consumo, o que dificulta la demanda de tratamiento (cuestiones como el no poder ir con hijos, la sexualidad, etc.), parece que no tuviera que ver con el diseño de los centros/programas/acciones/terapias/etc., que configuran el acceso al tratamiento de determinada forma. Incluso se concibe como una cuestión personal de las propias mujeres (ejemplo: el tener hijos a cargo como barrera de acceso al tratamiento, pero que ¿no tiene nada que ver con el diseño e intervención que se realiza en los centros en los que se lleva a cabo ese tratamiento...?).

Así mismo, profesionales que han participado de la experiencia continuada en el tiempo del EQUAL, han incorporado la perspectiva de género a su quehacer y análisis en drogodependencias, estableciendo una relación entre las tres preguntas: hay poca demanda de tratamiento por parte de mujeres, cierto, pero porque existen una serie de dificultades de acceso al tratamiento relacionadas con múltiples factores derivados del género, y además, gran parte del consumo problemático femenino no llega a los centros y permanece invisibilizado...

¿Qué opinas de la afirmación “Hay menos mujeres drogodependientes que hombres”?

Como ya se ha señalado, esta pregunta hay que verla en relación a la anterior. Salvo por el aumento de personas que afirman que es cierta directamente (13), muchos/as profesionales han hecho una relación de cuestiones muy parecidas a las

invisibilizadas en un alto porcentaje de la población femenina. El consumo problemático y la dependencia se manifestarían de muy diferente forma, y los centros no están adaptados para ese perfil de consumidora. Otro tema es si las mujeres que llegan a los centros obtienen el proceso más adecuado para una confluencia de factores que normalmente en los varones no se da asociado a su adicción...

contestadas en la pregunta anterior, destacando en esta ocasión el número de respuestas centradas en la invisibilización del consumo femenino y su naturaleza diferencial (sobre todo alcohol en soledad y psicofármacos, que no se analizan además como un problema de índole social...)

¿Consideras que hay dificultades para el acceso a los tratamientos para las mujeres? Si es que sí, ¿cuáles, de qué tipo?

Como ya se ha señalado, ha sido llamativo el número de profesionales que ha elaborado una respuesta basada en afirmaciones como:

“No en mi entidad; existen otro tipo de dificultades... hijos a su cargo, etc.”

“No creo que haya dificultades para que las mujeres entren en tratamiento, en todo caso las barreras se las ponen ellas al dejarse llevar por las opiniones sociales.”

“No en nuestro centro”

“Creo que no hay dificultades y espero que no las haya en ninguna organización”

“No, considero que las mujeres tienen Igualdad de Oportunidades en lo referente al acceso a las diferentes modalidades de Tratamiento existentes. Personalmente, no creo que ninguna Entidad realice agravios comparativos en referencia al género de sus usuarios/ Pacientes.”

(...)

hasta elevarse a un total de 15 las personas que, o no encuentran dificultades de acceso a los tratamientos, o exponen que en su centro no se dan...

Pero como en las dos preguntas anteriores, se han dado también muchas respuestas centradas en diversas problemáticas asociadas sobre todo a la presencia de hijos/as en el tratamiento o la no adecuación de los recursos a las necesidades de las mujeres.

¿Qué dificultades crees que tienen las mujeres para dejar el consumo activo de sustancias? (si consideras necesario especificar según el tipo de sustancia y problemáticas asociadas, hazlo.)

De esta cuestión hemos podido elaborar el siguiente listado de ítems que exponen de forma recurrente los y las profesionales en sus respuestas:

1. Menor número de apoyos sociales y familiares
2. Dificultad de acceso al empleo (condiciones y tipo de empleo; falta de formación profesional, etc.)
3. Demandan tratamiento más tarde que los hombres
4. (Dificultades en) La relación de pareja (heteroafectiva): vínculo con el maltratador, relación de subordinación y/o dependencia, si él es consumidor mantienen el consumo juntos, etc.
5. Doble penalización social: ocultación del consumo
6. Hacerse cargo de los hijos/as.
7. Patrones y formas de consumo, que dificultan el llegar a los tratamientos establecidos.
8. Consumos que “ayudan a llevar-soportar” situaciones vitales difíciles y que al formar parte de la vida cotidiana de la persona no van a desaparecer o ser resueltas fácilmente.
9. Falta de reconocimiento del problema
10. La dedicación a una misma por un problema de adicción es menor; les cuesta más centrarse “exclusivamente en sí mismas”⁹ y se ven muy afectadas por las dinámicas relacionales (no exclusivamente de pareja)
11. No disponer de medios económicos vs. disponibilidad de recursos económicos a través de la prostitución (que aparece como asociada al consumo)¹⁰

⁹ Quizás sería conveniente empezar a enfocar ese ‘una misma’ como un ser interdependiente y relacional, a la par que se favorecen procesos de autoconciencia, autoconocimiento y empoderamiento femenino.

¹⁰ Conviene señalar que en ACLAD, desde la experiencia del proyecto ‘LUA’ que se dirige a personas en estado de prostitución (principalmente mujeres y personas transexuales o transgénero), se señala que es bajo el número de personas drogodependientes entre el total de quienes atienden. Podríamos empezar a colegir, por tanto, que es habitual encontrar entre las mujeres que llegan a los centros, personas que han ejercido la prostitución, pero no que la prostitución conlleve en sí misma la adicción a sustancias.

12. Baja autoestima
13. Falta de recursos específicos
14. El sistema de atención no está concebido en su origen bajo una perspectiva de género
15. Dificultad de mantener la continuidad en el tratamiento (por múltiples problemáticas expuestas)

¿Has detectado situaciones de malos tratos en la pareja con las personas que trabajas?

Del total de cuestionarios recibidos: 28 han contestado afirmativamente, 9 que no, y 2 no han contestado.

Una persona puso de relieve en su respuesta que observaba violencia psicológica en ambas direcciones (no sólo hacia la mujer, sino también de ésta hacia el hombre). Es necesario formarnos en esta materia y poder distinguir entre relaciones de pareja de mutuo mal-trato, y una situación estructural que establece un sistema de violencia contra la mujer por el hecho de serlo, y que tiene su expresión más ‘excesiva’ en el maltrato físico y mental, y los asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas. De cara a la drogodependencia, nos encontramos con numerosos casos, como señalaban en los cuestionarios, de relación de subordinación y/o ‘dependencia’ emocional de la pareja, existiendo malos tratos además. Como señala un estudio recientemente realizado¹¹ en numerosos centros de día de atención a las drogodependencias, el porcentaje de mujeres drogodependientes que han sufrido o sufren malos tratos es muy elevado. Es urgente una articulación entre las dos redes de atención: drogodependencias y violencia de género, que posibilite la intervención de forma integral y coordinada, con suficientes recursos y sin saturar a los y las profesionales de ambas redes.

¿Se trabajan temas relacionados con la sexualidad en tu programa? ¿En qué consiste dicho trabajo si lo hicieseis? Y si no: ¿considerarías necesario introducirlo?

En este sentido, la mayoría de los y las profesionales han señalado que apenas se trabajan estas cuestiones (con la excepción de LUA y otros programas en que se imparten ‘talleres de sexo seguro’ desde una perspectiva principalmente sanitaria), pero

¹¹ *Violencia de pareja y Adicción a drogas en Centros de Día*, 2007. Amor, P.J.; Corral, P.J.; Bohórquez, I.A.; Oria, J.C.; Rodríguez, M.; López, F.; Calderón, D.

que consideran necesario introducirlas.

