



INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES:

UN ANÁLISIS EXPLORATORIO

Asistencia técnica:



Financiado por:



Como citar este informe:

Martínez-Redondo, Patricia (2025). *Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones: un análisis exploratorio*. UNAD, La Red de Atención a las Adicciones.

Autoría:

Patricia Martínez Redondo

Coordinación técnica y edición:

UNAD, La Red de Atención a las Adicciones

Grupo motor:

Aida Sánchez García

Antonia Peinado García

Gemma Maudes Rosselló

Inés Murie Fernández

Lucía Rodríguez Zbikowski

María del Pilar Sánchez Arroyo

María Rodelga de Pablo Casado

Noelia Romero Naveiro

Núria Busquets Cos

Rosario Fernández Moreno

Maquetación:

Javier Valdés

Año de publicación:

2025



Licencia de Reconocimiento-No Comercial – Sin Obra Derivada CC BY-NC-ND

Coordina:



Asistencia técnica:



Patricia Martínez Redondo - Género y drogodependencias

Financiado por:



Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, a través de Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, con cargo a la convocatoria de Subvenciones del 0,7 a actividades de interés social (convocatoria 2024)

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES UNAD

INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: UN ANÁLISIS EXPLORATORIO

UNAD
La Red de atención a las adicciones

ÍNDICE

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO	10
01 INTRODUCCIÓN	12
02 OBJETIVOS	16
03 SÍNTESIS DEL ENFOQUE Y METODOLOGÍA	18
04 REVISIÓN DOCUMENTAL	22
05 RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO	28
5.1 INFORME DEL PERFIL UNAD	29
5.2 CUESTIONARIOS	30
5.3 ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE	42
5.3.1 – Familia significa “las mujeres de esa familia”	42
5.3.2 – La familia como sujeto de derechos	45
5.3.3 – La familia cuando es una mujer la que tiene el problema de adicción	49
5.3.4 – Cuando hombres acompañan a hombres con problemas de adicción	53
5.3.5 – La falta de formación o no en perspectiva de género en la intervención familiar sistémica es clave	54
5.3.6 - La diversidad de identidad y de orientación sexual y de género	57
06 RECOMENDACIONES Y NECESIDADES PARA LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR Y RESUMEN HALLAZGOS	58
07 BIBLIOGRAFÍA	66
08 ANEXOS	70

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio



La atención a las adicciones no puede comprenderse sin tener en cuenta el papel que desempeñan las familias. Lejos de ser un elemento secundario, las dinámicas familiares forman parte esencial de los procesos de acompañamiento, recuperación y cuidado. Este estudio se sitúa precisamente en ese foco, invitando a repensar cómo se está abordando la intervención familiar y qué aspectos deben fortalecerse para responder mejor a la realidad social.

Uno de los elementos más relevantes que se desprenden de este análisis es la necesidad de incorporar de manera decidida la perspectiva de género. La evidencia muestra que la implicación en los procesos de atención familiar no se distribuye de forma equitativa: son mayoritariamente las mujeres quienes asumen estas responsabilidades, a menudo en condiciones de sobrecarga, invisibilidad o vulnerabilidad. Esta realidad obliga a revisar prácticas y avanzar hacia modelos que no reproduzcan desigualdades.

El estudio también invita a ampliar la mirada sobre qué entendemos por familia en estos contextos. Reconocerla como sujeto de derechos implica atender sus propias necesidades, malestares y situaciones de vulnerabilidad, incluyendo aquellas relacionadas con las violencias de género o las desigualdades estructurales.

Asimismo, se subraya la importancia de dar respuesta a realidades diversas, incorporando una mirada que tenga en cuenta las barreras específicas que enfrentan determinados colectivos, así como las distintas formas en que el género condiciona las experiencias dentro del ámbito familiar y de las adicciones.

Este documento no solo aporta conocimiento, sino que señala líneas concretas de avance. Supone una oportunidad para seguir impulsando intervenciones más sensibles y centradas en las personas y sus contextos.

Desde **UNAD, la Red de Atención a las Adicciones**, confiamos en que estas páginas contribuyan a enriquecer la reflexión colectiva y a seguir impulsando avances que fortalezcan la calidad de la atención y el compromiso con la igualdad.

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of a large initial 'L' followed by a series of loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Luciano Poyato Roca
Presidente de UNAD



01

INTRODUCCIÓN

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

Este informe surge de la voluntad de explorar un ámbito del tratamiento de las adicciones en el que la proporción de personas atendidas / implicadas es la contraria de lo que viene siendo habitual en el resto de los espacios de tratamiento: la mayoría son mujeres.

No es objeto de esta investigación ahondar en las cuestiones que explican por qué las mujeres son mayoría en las atenciones a la familia desde los distintos programas de atención a las adicciones. Baste afirmar que es un hecho profundamente relacionado con el género como:

1) categoría de estratificación social que vertebra de manera estructural que las mujeres en nuestra sociedad sigan siendo mayoritariamente las encargadas de los cuidados y la atención dentro de las familias¹

y 2) potente agente de socialización que desarrolla una subjetividad e identidad – la femenina – en relación (vincular, relacional), frente a la masculina, mucho más autocentrada (individualizada, desvinculación)².

Las adicciones, o el desarrollo de la problemática, no son contextos que se escapen a esta realidad, antes al contrario: los acercamientos desde perspectiva de género al análisis de los tratamientos en drogodependencia indican que los hombres son quienes demandan principalmente tratamiento³ y las mujeres emergen mayoritariamente como figuras de apoyo (madres y parejas principalmente pero también hermanas e incluso amigas). De hecho, no podemos dejar de mencionar el relevante papel que tuvieron las madres en los inicios de la respuesta social ante lo que sucedió en los años 80 y 90 con la problemática en torno al consumo de heroína de sus hijos e hijas, y en el surgimiento de muchas entidades que componen la propia red UNAD (ya profesionalizadas a día de hoy).

De esta forma, y como veremos en apartados posteriores del informe, “familia” equivale en la práctica a “las mujeres de esa familia”. Esto no quiere decir que no emerjan hombres como posibles figuras de apoyo de la persona con problema de adicción, pero aparte de que sean muchos menos, del análisis de las fuentes primarias consultadas se extrae que aparecen diferencias que deben ser tenidas en cuenta a la hora de desarrollar la intervención. Así mismo, otra variable importante a tener en cuenta es cuando son las mujeres las que desarrollan la problemática de adicción. ¿Cómo aparece la familia?, ¿se establecen las mismas dinámicas de relación y recuperación de la persona con el problema de adicción cuando se trata de una mujer adulta? Ésta es una cuestión interesante desde perspectiva de género, ya que la práctica indica que muchas mujeres llegan a tratamiento con más falta de apoyo del entorno social inmediato (tanto pareja como familia), y que las relaciones familiares se ven afectadas/deterioradas de forma cualitativamente distinta por razón de género⁴.