Son escasos los cuestionarios que han puesto de relieve que la ‘sexualidad’ va más allá de ‘lo sanitario’ y es necesario un abordaje acerca de cómo interviene en la subjetividad, identidad, las formas de interrelación, etc.

¿Encuentras algún tipo de problema en los grupos de tratamiento (o recursos residenciales, etc.) en que hay hombres y mujeres?

En esta cuestión se ha resaltado principalmente la dificultad a la hora de abordar las relaciones heteroafectivas dentro de los recursos residenciales: *“las parejitas”*; *“las relaciones de pareja que se forman dentro de los centros y que muchas veces dificulta el buen desarrollo del tratamiento”*; *“El factor emocional, cuando los pacientes se enamoran entre sí, suelen multiplicarse las dificultades, se saltan normas, etc.”* frente a una propuesta de intervenir en ello: *“Problemas no, Aparecen nuevas situaciones relacionales y personales que hay que trabajar como cualquier otra cosa del tratamiento”*.

También se señala el enriquecimiento mutuo de la experiencia de hombres y mujeres, aunque se reconoce que hay ciertos temas que afectan a las mujeres que no se tratan en grupo mixto, y que la comunicación puede no ser fluida. También que en los recursos, la ratio de mujeres suele ser muy inferior a la de hombres, de forma que su estancia en el centro se ve distorsionada por las dinámicas que se producen alrededor de esta cuestión (no se “normaliza” la presencia femenina: son la minoría)

¿Crees necesario el trabajo en grupos específicos de mujeres (sin que sustituyan el trabajo en grupo mixto)? ¿Por qué?

26 personas han respondido afirmativamente a esta cuestión, argumentando principalmente que:

“Sí, para trabajar la toma de conciencia de cuestiones relacionadas con su situación y rol definido socialmente y, la posibilidad de cambio”

“Sobretudo para exponer problemas específicos de ellas, que no se atreven a comentar en grupos mixtos.”

“Si, pienso que es importantísimo que existan dentro del grupo, unas horas a la semana para ellas, su identidad, y un trabajo desde la diferencia”

“Sí ya que puede resultar un trabajo terapéutico de apoyo y de concienciación y que se dirija al problema en concreto en el que se apoyen mutuamente y cuenten

sus experiencias”

“Sí, hay cosas que se tratarían en mayor profundidad en un grupo específico. Temas sobre sexualidad, abusos, afectivos...”

“Sí. Es importante fomentar el apoyo entre mujeres”

Pero también se han dado respuestas que parten de un enfoque del trabajo grupal específico con mujeres como algo malo en sí mismo ya que va a provocar discriminación, o que es innecesario porque el “consumo no entiende de sexo”:

“No creo que sean necesarios grupos específicos de mujeres, creo que es necesario dejar de hacer distinciones”

“No, porque repetimos los mismos modelos de discriminación a la inversa”

“No, pues en el día a día no estamos separados y nos debemos de encontrar tanto en los grupos de trabajo dentro y fuera”

“No. Opino que hay que tratar el problema desde una perspectiva de igualdad”

“No, yo creo que deber ser igualitario porque el consumo no hace diferencias de sexo”

¿Separarías el tratamiento de hombres y mujeres (procesos, grupos de trabajo, recursos residenciales, etc.? ¿Por qué?

A este respecto, la mayoría de profesionales se han manifestado en contra, con algunas observaciones que conviene exponer:

“No lo separaría de forma exclusiva, creo que haría actividades conjuntas y separadas, pero las conjuntas aportan más que las separadas, ayuda no sólo a las mujeres sino también a los hombres”

“No, trabajaría en común los temas de género, sexualidad y rol”

“No, algunas acciones puntuales quizá si que las enfocaría de manera concreta”

“No, los separaría durante unas horas por grupos a la semana. No podemos olvidar que somos interdependientes pero autónomos, si las separas totalmente se puede conseguir una autonomía aparente, ya que hay riesgo que de nuevo, la interdependencia se convierta en necesidad por ambas partes”

“No, (...) pienso que hay mucho trabajo que hacer teniendo en cuenta el género también con hombres”

“No separaría el tratamiento de hombres y mujeres, ya que, de igual forma que

puede causar problemas también puede ser beneficioso para unos y para otros, ya que, esas personas viven en una realidad en la que igual que todos se relacionan con hombres y con mujeres, y quizás es necesario que en parte se les prepare para ello, lo cual no quiere decir que la independencia de una mujer respecto de su pareja o de cualquier hombre sea fundamental”

“En principio no porque me parece mas rico para todos, aunque es verdad que las relaciones sexuales complica bastante en las comunidades terapéuticas pero es muy rico en cuanto al aprendizaje”

Así mismo, algunas personas han contestado afirmativamente, estableciendo argumentaciones como:

“La pregunta es muy difícil de contestar, pero creo que en la actualidad tal vez sea necesario para poder abordar los tratamientos de forma especializada, tal vez el día en que el género no sea una cuestión o circunstancia que suscite desigualdad y la sociedad esté preparada se pueda abordar la adicción conjuntamente”

“En residenciales si, ya que la experiencia nos demuestra que hay conflictos”

“Sí, en las primeras terapias y más tarde cuando hubiera más conciencia de problema unificaría el tratamiento de hombres y mujeres”

¿Consideras necesario y/o conveniente que las mujeres puedan ir a centros residenciales (Comunidades Terapéuticas, Pisos, etc.) acompañadas de los menores que tengan a su cargo? ¿Por qué?

A esta pregunta, los y las profesionales han respondido mayoritariamente que sí. La realidad es que muchas mujeres tienen hijos/as que no pueden dejar con otras personas mientras realizan el tratamiento, o que no quieren dejarlos ‘*también ahora*’ que están haciendo ‘*por salir*’ de la drogodependencia. Hay profesionales que han constatado que es un motivo principal de abandono en las mujeres o de causa para no pedir tratamiento, y que además puede servir para que se centren más en el tratamiento. También para adquirir habilidades para el ‘maternaje’, para ejercer su labor como madre.

No es una cuestión que quede zanjada y/o resulta, sino que plantea multitud de interrogantes en torno a la situación de los menores (cómo van a encontrarse; no despojarles de su entorno inmediato: colegio, etc.) y la necesidad de tener personal apropiado para atenderlos, así como las instalaciones necesarias... A su vez, hay quienes

han planteado la necesidad de que la mujer pase por centrarse en sí misma, no en sus hijos/as, con lo que parece que la línea más argumentada establece que sea posible, pero según los casos y situaciones...

La cuestión es que la maternidad deje de ser un problema de acceso a los tratamientos, y que no se cuestione a la mujer que reconoce “ser drogodependiente” (pedir tratamiento es una forma muy explícita de reconocimiento) ni sea una amenaza directa de pérdida de custodia.

Es de destacar que sólo una persona ha señalado que ampliaría la cuestión a los varones en caso de que se diese la situación de que el cuidado de sus hijos/as hubiese recaído exclusivamente sobre él.