Tampoco es objeto de esta investigación construir un marco teórico, o encontrarlo en el ámbito

1 Ver bibliografía de contexto añadida como ANEXO.

2 Ver bibliografía de contexto añadida como ANEXO.

3 Según datos del OEDA las medias se sitúan desde hace años en torno al 80%-85% hombres – 20%-15% mujeres, según la modalidad de tratamiento. Se pueden consultar los últimos datos disponibles para todo el territorio español en el Informe OEDA 2024.

4 En bibliografía especializada en adicciones desde perspectiva de género se recoge ampliamente esta realidad (NN.UU., 2005; Palop et al., 2005; Castaños et al., 2007; Martínez-Redondo, 2009; Arostegui y Martínez-Redondo, 2019)

de los usos de drogas y las adicciones, acerca de la construcción epistemológica de lo que se entiende por *familia*. En este texto acudimos a un común imaginario que nos sitúa en las relaciones de parentesco definidas por consanguinidad, adopción y afinidad (en sus diferentes grados: primer, segundo, etc.), y extendiendo ésta última a posibles vínculos de amistad que se interpretan como análogos a la familia en la vida de algunas personas.

Por último, es complicado encontrar publicaciones sobre intervención familiar en lo que a tratamiento se refiere, y más aún si se explora con la perspectiva de género como eje central de dicha intervención. ¿Qué papel juega la familia en los tratamientos? ¿Qué tipo de intervención específica se realiza con ella? ¿Existe perspectiva de género en lo que hacemos desde esos programas? ¿Cómo podríamos incorporarla? A pesar de la importancia reconocida de la intervención familiar, la investigación específica sobre cómo estas intervenciones se llevan a cabo y su efectividad en el contexto español es limitada. La revisión documental arroja un amplio vacío en este sentido, específicamente en materia de perspectiva de género. Para esta investigación hemos destacado aquellos aspectos relevantes o relacionados con el objeto de investigación que hemos podido encontrar, enmarcándolo en una aproximación a la teoría de la intervención familiar en adicciones en general.

Esta investigación busca generar conocimiento específico sobre la temática, proporcionando datos relevantes y específicos que puedan informar y mejorar las prácticas terapéuticas desde perspectiva de género. Al identificar las prácticas que se llevan a cabo, y las áreas que se pueden mejorar en los programas de intervención familiar desde perspectiva de género, los resultados de este estudio podrán ser de utilidad a las personas profesionales del ámbito de las adicciones, y a las administraciones públicas comprometidas con la atención a esta área.

El contenido de este documento claramente podría, y debería, ser ampliado con acciones futuras. Esperamos así que contribuya a ofrecer una aproximación al trabajo que se viene realizando desde diversas entidades de la red UNAD en esta materia, y que sirva para ofrecer líneas y horizontes de intervención que supongan una inspiración.





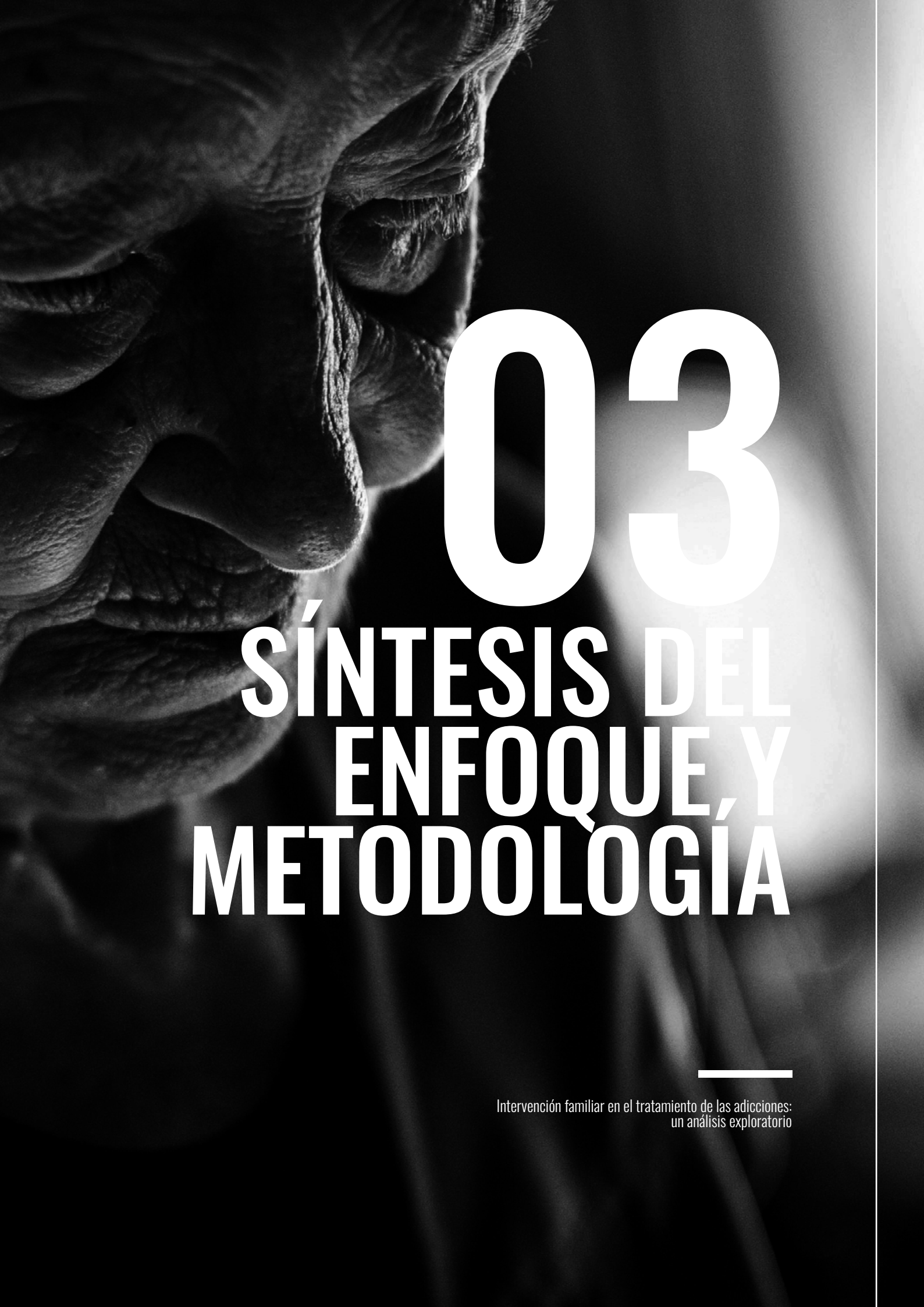
02

OBJETIVOS

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

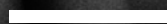
Los objetivos planteados con esta investigación han sido:

1. Realizar un primer acercamiento exploratorio a la intervención familiar que se lleva a cabo desde los programas de tratamiento en drogodependencias de la red UNAD.
2. Analizar las intervenciones y programas desde una mirada de género.
3. Contribuir a la producción de conocimiento desde perspectiva de género en la intervención con familias en el tratamiento de las drogodependencias y adicciones.