Las últimas preguntas del cuestionario redundan en la necesidad o no de introducir perspectiva de género en la intervención en drogodependencias, así como la necesidad de formación en la materia. Son mayoritarias las respuestas afirmativas, así como contundente la respuesta a la pregunta acerca de si acudirían a un curso sobre esta materia ofertado por UNAD: 36 han respondido que sí.

**Propuestas de mejora en la intervención en drogodependencias desde
perspectiva de género**

PROPUESTAS DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO.

A continuación recogemos el trabajo en grupo con las 4 entidades: ACLAD, SAFA, La Huertecica y PATIM para hacer una serie de propuestas que mejoren la intervención en drogodependencias desde una perspectiva de género.

El trabajo se ha centrado en la intervención con mujeres, ya que la perspectiva de género pone de relieve su invisibilización en la/s problemática/s en torno a la drogodependencia, y la existencia de una serie de dificultades tanto para el acceso como para la permanencia en los tratamientos.

Estas observaciones surgen en un contexto en el que la demanda de tratamiento por parte de las mujeres es significativamente más recudida que la de los hombres (la demanda de tratamiento de ellas se sitúa en torno al 15%¹²). Esto ha llevado a que los tratamientos se diseñen tomando a la población masculina como objeto y referente, a la par que las mujeres han sido recurrentemente presentadas como la excepción, asociadas al ejercicio de la prostitución y/o al abandono de su papel como madres (Meneses Falcón, 2002). En este sentido, se constata que, tal como recogen diversos trabajos (VV.AA., 2001; Avilés, et. al., 2006 y 2004; y Valls Llobet, 2006) existe una tendencia a la invisibilización de la drogodependencia femenina (en relación al consumo de alcohol y psicofármacos sobre todo), pues estos casos a menudo no llegan a los centros de atención especializados en drogodependencias y quedan, si acaso, en el ámbito de la atención primaria (centros de salud), sin protocolos de detección, derivación y coordinación con los centros especializados.

Así mismo, en relación a la escasa atención específica que se presta a las mujeres en este ámbito, se constata también que las redes de atención y los programas de intervención de drogodependencias no están adecuadamente preparados para la atención integral de las mujeres que demandan tratamiento y llegan a los centros de

¹² Datos referentes a 2002, obtenidos del Instituto de la Mujer a partir de los informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED), Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior. Así mismo, este porcentaje se confirma en la demanda de tratamiento por parte de mujeres en las cuatro entidades: ACLAD, PATIM, SAFA y La Huertecica, en sus memorias anuales.

atención. En estos casos se percibe la interacción de una serie de problemáticas (identificadas entre otros por: Etorre, 1996; Velasco, 2002; Urbano, et. al., 2005; Rodríguez, et. al., 2005), que subrayan la incidencia de elementos diferenciales por una construcción social del género, que están insuficientemente integrados en la formación de los equipos profesionales de los centros, ni en los itinerarios diseñados a tal efecto:

- presencia de malos tratos en las relaciones de pareja,
- sexualidad y relación con el cuerpo,
- autoestima (específica por una cuestión de género),
- presencia de hijos/as en el tratamiento,
- centralidad de relaciones heteroafectivas como eje vital fundamental,
- falta de apoyo familiar y social por una doble penalización social ante el consumo de drogas,
- y conductas de alto riesgo para la salud.

Metodología:

Las personas asistentes a los grupos de trabajo leyeron un documento (aún inédito) elaborado por Patricia Martínez Redondo, que recoge un diagnóstico y evaluación de la intervención en drogodependencias desde perspectiva de género, enfocada principalmente a las dificultades de acceso y permanencia en los tratamientos para las mujeres (en torno a los temas anteriormente señalados). Tras esa lectura, procedieron a debatir en grupo su contenido, y elaboraron las propuestas que consideraron necesarias para poder superar o minimizar las dificultades señaladas en el documento. De esta forma, se llevó a cabo un trabajo en grupo (dos entidades por grupo de trabajo) bajo las directrices de unos ejes desarrollados en equipo, y finalmente se realizó la puesta en común de los puntos que se recogen a continuación.

Los tres ejes planteados para organizar las propuestas fueron:

“FASES” o momentos del itinerario de incorporación sociolaboral

- Acceso al tratamiento; acceso a los centros de atención. Acogida.
- Tratamiento
 - Ambulatorio

- Residencial (Régimen Abierto y Régimen Cerrado)
- Incorporación socio laboral
- Aparte: Centros de emergencia o reducción de daños-riesgos, etc.

QUIÉN

- Equipos profesionales
- Administraciones Públicas
- Recursos Comunitarios
- Centros de Atención Primaria
- Iniciativa privada, empresariado, ONG's, etc.
- Entorno social inmediato
- Personas beneficiarias

CÓMO y QUÉ

- Formación
- Protocolos de atención
- Dispositivos y recursos

Grupo de trabajo 01: PATIM-SAFA

Para abordar los tres ejes de forma integrada hacen una matriz con eje vertical (FASE), eje horizontal (QUIÉN) y en cada casilla de la matriz establecen el CÓMO y QUÉ.

Esquema

	QUIÉN	QUIEN	QUIEN	QUIEN
FASE	CÓMO y QUÉ	COMO y QUE	COMO y QUE	COMO y QUE
FASE	COMO y QUE	COMO y QUE	COMO y QUE	COMO y QUE
FASE	COMO y QUE	COMO y QUE	COMO y QUE	COMO y QUE

Por motivos de presentación, hemos optado por exponer las propuestas de este grupo de

trabajo organizadas en base a las “FASES”:

Acceso a los centros de atención

- Para una adecuada detección de mujeres con problemas de drogodependencias: facilitar pautas de actuación a los y las profesionales que mantienen un primer contacto (centros de atención primaria, por ejemplo) o que estén en cualquier dispositivo que dé derivación o acceso a centros. Facilitar unas pautas comunes para iniciar a la persona en el circuito de tratamiento.
- Formación mínima en perspectiva de género para todos los equipos profesionales de los centros de atención de primer contacto (desde el/la administrativo o recepcionista hasta la dirección).
- Incrementar el conocimiento de la red de recursos y vías de acceso en los y las profesionales para que puedan realizar las derivaciones.
- Generar un programa ‘Bola de Nieve en femenino’ que fomente la aparición de agentes promotores de perspectiva de género para incrementar el acceso de mujeres al tratamiento.
- Coordinación en el acceso a recursos de personas con problemáticas múltiples (ej: adicción y maltrato). Que no se derive en función de una sola variable.

Tratamiento

- Provisión de nuevas plazas concertadas para mujeres en los centros
- Coordinación de los recursos para la atención integral de las problemáticas en torno a la prostitución, maltrato en la pareja, adicción...
- Plantear recursos específicos con equipos multidisciplinares preparados para atender todas esas variables de forma conjunta y sin aislar los problemas del contexto vital, familiar, sentimental y relacional de las mujeres.
- Desarrollo, capacitación e incorporación de nuevos perfiles profesionales (terapeuta especialista en pareja, terapia sexual,...)
- Formación mínima exigible en enfoque de género para todos los y las profesionales que atienden en los centros de tratamiento, de acuerdo a sus funciones.

- Cambiar las prioridades / contenidos dentro del propio tratamiento. Que la mirada no se centre principalmente en su perfil de consumidora sino en su perfil de mujer con problemáticas interrelacionadas, entre ellas el consumo de drogas. Priorizar el trabajo de sexualidad, relaciones afectivas, autoestima de género...
- Adaptar los tratamientos a la presencia de hijos/as en el proceso.

Inserción sociolaboral

- Coordinación con los recursos fuera de la Red de Atención a las drogodependencias que oferten apoyo al proceso de búsqueda de empleo activa.
- Formación homologada
- Adoptar medidas que contemplen las dificultades de las mujeres para el acceso a recursos de inserción y adaptar la propia infraestructura : red de guarderías públicas, ludotecas, etc. Si fuera necesario, se incorporarían medidas de conciliación dentro del propio proyecto de la Entidad.
- Trabajar el ocio y tiempo libre con las mujeres, independientemente de que tengan hijos/as o no.

Grupo de trabajo 02: LA HUERTECICA-ACLAD

Este grupo abordó las posibles medidas propuestas separando los ejes “FASES” y “QUIEN”.

Respecto a las FASES:

Acceso a los centros de atención

- En los recursos mixtos, no restringir el número de plazas de acceso a mujeres. Permitir el acceso según demanda (con el tope de plazas según recurso, no por sexo¹³).
- Campañas de difusión para la captación y derivación de mujeres a través del trabajo de calle, en los centros de salud o servicios de urgencia.
- Trabajo de sensibilización en pisos donde se ejerce la prostitución y clubes nocturnos. Especial atención las problemáticas derivadas de los procesos de inmigración “sin papeles”.
- Trabajo de captación y derivación en juzgados y prisiones.
- Reparto de preservativos y talleres de sexo seguro.
- Habilitar una serie de recursos (pisos tutelados, servicios de urgencias, psiquiatría...) antes de entrar a intervenir y no cuestionar a las mujeres.
- Garantizar la estancia de mujeres en albergues para que se estructure mínimamente su vida de cara a iniciar un tratamiento.

¹³ Actualmente, en los recursos mixtos **suele** haber una ratio de plazas que, como poco, triplica las disponibles para hombres frente a las disponibles para mujeres. No se regula en función de una única lista, sino en dos: una para hombres y otra para mujeres. Las plazas para mujeres suelen ser de 4 frente a 20 para varones en un mismo recurso. Esto condiciona notablemente los procesos de acceso y de estancia en los centros.

También debemos señalar que aunque no exista esta condición y la totalidad de las plazas sean indistintamente para hombres que para mujeres, se dan otros problemas en el acceso por cuestiones de género que hacen que el ratio de hombres en recursos residenciales siga siendo muy superior al de mujeres (por ejemplo: los tiempos de incomunicación inicial. En la mayoría de los recursos es de un mínimo de 15-30 días. Aunque es beneficioso para centrarse en el tratamiento para la persona que lo inicia, en el caso de muchas mujeres esta incomunicación (obligada) con sus seres queridos –pareja, padres, hijos/as, etc.-, por muy conflictuada que esté o pueda estar la relación, es motivo directo de abandono del recurso.)

Tratamiento

- Habilitar recursos dónde puedan estar con sus hijos y haya equipos preparados para atenderles. (En prisión existen programas de madres con hijos/as antes de escolarizar)
- Desarrollar un trabajo de pareja en centros ambulatorios o incluso con la ex pareja en la medida en que ésta pueda apoyar el proceso y siempre que no existan antecedentes de malos tratos.
- Fomentar la corresponsabilidad en la crianza de los/as hijos/as mientras las mujeres estén en proceso de tratamiento con especial atención de que esto no se vuelva en contra de ellas y pierdan la custodia.
- Realizar un trabajo familiar desculpabilizador, no centrarse exclusivamente en las madres. Mediación con familia de origen.
- Desarrollar gabinetes psicoeducativos dónde se impartan talleres de sexualidad, escuela de padres, manejo de la ansiedad y herramientas de cuidado a los/as hijos/as (tanto para padres como para madres) .
- Grupos de apoyo de mujeres (en clave feminista de desarrollo personal)
- No aislar la adicción como problema prioritario dejando de lado el resto de su vida (familiar, afectiva, relacional...). El itinerario no puede basarse en una “priorización del tratamiento vs. todo lo demás”. El tratamiento debe contemplar la persona de forma integral y flexibilizar algunos aspectos.

Incorporación sociolaboral

- Formación pre-laboral como un elemento de gran importancia que apenas se contempla en el itinerario de inserción. (Habilidades Sociales, informática, alfabetización, manejo del tiempo libre, igualdad de género para prevenir y detectar situaciones de abusos o discriminaciones en este sentido...)
- Formación laboral o en oficios.
- Trabajo específico de relaciones (familiares, personales y laborales. Figuras de autoridad, relación con iguales. Mantenimiento del puesto de trabajo)
- No centrarse sólo en la inserción desde lo económico sino contemplar también la

inserción social. (Ej: Programa en Murcia con personas difícilmente reinsertables cuyo objetivo es la inserción social y no el nº de contratos realizados).

- Mediación laboral: Campañas de sensibilización en empresas y sindicatos para aplicar medidas de igualdad de oportunidades. Trabajo para la conciliación de la vida familiar y eliminar las discriminaciones por la maternidad... Actuación a nivel social.
- Fomentar las medidas de acción positiva en la contratación a mujeres.

Respecto al QUIÉN:

Equipos profesionales

- Formación en igualdad de género para todos los y las profesionales.
- Trabajar por la eliminación de roles, prejuicios y reparto de tareas por sexo .
- Siempre equipos multidisciplinares según recurso (profesionales médicos, educativos, de la psicología, sexología y abogacía, etc.)
- Desarrollo de nuevos perfiles profesionales

Administraciones

- Que provean, financien, subvencionen y deriven a los diferentes centros y recursos.
- Que favorezcan una complementariedad entre los recursos (lo que exige una mejora en la coordinación).

Recursos comunitarios

- Demandar la intervención en drogodependencias en recursos que atienden mujeres con otras problemáticas (inmigración, malos tratos...)
- Si no es posible tener un recurso dónde se les pueda atender de forma integral, coordinarse con los otros centros y recursos
- Cuestión a debate: Existen grandes dificultades para trabajar con los menores que acuden con las mujeres con problemas, ya que los dispositivos con menores

tiene requisitos que los centros de atención a drogodependencia no cumplen.

En esta jornada de trabajo también se empleó el Documento elaborado por la U.A.F.S.E.¹⁴ **“La Perspectiva de Género en proyectos EQUAL de Inserción. Guía Práctica de Aplicación.”** (2004), que establece una serie de indicadores para la planificación, diseño, desarrollo y evaluación de proyectos EQUAL de inserción laboral desde perspectiva de género. Extrajimos algunos de los puntos más operativos de cara a propuestas concretas de actuación en nuestros programas, con **aportaciones específicas para programas de incorporación sociolaboral de personas drogodependientes:**

- “Obligatoriedad de presencia de profesionales especializados/as en perspectiva género.” (p.53) No sirve de nada que sea una sola persona, o que se quede como un tema aparte; se debe implicar todo el personal técnico, para no reproducir estereotipos y mecanismos de discriminación. Es necesaria una metodología participativa que favorezca una comunicación fluida entre todo el equipo.