03

SÍNTESIS DEL ENFOQUE, Y METODOLOGÍA



Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

Se presenta un estudio exploratorio de tipo cualitativo analítico-descriptivo, que emplea la perspectiva de género y la perspectiva interseccional como marcos de análisis de la información obtenida.

Como viene siendo habitual en las investigaciones realizadas desde UNAD, se ha contado con la participación de un Grupo Motor conformado por personas expertas pertenecientes a la Red, que en este caso realizan intervención con familias. El papel de este grupo ha sido el de aportar de forma activa los conocimientos y experiencias de la red UNAD a la investigación, y han realizado un seguimiento de la misma a lo largo del proceso.

Se ha procedido a realizar una revisión documental de las investigaciones disponibles en el Estado español y/o documentos que recojan experiencias de intervención familiar. Se ha procedido a realizar una búsqueda en bases de datos académicas y también de divulgación de documentos y publicaciones en entidades del Tercer Sector dedicadas al ámbito de las adicciones. La relación de fuentes consultadas y empleadas se encuentra en la Bibliografía con las correspondientes referencias a lo largo del texto de este documento.

También se ha recogido información a través de las siguientes fuentes primarias:

- Base de datos de UNAD: se ha realizado una revisión a través del Informe del Perfil de personas atendidas por UNAD. Se han revisado los informes del Perfil de UNAD de 2018 hasta 2024, específicamente en su sección de Servicios de Atención a Familiares.
- Cuestionario⁵: se ha diseñado de forma específica en el marco de esta investigación un cuestionario cuyo objetivo era recabar información de carácter descriptivo y comprensivo de las acciones. Se ha enviado a toda la red UNAD para la detección y descripción de experiencias desde perspectiva de género e identificación de informantes clave. Se han recibido un total de 31 respuestas de las cuales 2 no han sido válidas. Por tanto, se cuenta con un total de 29 cuestionarios válidos.
- Entrevistas a informantes clave del Grupo Motor. Se han realizado cinco entrevistas. En todas ellas se ha seguido un guion de entrevista semiestructurada orientada a identificar elementos clave desde perspectiva de género en la intervención familiar.
- Las reuniones y seguimiento con el Grupo Motor. Se han mantenido dos reuniones de dos horas de duración cada una: el 27 de mayo y el 12 de diciembre de 2025. En la primera se abordó específicamente la elaboración del cuestionario, y en la segunda los hallazgos preliminares una vez analizada toda la información y presentado el informe borrador. Se han incorporado las sugerencias y aportaciones del conjunto de profesionales expertas en el apartado correspondiente al análisis de las entrevistas a informantes clave.

Así mismo, se han mantenido coordinaciones a través de correo electrónico y mensajería instantánea con algunas personas del Grupo Motor en relación a aspectos concretos relevantes dentro de la investigación.

5 El formulario se encuentra disponible como ANEXO.

Se ha procedido a analizar toda la información recogida para elaborar un informe descriptivo y analítico desde la perspectiva de género como eje central, y algunas aportaciones de la interseccionalidad y el enfoque diferencial.

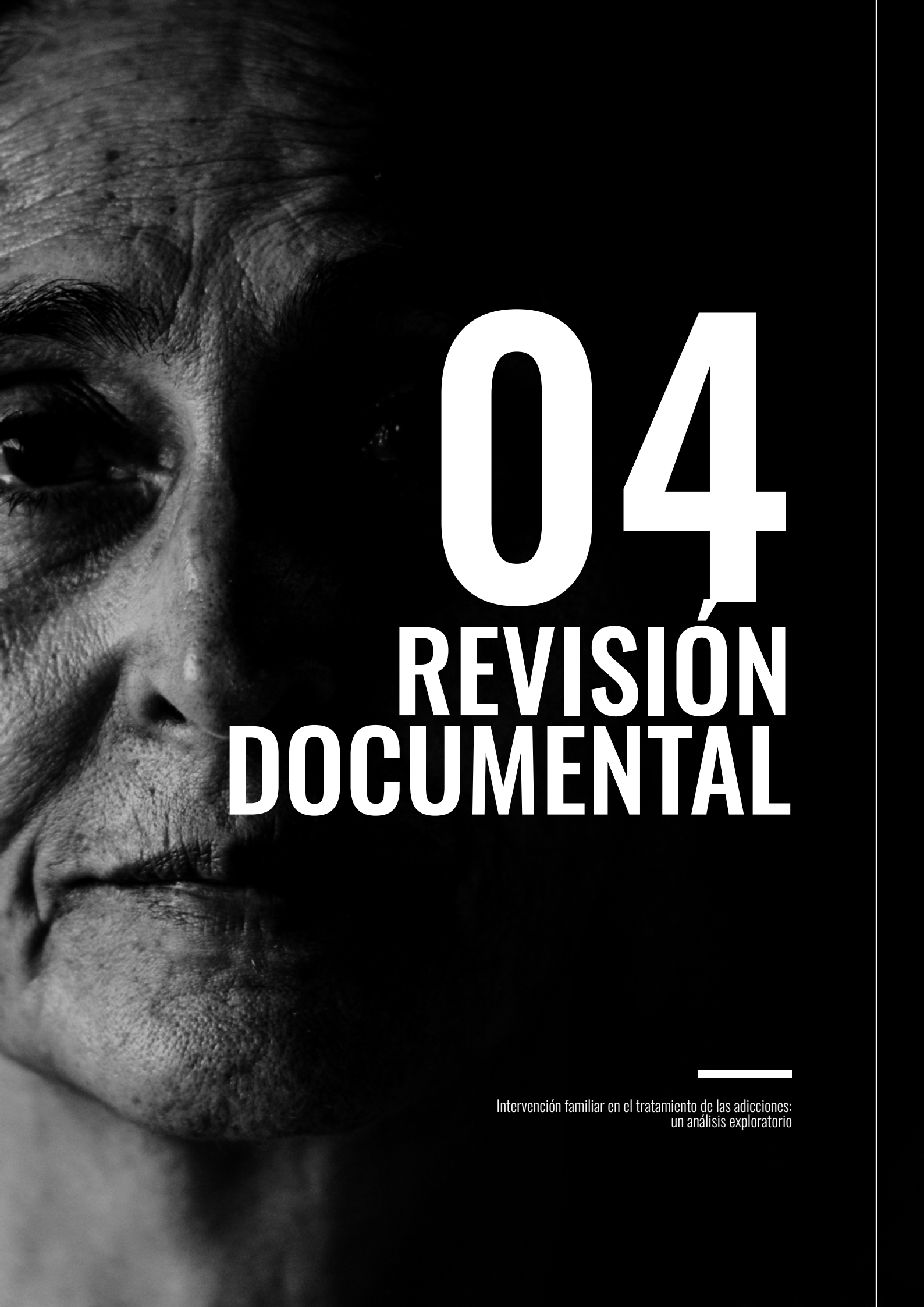
LIMITACIONES AL ALCANCE

- Muestra parcial de la totalidad de entidades de la red UNAD que prestan algún tipo de atención familiar. Según los datos del Informe de Perfil de UNAD 2024, 47 entidades reportan datos sobre atención a la familia. Se han recibido 29 cuestionarios válidos que corresponden a un total de 21 entidades. Es decir: se ha obtenido información del 45% de la muestra a la que se podría haber tenido acceso, y los resultados obtenidos no pueden a priori extrapolarse al 55% restante de las entidades que realizan algún tipo de intervención familiar en la red UNAD.

- En relación a la muestra también es reseñable (no como límite necesariamente, pero sí como un elemento a tener en cuenta) que para esta investigación no se ha accedido a espacios de tratamiento no mixtos y el posible trabajo familiar que realizan, de forma que hubiesen podido establecerse análisis diferenciales desde perspectiva de género entre espacios mixtos y no mixtos en el trabajo familiar desarrollado.

- El estudio analiza información procedente de diversas herramientas: cuestionarios, entrevistas en profundidad, revisión documental y aportaciones del Grupo Motor en sesiones de revisión. Cada una aporta un tipo de evidencia distinto y complementario, pero casi todas presentan limitaciones específicas:
 - Cuestionario: Las respuestas obtenidas vía cuestionario han sido diversas. Algunas recogen mucha información, detallada y relacionada con perspectiva de género, mientras que otras ofrecen información escasa o incompleta. Esto repercute directamente en la profundidad del análisis que puede realizarse desde perspectiva de género.
 - Entrevistas en profundidad: responden a la posición de cada profesional entrevistada y su labor dentro de su propia entidad, por lo que sus análisis no se refieren a un enfoque general del campo de la intervención familiar en adicciones.
 - Revisión documental: el objeto de este estudio no sería analizar la intervención familiar en adicciones en general, sino hacer dicho ejercicio desde perspectiva de género. Como se ha señalado en la Introducción del estudio, la muestra documental útil para esta investigación es escasa. Se han revisado muchos más documentos de los relacionados en el texto y bibliografía, circunscribiendo la misma solo a las fuentes efectivamente empleadas para el análisis documental.





04

**REVISIÓN
DOCUMENTAL**

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

Hace tiempo que se reconoce la importancia de la terapia familiar en el contexto del tratamiento de los usos problemáticos de drogas y las adicciones, ya que la familia puede tener un papel protagonista tanto en las dinámicas que forman parte del inicio y mantenimiento del consumo, como en los procesos de solución y éxito en la recuperación. Como se recoge en Marcos y Garrido (2009:339):

«En cualquier caso, las adicciones eran abordadas como aspectos intrínsecos al sujeto y por tanto requerían una terapia centrada en el individuo. El problema fue conceptualizado bajo el epígrafe de adicción o dependencia a sustancia, lo que obligó no sólo a legislar, sino a atender a las personas afectadas por el consumo, dentro de una asistencia cada vez más necesaria y reglada (Pascual, 2009). En este contexto, relativamente adverso, comienza a desarrollarse el movimiento de la terapia familiar. Surge en parte como respuesta a las propias limitaciones del tratamiento individual: el fracaso de las terapias centradas en el individuo para proporcionar una solución a los problemas de pareja y a los problemas de padres e hijos; la observación de recaídas que a veces ocurrían cuando pacientes que habían sido tratados regresaban a sus familias; el entorno inestable y problemático que se observaba en una gran mayoría de pacientes; y la observación de que este entorno se relacionaba estrechamente con la evolución del paciente, hasta el extremo de que cuando las familias estaban pasando por una situación conflictiva, de crisis, sucedía que la mejoría del paciente se acompañaba de un empeoramiento de la familia y viceversa. Todo ello contribuyó a un creciente desencanto con respecto a aproximaciones exclusivamente centradas en el individuo en psicoterapia»

Publicaciones de referencia en la materia (Becoña y Cortés, 2008 y 2011) refuerzan la evidencia de que la implicación de la familia en el plan terapéutico influye en el desarrollo del mismo, y tanto en dichas publicaciones como en otras consultadas (Rowe, 2013; Rodríguez Martín et al., 2019; Pinzón y Calvo, 2021), se explican y exponen los programas de atención familiar, destacando: la Terapia Familiar Breve Estratégica, la Terapia Familiar Multidimensional y Multisistémica, y la Terapia Conductual Familiar y de Pareja.

En la mayoría de estudios consultados, encontramos una completa opacidad de género⁶, e incluso la narrativa empleada desvela en ocasiones que pudiera ser que “la evidencia” se circunscriba en realidad a pacientes hombres heterosexuales⁷:

6 La opacidad de género es un mecanismo por el cual se realizan análisis de la realidad que no incorporan las diferencias y desigualdades estructurales entre hombres y mujeres, y se diseñan actuaciones dirigidas a la población en general presuponiendo que su aplicación es neutra y universal. Si no se desvelan los condicionantes de género nuestra acción posiblemente esté fundamentada en una noción androcéntrica de la realidad observada e incluso puede que lleguemos a reproducir elementos sexistas y violencias. “La opacidad de género presupone que tanto el conocimiento como las actuaciones que de él se derivan han sido diseñados con el fin de beneficiar a las personas en conjunto, sin que quepa distinción entre mujeres y hombres, u otras diferencias. Se tiende a pensar que todas las intervenciones que no hacen expresamente una distinción de género son neutrales o no sexistas, es decir, que no se apoyan en un conocimiento sesgado ni generan efectos desiguales entre las personas.” Fernández de Vega de Miguel, Ana (2017) “La opacidad de género en tres puntos”, blog de lecturas feministas y consultoría de género. Disponible en <http://anafernandezdevega.es/la-opacidad-de-genero/>

7 No hemos podido comprobar los datos de origen, o si en los estudios referenciados se refleja o no la muestra de pacientes con una clara intencionalidad desde PG. Desde este estudio nos aventuramos a pensar que no se refleja, puesto que es algo común en la producción de conocimiento científico, tal como explicamos en la nota a pie de página anterior, referida a la opacidad de género.

«Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones familiares y de pareja han encontrado en la mayoría de ellos resultados positivos tras la aplicación de este tipo de estrategias (Miller et al., 1995). Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell con pacientes alcohólicos han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991), los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de seguimiento respectivamente que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990), en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que **se había incluido a las esposas**, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.» (Becoña y Cortés, 2008:85) (en resaltado en negrita es nuestro)

En general no encontramos en estos estudios, ni en aquellos a los que hacen referencia⁸, datos (ni de las personas en tratamiento ni de las personas familiares a las que se refieren) desagregados entre hombres y mujeres en la información cuantitativa y, por tanto, tampoco en la información cualitativa y de análisis⁹.

La excepción podemos encontrarla en obras de la Terapia Sistémica, que, hundiendo sus raíces en teorías psicoanalíticas, sí establece diferencias cuando la persona con el problema de adicción es hombre o mujer, y las relaciones diferenciales que se dan en el seno de la familia con esta situación según sean padre – madre – hijo – hija en sus posibles combinaciones (Stanton, Todd y cols., 1996 [1985] o Minuchin, 2003 [1974]). Sin embargo, desagregar datos y exponer las diferencias observadas no conlleva *per-se* que se incorpore el enfoque de género; de hecho, estos trabajos también se caracterizan en general por la opacidad de género, y pueden incluso realizar afirmaciones que reproduzcan un imaginario androcéntrico y sexista, fruto de un análisis carente de las aportaciones teóricas de la perspectiva de género:

«Los resultados obtenidos en la investigación [...] coinciden con la propuesta de intervención que realizan Stanton, Todd y Cols. (2006) quienes consideran que en el caso de los hombres con problemas de adicción la madre está involucrada en una relación indulgente, apegada, sobreprotectora y permisiva con el hijo, que ocupa la posición de "hijo favorecido", mientras que el padre es distante, despegado, débil o ausente (2006). Las relaciones padre-hijo en las familias de personas con problemas de adicción son descritas por éste como muy negativas, con una disciplina ruda e incoherente, donde se pueden observar dos tipos de padres, un "hombre de paja" autoritario y violento pero fácilmente controlado por la madre; los hermanos del varón con problemas de adicción suelen tener una relación más positiva con el padre, en

8 Como norma general metodológica, cuando en un artículo o publicación encuentro referencias a otras obras, suelo acceder a la fuente original siempre que me es posible para comprobar si existían datos desagregados y/o análisis desde PG, o por el contrario también presenta opacidad de género. No siempre es posible acceder a todas las fuentes originales.

9 Para esta revisión documental hemos realizado de manera superficial una consulta de fuentes anglosajonas que abordasen la terapia familiar en adicciones, buscando materiales que incorporasen la perspectiva de género. Son pocos los libros y artículos consultados, pero es de destacar que con búsquedas simples en las bases de datos se puede encontrar abundante producción sobre intervención familiar y diferencias de género, así como intervención con mujeres que conviven con hombres con problemas con el alcohol (resaltando como contraste especialmente aquellos que mencionan los grupos AL-ANON, la versión de Alcohólicos Anónimos para familiares y amistades de las 'personas alcohólicas', que no incorporan la perspectiva de género como marco de análisis).

el caso de las mujeres están en abierta competencia con las madres, mientras sus padres se caracterizan por ineptos, indulgentes, sexualmente agresivos y a menudo con problemas de alcoholismo (Stanton y cols., 2006).» (Castillo, Pérez y Rábago, 2018:993-4)»

Cuando Rowe (2013) realiza una revisión de los estudios y evidencia sobre terapia familiar en el contexto de los abusos de drogas y adicciones, reporta la existencia de programas que se fundamentan en las relaciones familiares para facilitar la participación de las personas con problemas de adicción en programas de tratamiento. Destaca entre ellos el *Engaging Moms Program (EMP)*, que centra su intervención con mujeres consumidoras que son madres:

«La EMP (Dakof et al., 2003) es un innovadora intervención de reclutamiento y retención para el tratamiento por consumo de drogas en el hogar y en la comunidad, basada en la familia. La EMP es la única entre los modelos centrados en adultos que tienen sus raíces en la terapia familiar sistémica para el tratamiento de consumo de drogas, así como el desarrollo relacional de las mujeres y los modelos de intervención familiar de prestación de servicios. Dakof et al. (2003) reportaron resultados del primer ensayo aleatorizado para probar la eficacia de la EMP con 103 mujeres negras madres de bebés expuestos a drogas (...) Las madres en EMP tuvieron significativamente mejores resultados a los 18 meses en términos de graduación de la dependencia judicial (EMP 68%, ICS 53%), de las disposiciones positivas del bienestar del niño (77% vs 55%), de la disminución del consumo de drogas y de los síntomas psiquiátricos y la mejora del funcionamiento de la familia y las prácticas de educación paternas.» (ibíd. 2013:33-34)

Aunque conviene resaltar cualquier acercamiento que se desplace de la dialéctica “interés superior del menor versus el problema de adicción de la madre” y que proponga una intervención integral de la unidad familiar, en este caso no aparece referencia alguna al papel que juega el género como sistema de organización social en el desarrollo de la maternidad, y sus implicaciones para con la problemática de la adicción. Tampoco reflexiona de forma crítica sobre que este programa se desarrolle específicamente con mujeres (ni se detiene en el detalle de que sean todas negras) y no con hombres drogodependientes que tengan hijos/as, y que este hecho tanto como sus resultados, son precisamente por razón de género¹⁰. E incluso extrapola los resultados de este programa a la generalidad de las personas, hombres y mujeres, sin tener en cuenta el género ni otros ejes estructurales de subordinación/privilegio (racialización, clase social, orientación sexual, etc.): *«Por lo tanto, la EMP es una intervención considerablemente prometedora para facilitar la participación en el tratamiento, así como para mejorar los resultados a más largo alcance del individuo y la familia.» (ibíd. 2013:33-34)*

Negrete y García (2023) llevaron a cabo un estudio en México donde se ha intervenido desde terapia familiar sistémica con mujeres familiares de “personas con abuso de sustancias psicoactivas”.

10 En los procesos de las mujeres la maternidad aparece como preocupación interna y externa en tanto que atribución por rol de género, de manera que es motor de cambio (y paradójicamente también factor de riesgo y mantenimiento del consumo problemático). En los procesos de los hombres la paternidad pocas veces aparece como motor real de cambio, y muestran una mayor desvinculación subjetiva y social de este hecho. Esto aparece explicado en diversas publicaciones nacionales e internacionales de forma recurrente: Palop (2000); Rodríguez et al. (2005); NIDA (2005); Martínez-Redondo (2009); Arostegui y Martínez-Redondo (2018).