- “Captación participantes. Problemas de acceso a los recursos. Identificar esas problemáticas y actuar sobre ellas” (p.55) Ya este documento establece esta dificultad, que en nuestro programa no nos habríamos planteado de cara a las mujeres de no ser por la aplicación de la perspectiva de género, que pone de manifiesto **problemáticas estructurales** en el acceso al tratamiento para las mujeres. Es necesario establecer análisis que vayan más allá de la demanda detectada y establecer estrategias de acercamiento y “captación” para llegar a quienes no acuden a los centros especializados. Herramienta imprescindible: coordinación con otros recursos (servicios sociales, centro de atención primaria...)

- “De la atención y asesoramiento en incorporación laboral, desde perspectiva de género” (p.57-60) → Es necesario revisar las cuestiones que tienen que ver con la ‘empleabilidad’ de las personas, y que afectan directamente a las mujeres por el hecho de serlo: segregación horizontal y vertical, dificultades en el acceso a la formación (horarios, menores a su cargo, etc.), habilidades sociales y habilidades requeridas para el

¹⁴ Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, Secretaría General de Empleo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

empleo, prejuicios a la hora de la contratación en yacimientos tradicionalmente masculinos, etc.

- “Servicios de intermediación laboral. Trabajo con el tejido empresarial” (p.61), y “Medidas concretas de intermediación, pactando con las empresas...” (p.62). Es necesario intervenir con la iniciativa empresarial privada, en base al principio rector de establecer los cuidados como una cuestión de responsabilidad social.

- “Servicios complementarios (sobre todo dirigidos al cuidado de personas con necesidades especiales)” (p.66) y “Coordinación entre recursos” (p.70). Como ya se ha señalado, hay que realizar un esfuerzo a nivel de creación de protocolos y coordinación entre recursos que habitualmente no trabajan juntos. Es necesario que las Administraciones Públicas se impliquen y favorezcan este tipo de funcionamiento, estableciendo las políticas necesarias para ello.

- “Acciones de difusión: evitar lenguaje sexista y/o imágenes androcéntricas” (p.68). En el ámbito de las drogodependencias se hace especialmente complicado evitar una imagen androcéntrica cuando la realidad en los centros de atención es una gran mayoría de varones como demandantes de tratamiento. Se hace necesario realizar acciones específicas de difusión dirigidas a mujeres, incidiendo en problemáticas específicas por construcción social del género.

**Guía para la evaluación de las acciones de empleo
introduciendo la perspectiva de género**

GUÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE EMPLEO INTRODUCIENDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Otra de las acciones llevadas a cabo ha sido la revisión de programas y protocolos de forma que pudieran incorporar la perspectiva de género. Tras examinar diversos procedimientos de seguimiento y evaluación de un programa de incorporación sociolaboral, se elaboró la siguiente guía, con nueve cuestiones que **toda acción orientada al empleo** debería contemplar.

1- Lenguaje androcéntrico

En los informes que se entregan y los productos asociados a las actividades de este proyecto, se ha vigilado el uso de términos neutros (Ejemplo: ‘el equipo profesional’ en lugar de ‘los profesionales’; ‘las personas beneficiarias’ en lugar de ‘los beneficiarios’; etc.) o se han incluido los dos géneros en lugar de utilizar el ‘genérico masculino’ (Ejemplo: ‘los y las profesionales’ en lugar de ‘los profesionales’).

2- Datos desglosados por sexos

El informe cuatrimestral y el formulario para el programa informático recoge todos los datos de las personas beneficiarias desglosados por sexo.

3- Orientaciones para las mujeres hacia los yacimientos de empleo

Explicar las medidas específicas adoptadas para orientar a las mujeres beneficiarias al mercado de trabajo remunerado. Indicar el sector hacia el que se las orienta (teniendo en cuenta si es un yacimiento de empleo tradicionalmente masculino, femenino, o mixto...).

Explicar las medidas específicas adoptadas con el personal laboral profesional y técnico que asesora a esas mujeres hacia los yacimientos de empleo (¿han recibido y/o tienen formación en perspectiva de género?, etc.).

Explicar las medidas específicas adoptadas con los y las responsables de RR.HH. de las

empresas que ofertan los puestos de trabajo a las mujeres beneficiarias.

Ejemplo: la albañilería o jardinería son sectores tradicionalmente masculinos, y el acceso a mujeres se ve dificultado por estereotipos y prejuicios –el ejemplo al revés sería que “los hombres no saben cuidar”, y no se les enfoca hacia trabajos en lo doméstico y el cuidado de personas-. Se ofertan cursos de formación para mujeres en estas ocupaciones → ¿Se trabaja con el tejido empresarial para garantizar que puedan incorporarse a esos empleos sin ser discriminadas por ser mujeres?

4- Medidas de conciliación personal y laboral

Explicar las medidas dirigidas a fomentar la conciliación familiar, personal y laboral adoptadas en hombres y mujeres beneficiarios/as. Especificar las medidas y el nivel de participación de hombres y mujeres separado por sexo.

¿Ha habido medidas dirigidas a las empresas? (sensibilización, apoyo en el diseño de planes, etc.)

La conciliación no debería ser cuestión sólo de mujeres, de ahí que nos interese recoger si participan los varones, y si no lo hacen, visibilizarlo.

También queremos recoger si se ha trabajado con las empresas para creación de guarderías, flexibilización de las jornadas, u otras medidas que favorezcan la conciliación. Igualmente, debemos tener en cuenta si esas medidas van dirigidas realmente a la ‘conciliación’ de la vida personal, o son medidas dirigidas exclusivamente a la empresa (Ejemplo: una guardería que posibilite que los/as trabajadores/as tengan turnos de doce horas no es una medida para la conciliación sino para que la vida personal de los/as trabajadores/as no interfiera en la productividad...)

5- Mecanismos previstos que apoyen el cuidado de personas dependientes

Explicar los mecanismos previstos para apoyar a mujeres (y hombres) beneficiarias con hijos, personas de la tercera edad y “discapacitados/as”¹⁵ a su cargo. Ya sea a la hora de recibir formación o para su incorporación en el ámbito laboral. También desglosar por

¹⁵ Se utiliza este término, pero aparece entrecomillado para poder señalar que estimamos más oportuno utilizar términos como ‘personas con diversidad funcional’.

sexos.

6- Mecanismos de selección que favorezcan la participación de las mujeres

Explicar los mecanismos previstos para favorecer la participación de las mujeres como las cuotas, la prioridad o la exclusividad para favorecer su acceso tanto a la formación como al mercado de empleo, así como en entidades sociales y asociativas de su entorno.

7- Cooperación y coordinación entre los recursos dirigidos a mujeres y los de drogodependencias

Explicar el trabajo de colaboración y cooperación que se está llevando a cabo entre recursos de drogodependencias y los específicos para mujeres para ofrecer un servicio más adecuado e integral a las problemáticas que puedan presentarse asociadas.

Muchos de los puntos anteriores pueden verse reforzados y realizados si nos ponemos en contacto con los recursos específicos para ello que ya estén funcionando en la zona.

8- Acciones que favorezcan el aprendizaje en mujeres

Explicar brevemente las acciones que favorezcan el aprendizaje y que estén intencionadamente dirigidas a las mujeres beneficiarias. Facilitar guarderías, formación a distancia, reforzar habilidades directivas y promover a mujeres hacia puestos de responsabilidad, formación en horario laboral, etc.