Este texto parte de la noción de *codependencia* y aunque acude a explicaciones donde mencionan los roles y estereotipos de género para explicar la prevalencia en mujeres de este trastorno:

«Las diferencias intergénero halladas en el trastorno de codependencia podrían ser atribuibles -en parte- al propio entrenamiento de la mujer como cuidadora (protectora, capaz de amar sin reservas, abnegada, complaciente, amante incondicional, con capacidad de renuncia, altruista, etc.) lo cual forma parte del imaginario colectivo, de las representaciones sociales dominantes, de los roles y estereotipos de género y de las tendencias actitudinales prevalentes (Moral & Sirvent, 2007). Es por esto que se consideró utilizar algunas técnicas de la terapia narrativa (como la externalización y las excepciones) para trabajar con las participantes de la presente investigación.» (Negrete y García, 2023:53)

tampoco menciona en ningún momento un posible enfoque desde perspectiva de género ni explora de manera crítica que esos roles y mandatos (así como las cualidades que describe de “la mujer como cuidadora”) forman parte de todo un entramado de aprendizaje social y estructura de relaciones desiguales entre hombres y mujeres, resultando que el sistema social se mantiene y reproduce precisamente en esa especie de *status quo* dentro de la familia, donde cada cual ocupa su lugar.

Encontramos enfoques alternativos en trabajos como los de Knudson-Martin (2013) orientados a la terapia dentro de la pareja:

«El poder es relacional. Se refleja en como las necesidades, intereses y metas de cada miembro de la pareja influyen en el otro. Quienes están en posiciones de poder tienden a estar menos conscientes, menos sintonizados con las necesidades e intereses de sus subordinados (Parker, 2009). Además—y esto es importante—su posición de poder tiende a serles más bien invisible. ¿Se refleja esto en quien es la persona que se da cuenta? ¿Quien se siente con el derecho de expresar sus necesidades o de que estas sean satisfechas? ¿Quien se acomoda u organiza en torno a la otra persona? ¿Quien responde ofreciendo cuidados? Las personas con escaso poder automáticamente tienden a responder y adaptarse al otro miembro de la pareja (Mahoney & Knudson-Martin, 2009). Por consiguiente, las personas pueden estar en una posición de poder pero no sentirse poderosas (Kimmel, 2009). Las relaciones con dificultades emocionales importantes tienden a organizarse en torno de los intereses del miembro que tiene más poder, a menudo sin una intención consciente (Knudson-Martin & Huenergardt, 2010).» (Knudson-Martin, 2013:02)

De hecho, es en el mismo seno de la Terapia Sistémica que podemos hallar trabajos críticos con la ausencia de la perspectiva de género, y que sitúan en el centro de sus reflexiones las desequivalencias de poder entre hombres y mujeres dentro de la familia: Goodrich, Rampage, Ellman, y Halstead, 1989; Macias-Esparza y Laso, 2017; Saco, Irueste y Loyola, 2020.

En uno de los artículos consultados encontramos toda una declaración de intenciones ya en sus primeros párrafos (Macias-Esparza y Laso, 2017:130):

«En la actualidad, la mayoría de las y los terapeutas familiares y de pareja pueden coincidir en que la discriminación y los prejuicios basados en el sistema sexo/género, —también

llamado sexismo-, son profundamente negativos y iatrogénicos. En palabras de Medina: [El discurso machista] oprime, rechaza, estigmatiza y excluye cualquier forma de vida que se genere distinta a la retórica del mito de la familia nuclear machista... En este tipo de cultura [las personas] estructuran sus códigos morales con un discurso paradójico que lleva a las personas a enfermar. Por ejemplo, un divorcio, una madre soltera, un hijo sin padre o ser homosexual, las personas lo viven con un gran rechazo moral por la red familiar y comunitaria a la que pertenecen y, por otro lado, hay una total indiferencia al maltrato y abuso familiar, se conciben como normal. (Medina, 2011; p. 295).

Es un hecho indiscutible que la discriminación de género existe en muchas esferas: política, económica, laboral, académica, social. Sin embargo, la mayoría de psicoterapeutas creen que las categorías, técnicas y diagnósticos que emplean en su práctica están exentos de esta discriminación y prejuicios; que son imparciales, independientes del género, orientación sexual, clase y condiciones sociales de quienes los ejercen y quienes los reciben; en suma, que son objetivos. Contrariamente a esta creencia, afirmamos, junto con Gergen y McNamee, (1996), que "las teorías y prácticas terapéuticas tienen un fuerte sesgo ideológico. La profesión de la salud mental no es ni política ni moralmente neutral y tampoco son neutrales sus evaluaciones"»

Y advierten algo imprescindible:

«Dado que todas las personas, incluidas las y los terapeutas, fuimos educadas y socializadas en familias y culturas donde existen contenidos sexistas, racistas, clasistas, homofóbicos y discriminatorios (Zimmerman y Haddock, 2001), es lógico pensar que, sin una visión crítica y sensible al género, los psicoterapeutas podrían participar e incluso (re)producir de manera involuntaria procesos de iatrogénesis y exclusión social en su trabajo cotidiano, convirtiendo a la empresa terapéutica en un instrumento de la desigualdad y no del cambio.» (Ibíd.)

De hecho, este artículo realiza un análisis desde perspectiva de género de los elementos centrales de la Terapia Sistémica, y expone un caso concreto para ver las diferencias entre aplicar la PG y no aplicarla en el desarrollo del mismo y en las consecuencias para las personas implicadas en la terapia. No es objeto de esta investigación reproducir dichas indicaciones, pero sí señalar que el material está publicado y la conveniencia de su aplicación en los estudios y trabajos que se lleven a cabo específicamente en adicciones¹¹.

Se recomienda consultar en los anexos la relación de bibliografía recomendada para la intervención familiar incorporando el enfoque de género.

¹¹ Las autoras de este artículo son mexicanas, y profundizando en la producción teórica de México, hemos hallado una línea de trabajo de Terapia Sistémica Familiar con enfoque de género, ligada fundamentalmente a la organización civil: Centros de Integración Juvenil (CIJ). Es de destacar la Tesis *Modelo de Terapia Familiar Multidimensional con Perspectiva de Género para la Atención de las Adicciones y la Violencia Familiar*, de Fernández Cáceres, 2015.