9- Invisibilidad del trabajo femenino

Indicar si hay - y su número - beneficiarias del proyecto que hayan realizado empleos no regulados (se entiende que ajenos al proyecto).

Convendría recoger el tipo de trabajo realizado; consideraremos todas aquellas actividades por las que la persona haya realizado un intercambio monetario.

Centro Residencial 'Betania' (SAFA, Albacete)

‘CENTRO RESIDENCIAL BETANIA’

Exponemos el caso de SAFA (Albacete) como resultado directo del trabajo en materia de aplicación de perspectiva de género a las drogodependencias a lo largo de este año y el anterior. No significa que no quede aún trabajo por hacer, o que en el resto de entidades no se estén realizando acciones específicas en materia de género¹⁶ pero han puesto en marcha una serie de cambios que recogíamos en el ‘documento de propuestas’ presentado en las páginas 36-46 de este informe, y que abren múltiples posibilidades de trabajo.

Se han realizado un total de 2 visitas a la entidad por parte del equipo investigador. De esta forma se ha podido conjugar la observación participante con entrevistas a las profesionales del Centro.

1ª visita: 05 de junio de 2007

2ª visita: 07 de abril de 2008

En la primera visita, recogimos la siguiente información relevante:

Albacete es una ciudad pequeña con una fuerte coordinación entre recursos. Pero existe un problema en la atención a mujeres: presentan muchas problemáticas entrelazadas, en un mapa de intervenciones sectorizado, no integral...

Aparte de atención en drogodependencias, SAFA atiende a personas que proceden desde colectivos en riesgo de exclusión. Principalmente trabajan con hombres, no existiendo plazas para mujeres en sus recursos residenciales. Sin embargo, en los cursos de formación en Ayuda a Domicilio, el total de asistentes son mujeres, algunas de las cuales tenían problemas de consumo.

Han tenido muchos problemas con el tejido empresarial para la contratación de mujeres en yacimientos de empleo tradicionalmente masculinos a pesar de haberlas

¹⁶ Es de destacar la labor de PATIM en esta materia, que la ha incorporado de forma transversal y como objetivo fundamental de sus actuaciones, y que colabora con Casas de Acogida a Mujeres que han sufrido Malos Tratos en programas de incorporación laboral; ACLAD con el ‘programa LUA’ o La Huertecica con su quehacer en la Comunidad Terapéutica (varias profesionales de dicho recurso han formado parte de las acciones realizadas dentro del EQUAL ‘Aunando Esfuerzos’, y han incorporado lo aprendido en su trabajo directo).

formado adecuadamente para las labores a desempeñar. La valoración por parte del equipo profesional de SAFA es que pesan muchos prejuicios al respecto: *“las mujeres sólo van a dar problemas”*, etc.

En Albacete son las U.C.A. (Unidades de Conducta Adictiva) las que centralizan el tratamiento: llevan la pauta médica a seguir, la metadona –en su caso-, así como gestión de lista de espera, derivando a Centro de Día para cursos y atención psicológica, o a Comunidad Terapéutica como la de SAFA. Esta Comunidad Terapéutica está ubicada a varios kilómetros de Albacete, sin transporte público que la comunique. Es un antiguo hospital psiquiátrico que llevaba una orden religiosa y que ha sido cedido a SAFA completamente. De momento utilizan menos de un tercio de las instalaciones disponibles, que necesitan muchas labores de mantenimiento, acondicionamiento y rehabilitación.

SAFA atiende a personas que ya han realizado la desintoxicación en otros recursos de la U.C.A. Reciben derivaciones de toda Castilla La Mancha. Tenían 15 plazas que han aumentado a 30. En su Comunidad Terapéutica hasta ahora no atendían a mujeres, porque consideran que existen problemas con la sexualidad: *“Necesitarías una persona toda la noche vigilando que no se cambien de habitaciones....”* *“Existen problemas con su perfil: son manipulables, manipuladoras y están muy carentes de cariño....”*. Sin embargo ya han acondicionado una habitación con cuatro plazas, y planean abrir un pabellón para atender a mujeres y sus hijos si los tuvieran, con personal especializado también en malos tratos (actualmente, en Albacete los malos tratos se atienden en los Centros de Salud, Comisaría y el Centro de la Mujer del Ayuntamiento, que derivan a Casas de Acogida -gestionadas por Caritas, Cruz Roja-...) Las cuatro plazas ya están habilitadas, pero de momento no les han derivado ninguna mujer. Son pocas las mujeres demandantes de tratamiento en las UCA.

En esta Comunidad Terapéutica se puede realizar cumplimiento alternativo de condena. Están de 6 a 12 meses, más un periodo posterior de inserción que se va trabajando a partir del 7º-8º mes. A partir de los quince días pueden recibir llamadas y al mes visitas de familiares al Centro. A los tres meses ya empiezan a realizar salidas del Centro. Los fines de semana se trabaja el ocio con el equipo educativo, pero tienen problemas con el transporte. También van a la UCA para la medicación y bajada de metadona. Cuentan con personal voluntario de la organización para asesoramiento jurídico, enfermería, y otros.

En la segunda visita (y entrevistas posteriores de seguimiento):

El Centro Residencial *Betania* ha sido habilitado para acoger hombres y mujeres indistintamente (ya no hay un número fijo de plazas por sexo, que limite el acceso a las mujeres).

Sin embargo, siguen llegando mayoritariamente derivaciones de hombres de las UCA. La primera mujer que ingresa en el centro lo hace en mayo de 2008. No hubo derivaciones antes. En total han tenido nueve ingresos de mujeres (a fecha de agosto 2008), algunas de las cuales han presentado una problemática de malos tratos asociada, más allá de la adicción a sustancias como problemática principal.

También cuenta con la posibilidad de acoger personas con menores a cargo (padres o madres) y parejas con hijos/as.

Ante esta posibilidad se pregunta por la cuestión de las relaciones sexuales dentro del Centro. No es algo que se hayan planteado aún, puesto que no se ha dado todavía el ingreso de ninguna pareja con hijos/as. ¿Se puede prohibir a una pareja tener relaciones sexuales mientras estén en el Centro? Porque siguen estando prohibidas...

A pesar de que la sexualidad es un tema recurrente en la convivencia (*‘estamos como detectives del CSI para pillarles’ ‘se lo montan de mil maneras’*) y en el proceso de las mujeres (*‘alguna ha hecho favores sexuales fuera y aquí dentro lo intenta dirigir hacia eso cuando quiere conseguir algo’ ‘ellas buscan afectividad, no sólo sexo’ ‘se advierte sobre todo a las chicas’, etc.*), la idea de realizar trabajo específico sobre sexualidad les genera rechazo a priori (*‘elevaría la promiscuidad’, ‘esto sería un jolgorio’*). El principal problema consiste en el enfoque-concepto que se tiene del trabajo en materia de sexualidad, reduciéndolo a talleres de sexo seguro, y/o prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Es necesario ampliar este trabajo a la sexualidad entendida como interrelaciones humanas, que forman parte de la subjetividad de las personas, hombres y mujeres (además de experiencias transexuales o transgéneros), en las que el género juega un papel determinado que hay que poder tener en cuenta.

Aunque la Comunidad permite el acceso de varones con menores, hasta ahora la experiencia viene siendo que no necesitan ingresar con ellos, porque es la familia propia la que se hace cargo (pareja, madre, etc.)

Sí han tenido ingresos de mujeres con menores a cargo. Esto ha supuesto un reto

para el equipo y las instalaciones, así como para el grupo de personas en tratamiento en el Centro. La labor específica de educadores/as y psicólogas ha propiciado una buena integración, y dinámicas de grupo basadas en la colaboración y ayuda de cara a la estancia de los menores en el Centro. El equipo educativo es el encargado de llevarlos al Colegio, pero en el Centro es la madre la que se responsabiliza de ellos principalmente. Se trabaja tanto con las madres como con los menores (sobre todo ante problemas iniciales de comportamiento, derivados de la convivencia con un padre maltratador, por ejemplo, ausencia de límites, etc.). Se ha realizado una flexibilización del funcionamiento interno para que puedan permanecer en el Centro, de forma que su presencia en el tratamiento de la madre no supusiese un problema para su realización.

El equipo terapéutico y de intervención del Centro Residencial '*Betania*' valora que es con la puesta en marcha y la práctica de los cambios propuestos que podrán ir diseñando una intervención cada vez más adaptada a las necesidades de las mujeres drogodependientes.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- El concepto de ‘GENERO’ y su aplicación a las drogodependencias.

Se confunde ‘género’ con ‘mujeres’, y existen muchos prejuicios y estereotipos que dificultan la comprensión de la necesidad y conveniencia de su aplicación para el análisis del fenómeno de la drogodependencia (en hombres y mujeres; si enfatizamos especialmente la necesidad de atención a mujeres es por la invisibilización de las mismas en la problemática de las drogodependencias). En general se relaciona con la ‘igualdad’, en lugar de cómo herramienta de análisis que nos ayude a mejorar nuestra intervención al hacer que *comprendamos mejor* la realidad sobre la que pretendemos actuar. Aún es un reto incorporar en los equipos profesionales un análisis que visibilice los factores que se están dando por cuestiones de género y que intervienen en la drogodependencia.

Como se señalaba en el diseño del proyecto de la investigación, es necesaria una metodología de intervención que detecte y ponga de relieve los aspectos cualitativos de las problemáticas por cuestión de construcción social del género, y no solamente las incidencias. Igualmente para el análisis de las problemáticas que señalan los y las profesionales: muchos recursos residenciales de apoyo al tratamiento no disponen de plazas para mujeres. Los equipos profesionales basan esta decisión en una cuestión de demanda, pero también la fundamentan en afirmaciones tales como: *‘las mujeres traen complicaciones en cuanto al sexo y las relaciones en el centro’*; la perspectiva de género introduce lo problemático de estos enunciados y sus consecuencias para las mujeres: se hace recaer el peso de la relación heteroafectiva sobre ellas, como si los varones no tuvieran nada que ver en la interacción establecida. Una vez que nuestros recursos son mixtos, nos encontramos, claramente, con el problema de las relaciones heteroafectivas¹⁷, pero la prohibición sin más se convierte en una norma a saltarse, y no se ofrecen vías de abordaje terapéutico de las mismas (personal especializado en sexualidad, terapia relacional, introducción de perspectiva de género en el abordaje de las relaciones heteroafectivas de pareja...).

Cuando se hace referencia a la aplicación de una perspectiva de género, lo que se debería proponer es ir más allá de la mera diferenciación sexual/biológica que expone

¹⁷ Sería interesante poder abordar la cuestión de la homosexualidad, que aparece invisibilizada por múltiples motivos y procesos.

como características del consumo ‘femenino’ o ‘masculino’ las diferencias detectadas en las prácticas y problemáticas de mujeres y hombres, ofreciendo un referente explicativo y analítico que actúe como marco de comprensión y significación de las diferencias e incidencias detectadas, no definiéndolas como realidades dadas, sino como parte de procesos de construcción socio-cultural que afectan a la subjetividad de las personas (el género). Debemos establecer un marco más allá de lo descriptivo para, consiguientemente, ofrecer un mejor abordaje de las drogodependencias en los itinerarios de atención, especialmente en relación a las mujeres¹⁸.

- En general se está trabajando muy positivamente en las cuatro entidades, pero la estructura de los programas de atención en general dificulta en muchos sentidos la realización de los cambios necesarios para una efectiva ‘igualdad de oportunidades’ entre hombres y mujeres en este tipo de programas (Atención a Personas Drogodependientes). No existen las estructuras ni los programas necesarios para ello, quedando muchas veces en las manos y sensibilidad hacia el tema de la/el técnico que interviene en ese momento, por lo que no hay una *sistematización* de experiencias, y por tanto, no se pueden detectar buenas prácticas y/o modificar las estructuras y protocolos de intervención. Tras esta experiencia, evaluamos que para introducir la perspectiva de género en los programas de atención a personas drogodependientes, de momento se hace necesario un ‘agente catalizador’. La problemática de las drogodependencias es compleja en su análisis, y la perspectiva de género debe incorporarse al enfoque multidimensional o multisistémico propuesto ya en 1995 por Carrón y Sánchez (1995) para la comprensión y actuación sobre el fenómeno, pero también es necesario que se acompañe de una metodología participativa, y una visión cercana y conocedora del trabajo día a día, que lo haga accesible a los y las trabajadoras de los centros.¹⁹ De

¹⁸ Afirmaciones que adscriban características inamovibles a hombres y mujeres por el mero hecho de serlo, no se situarían en un enfoque desde perspectiva de género como el que proponemos. De hecho, no sirve para nada decir que ‘las mujeres son más emocionales’ o que ‘lo tienen más fácil para dejarlo’, por ejemplo.

¹⁹ El cotidiano de los y las profesionales que trabajan directamente con la población afectada es tan duro e intenso que se impone muchas veces a cualquier posible momento de reflexión y/o teorización sobre la práctica. Es necesario encontrar ‘agentes catalizadores’, profesionales que puedan realizar un acompañamiento continuado en el proceso de cambio, y cuyo perfil una ambas esferas (teoría y práctica), para mejorar la intervención sobre la realidad.

hecho, existe una gran diferencia en las incorporación de esta materia entre las personas –escasamente 2-3 profesionales por entidad- que han participado del EQUAL ‘Aunando Esfuerzos’ (una acción continuada en el tiempo) y quienes no.

- La drogodependencia femenina permanece *invisibilizada* bajo la pauta cultural y estadística que es la drogodependencia masculina como fenómeno social. Además, a la problemática de la drogodependencia, se le suma las especiales dificultades a las que se enfrentan las mujeres por construcción social del género.

Actualmente, los programas en general no responden al tipo de problemáticas y consumo que muchas mujeres presentan:

- Consumo de psicofármacos y alcohol en soledad-ámbito de ‘lo privado’
- Conductas de alto riesgo para la salud
- Malos tratos en la relación de pareja
- Sexualidad y relación con el cuerpo
- Autoestima de género devaluada
- Presencia de hijos/as en el tratamiento (“cargas familiares no compartidas”)
- Falta de apoyo familiar y social por una doble penalización moral y social ante el consumo.
- Centralidad de las relaciones heteroafectivas como eje vital fundamental, etc.