05

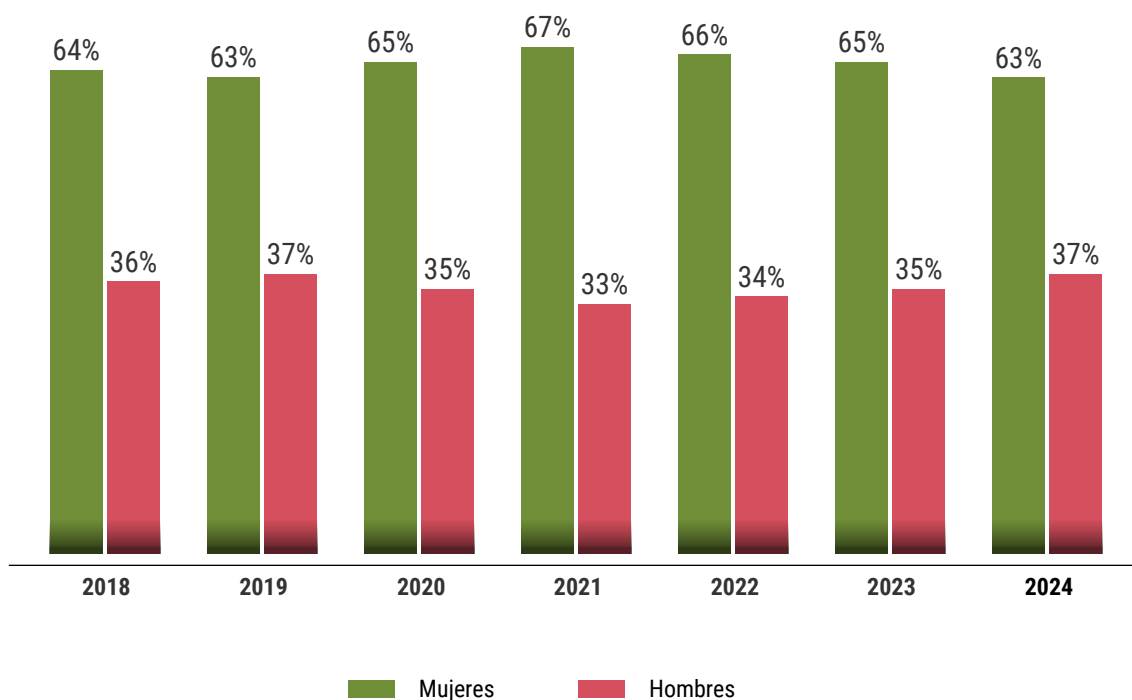
**RESULTADOS
DEL TRABAJO
DE CAMPO**

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

5.1 INFORME DEL PERFIL UNAD

Como ya se ha señalado en el apartado metodológico: se han revisado los informes del Perfil de UNAD de 2018 hasta 2024, en su sección de Servicios de Atención a Familiares.

Porcentaje de personas atendidas en los servicios de atención a familiares de la Red UNAD.



Conclusión general: **el número de mujeres atendidas es siempre superior al de hombres en estos servicios**, situándose la proporción de manera estable en torno al **65% mujeres – 35% hombres**, con pequeñas variaciones arriba y abajo según los años.

En ambos casos se trata de madres y padres mayoritariamente, seguido de la pareja y después hermanas/os y otras figuras familiares.

Sería recomendable relacionar cuántas de estas figuras familiares lo son, y en calidad de qué, de mujeres en tratamiento y cuántas de hombres en tratamiento, aunque es evidente que, por número de población atendida en la red, la mayoría de familiares lo son de hombres en tratamiento.

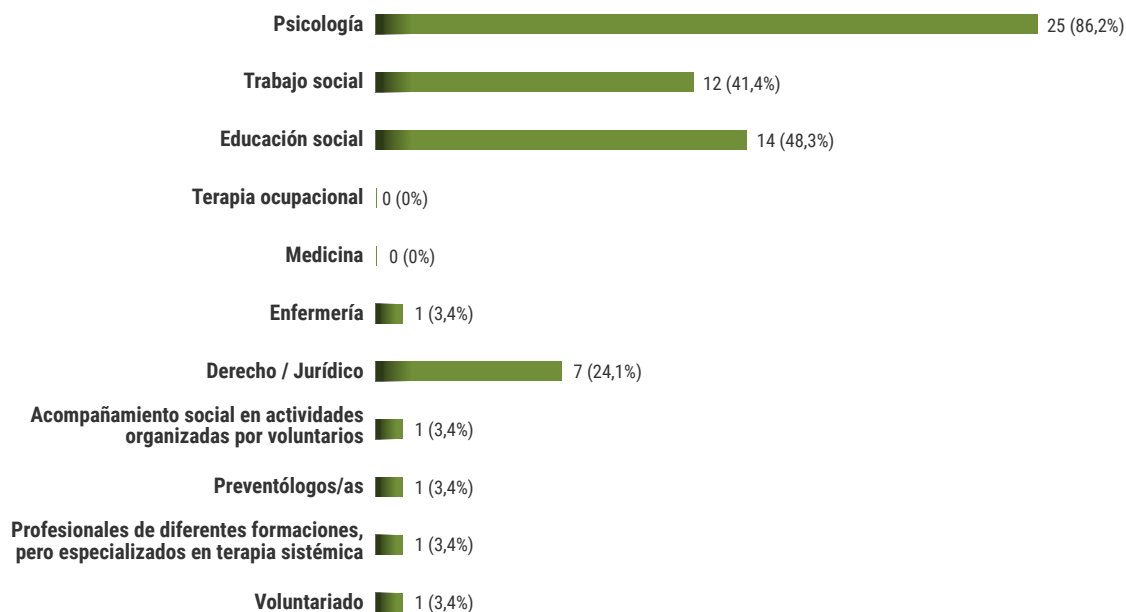
5.2 CUESTIONARIOS

Se han recibido un total de 31 respuestas de las cuales 2 no han sido válidas. Por tanto, se cuenta con un total de 29 cuestionarios válidos.

De las 29 respuestas, 16 refieren no contar con ninguna financiación específica para el programa (6 – 20'7%) o insuficiente/parcial (10 – 34'5%), y el resto (13 – 44'8%) sí la tendrían. Esto trae como resultado que un 55% de las entidades no cuentan con financiación específica o ésta es insuficiente. Sin embargo, es de destacar que de las respuestas que refieren sí tener financiación específica, 7 pertenecen a una misma entidad que tiene un amplio programa de intervención con familiares, y cuya naturaleza y objetivos están directamente relacionados con dicha atención independientemente de que la persona con la problemática de adicción esté en tratamiento o no. De esta forma, aunando esos 7 cuestionarios en 1 entidad, obtenemos entonces que **casi un 70% de las entidades que han respondido al cuestionario no cuentan con financiación específica para el desarrollo de la atención a familiares.**

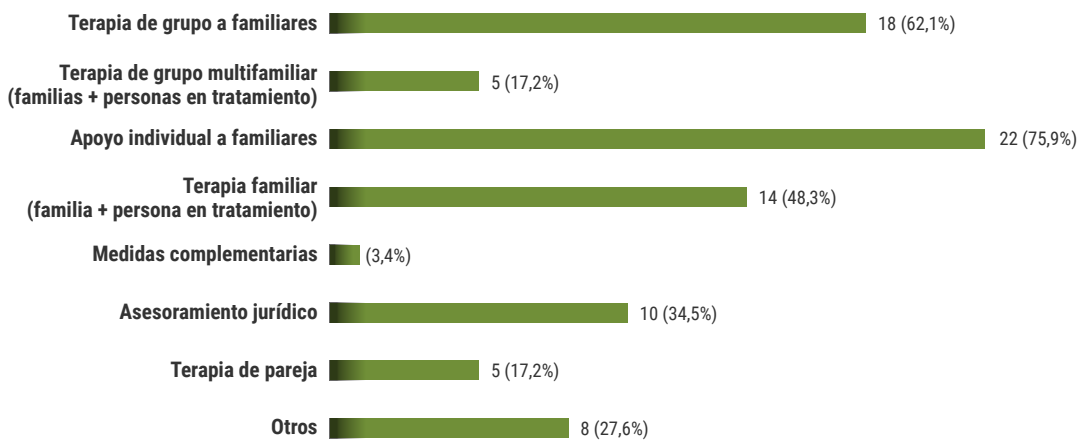
Las profesionales que principalmente desarrollan la atención son las de psicología, seguidas de educación social, trabajo social y derecho/jurídico.