- Se hace necesaria una revisión integral de los protocolos y programas de inserción sociolaboral para personas con problemas de drogodependencias, ya que las dificultades de acceso y permanencia en los tratamientos para las mujeres son de carácter social-estructural. Por ejemplo: en drogodependencias en general se trabaja en prospección de empleo, empleo protegido, etc. como pudiera hacerse desde hace unos años con colectivos susceptibles de discriminación y mayores dificultades a la hora de acceder al mercado de trabajo; pero las mujeres se van a encontrar con los problemas estructurales derivados del sistema sexo/género, independientemente de su drogodependencia. Ésta le añade una serie de problemáticas que en estos programas ya se tienen en cuenta, pero a la inversa (las problemáticas derivadas de una construcción social del género) no se ha incorporado a los programas de atención a drogodependencias, con lo que las mujeres se ven muchas veces desatendidas en este

sentido: se las atiende en tanto que “drogodependientes” (bajo un análisis androcéntrico, como hemos visto), pero no en tanto que “mujeres” (en el sentido de discriminaciones producidas por cuestión de género).

- Sin una voluntad política implicada en el cambio de las redes de atención, el esfuerzo por incorporar la perspectiva de género recae sobre los agentes sociales e iniciativa privada exclusivamente. Es necesario promover la atención de las Administraciones en este sentido, que aunque empiezan a convocar concursos y subvenciones dirigidos a investigaciones y formación para la intervención con mujeres²⁰, deben proporcionar los medios para que se pueda dar un salto cualitativo como se diera con la dispensación de metadona (Programas de Mantenimiento con Metadona) o la atención en Patología Dual²¹

²⁰ Por ejemplo: “ORDEN SCO/2646/2007, de 29 de agosto, por la que se convoca en 2007, la concesión de ayudas económicas a entidades privadas sin fines de lucro de ámbito estatal, con cargo al fondo de bienes decomisados por tráfico de drogas y otros delitos relacionados”, publicada en el BOE 14 de septiembre de 2007, del Ministerio de Sanidad y Consumo, que establece como prioridad transversal para todos los programas que subvencionen al “colectivo: mujeres”.

²¹ Se denomina ‘Patología Dual’ a la coexistencia de la drogodependencia y problemas de salud mental. Hasta hace pocos años, no existían atenciones especializadas en la coexistencia de ambas situaciones, y las personas iban de un recurso a otro (cuando no terminaban directamente en la calle ante el progresivo deterioro de su situación) de las redes de atención a la drogodependencia y las de atención a salud mental. Finalmente se puso en marcha desde las Administraciones Públicas programas de atención especializados, mucho antes de que los y las profesionales se hubiesen formado en el tema, o estuvieran siquiera sensibilizados ante esa realidad. Con los programas de Mantenimiento con Metadona sucedió algo parecido: se pasó de la dispensación para el mero control de la adicción (y por tanto de los atracos y demás situaciones relacionadas con la ‘inseguridad ciudadana’) a la consideración de los programas de mantenimiento de ‘media’ y ‘alta exigencia’ (como un programa libre de drogas: el objetivo es dejar el consumo activo y realizar un itinerario de inserción sociolaboral, aunque sigan tomando metadona). De hecho, las personas que utilizan la metadona “arrastran” aún el estigma que soportaron este tipo de programas en sus inicios.

BIBLIOGRAFÍA

- Altable Vicario, Charo. (1998) *Penélope o las trampas del amor. Por una coeducación sentimental*. Valencia, ed. Nau llibres
- Amor, P.J.; Corral, P.J.; Bohórquez, I.A.; Oria, J.C.; Rodríguez, M.; López, F.; Calderón, D. *Violencia de pareja y Adicción a drogas en Centros de Día*, ASECEDI, 2007.
- Amoroso Miranda, María Inés / Grupo DONES I TREBALLS de Ca la Dona *Malabaristas de la vida. Mujeres, tiempos y trabajos*. Barcelona: Icaria, D.L. 2003
- Brantenberg, Gerd. *Las hijas de Egalia*. Horas y Horas la Editorial. Madrid 1994
- Carrón, J. y Sánchez, L. (1995) *Los servicios sociales generales y la atención a drogodependientes*, referenciado en páginas 42-45 de *El educador social y las drogodependencias* Grupo Interdisciplinar Sobre Drogas (G.I.D.) Edita: GID. Madrid.
- Comas D'argemir, Dolors. *Trabajo, género, cultura. La construcción de desigualdades entre hombres y mujeres*. Icaria editorial, Antropología. Barcelona 1995
- De la Cruz Godoy, M^a J. y Herrera García, A. (2002), *Adicciones en Mujeres*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas de Gran Canaria
- Del Río, Sira y varias autoras. *Trabajos y Mujeres. Materiales para una intervención feminista*. CAES (Centro y Asesoría de Estudios Sociales). Madrid, 2000
Está disponible en: <http://www.nodo50.org/caes/feminismo/>
- 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 Kitzinger, Celia: *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*. Paidós Contextos

- Lagarde y De Los Ríos, Marcela. (1989) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*. 2ª reimpresión 2003. Universidad Nacional Autónoma de México.
- ___ *Claves feministas para la autoestima de mujeres*. (2000) Madrid, Horas y horas la editorial. Colección de Cuadernos Inacabados nº 39
- Martínez Redondo, Patricia (2008) *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias*. Edita ASECEDE (en prensa)
- Meneses Falcón, Carmen (2002) “Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas”, en *II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer*
- Olmeda Valle, Amparo y Frutos Frutos, Isabel *Teoría y Análisis de Género. Guía metodológica para trabajar con grupos* Asociación Mujeres Jóvenes, Madrid 2001
- Rodríguez, Mercedes et al. (2005) *Mujer y Adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención*. Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid. Documentos Técnicos
- Romo Avilés, Nuria et al. ‘Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar’. *Trastornos Adictivos*, año 2006; 8(4) 243-50
- _____ ‘Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres’ Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías nº 5 Uso de Drogas y Drogodependencias, año 2004
- Sabaté Martínez, Ana, Rodríguez Moya, Juana M^a, Y Díaz Muñoz, M^a Ángeles. *Mujeres, espacio y sociedad*. Editorial Síntesis. Madrid, 1995
- Simón Rodríguez, Elena. *Democracia Vital. Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía* Narcea, s.a. de ediciones, Madrid 1999

Urbano Aljama, Aurora y Arostegi Santamaría Elisabete (2004), *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. E. Instituto Deusto de Drogodependencias

Valls Llobet, Carme (2006) *Mujeres Invisibles* Mondadori De Bolsillo

VV.AA. *Sistema Sexo-Género. Unidad didáctica* Seminario de Educación para la Paz. Asociación Pro Derechos Humanos. Los libros de la Catarata, Madrid 1996

VV.AA. Fundación Instituto Spiral. (2000) *I Simposium Nacional sobre Adicción en la Mujer*. Madrid, Instituto de la Mujer

__ en la Internet: www.institutospiral.com/cursos%20y%20seminarios/resumenes/, para consultar el *II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer*

VV.AA, (2001) *Adicciones ocultas. Aproximación al consumo diferencial de psicofármacos*. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas;

VV.AA. (2005) *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida* Publicación de la Naciones Unidas, Oficina contra la Droga y el Delito.

Velasco Arias, Sara. *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*, colección Salud 5. Instituto de la Mujer. Madrid, 2002

En la Internet:

www.mujaresenred.net

www.heterodoxia.net (sobre construcción de la masculinidad)