¿Qué profesionales realizan la intervención directa con las familias?



El tipo de intervención que se realiza sobre todo es el Apoyo individual a familiares, seguida de cerca por las Terapias o grupos de familiares (con una o varias unidades familiares), y en tercer lugar lo que se correspondería con el trabajo conjunto con la familia y la persona en tratamiento, teniendo especial relevancia la terapia de pareja.

Tipo de intervención que realizáis



Al preguntar posteriormente por la **metodología empleada**, se señala que en general no se siguen manuales o guías específicas. Muchas intervenciones se fundamentan en contenidos estándar de trabajo familiar, y destaca como aspecto común que no hay un límite de sesiones, ya que las intervenciones se adaptan a la familia y sus necesidades. Otras intervenciones sin embargo se fundamentan en sesiones grupales una vez al mes, con varias familias, en las que se tratan temas genéricos relacionados con la adicción. Destacan también las intervenciones integrales, desde una perspectiva sistémica.

Sin embargo, **la opacidad de género en las descripciones, aunque detalladas y organizadas, se hace evidente.**

“La atención se lleva a cabo desde una perspectiva integral ofreciendo apoyo en momentos de crisis y/o procesos de cambio, favoreciendo una comunicación familiar positiva orientada a la recuperación de la jerarquía familiar a la vez que se dota a la familia de técnicas adecuadas para acompañar el proceso y darles el protagonismo necesario para cubrir sus propias necesidades emocionales. Tanto para la atención individual como para la familiar, prevalecerá el enfoque humanista, integrando recursos de intervención de otras orientaciones metodológicas: comunicación intrafamiliar, resignificación emocional, modelado para

la resolución de conflictos, psicoeducación, entrenamiento de técnicas de respiración y atención plena, establecimiento de normas y límites, role-playing, cambio de roles, espejo, dramatizaciones, línea de vida de la persona y/o familia.

Los objetivos principales de la intervención psicológica familiar son:

- Conocer la estructura de la familia: roles, alianzas y dinámicas de relación entre los miembros.*
- Analizar las creencias, valores, expresión de afectos, comunicación y resolución de problemas en la familia y cómo se han transmitido en las familias de origen.*
- Identificar la función que cumple el síntoma del consumo en la familia, qué expectativas tienen respecto al problema, qué aspectos creen que son disfuncionales y hay que modificar, así como sus expectativas de cambio.*
- Lograr una mejora en el estado anímico general, logrando reducir sentimientos de ansiedad y de culpa.*
- Mejorar la calidad de la comunicación familiar, facilitando la expresión emocional y la resolución de conflictos.*

No hay límite de sesiones.”

“Tras la etapa de acogida (en la que se priorizan aspectos básicos de escucha activa y contención emocional, realizando generalmente una breve recogida de información (en muchas ocasiones de manera implícita) que permita una valoración inicial de la demanda y valoración acerca de la problemática presentada por el paciente/familia y la relación actual y pasada entre ambos, teniendo en cuenta aspectos estructurales y relacionales, grado de conocimiento de la problemática del paciente, su disponibilidad e implicación, dificultades familiares adicionales, etc), se producen diversos tipos de intervención con la finalidad de formar e informar, e intervenir:

- Información general adicciones tóxicas y no tóxicas*
 - Orientación sobre el tratamiento*
 - Información específica sobre el problema de el/la paciente y su evolución*
 - Intervención familiar individual*
 - Intervención familiar grupal*
 - Intervención específica para familias de adolescentes”*
-

“Utilización de presentaciones y dinámicas de elaboración propia, durante ocho meses con periodicidad semanal o quincenal, entre 10-20 sesiones de una hora y media de duración “

“Las intervenciones que se llevarán a cabo girarán en torno a la educación para la salud entre las personas usuarias de nuestros recursos. - Prevención de Adicciones Física/ Comportamentales. - Juego Patológico. - Nuevas Tecnologías. - Cannabis y Alcohol. Prevención de ITS: - ETS. - Sexualidad en la Adolescencia. - Educación y Valores en la Familia. - Importancia de las Habilidades Sociales en el núcleo familiar. - Resolución de Conflictos.”

“No se emplea un manual, sesiones de 1h cada 3 semanas o un mes; no hay un número de sesiones establecido”

“Los objetivos y actividades se abordarán desde estos ámbitos:

Desde el ámbito social:

- *Fomento de habilidades sociales: desarrollo de habilidades de comunicación e interacción, detección de situaciones de violencia y cómo actuar ante ellas.*
- *Detección de situaciones de riesgo y urgencia social en las familias.*
- *Derivaciones y coordinación a recursos sociales y servicios comunitarios.*
- *Coordinación con otros recursos para valoraciones, seguimientos...*
- *Nexo de unión entre familiares, pacientes y red de asistencia sanitaria y social*
- *Información sobre tramitaciones de discapacidad, valoración de dependencia, curatelas económicas y tutelas.*

Desde el ámbito psicológico:

- *Formación sobre las características de la adicción que padece el familiar (acuda o no tratamiento).*
- *Orientación individual: encaminada al aprendizaje de habilidades y estrategias.*
- *Orientación individual y grupal: encaminada a una adecuada atención a la salud y autocuidado personal de la familia y al refuerzo de la autoestima.*
- *Formación grupal para el aprendizaje y perfeccionamiento de habilidades y estrategias personales y familiares: habilidades de comunicación, establecimiento de límites y consecuencias, abordaje de las expresiones y conductas de violencia del familiar adicto.*
- *Terapia Familiar: dirigida a gestionar los conflictos entre los miembros de la familia estableciendo nuevos canales de comunicación y favoreciendo el establecimiento de acuerdos.*
- *Intervención psicoterapéutica a los familiares que lo precisen. “*

“Es muy variable en función de la intervención dónde se realiza. En los centros residenciales, la familia participa desde el principio hasta la finalización del tratamiento. Por tanto, puede ir desde los 4 meses hasta el año. Las sesiones de grupo pueden ser quincenales o mensuales, en función del servicio. La demanda de atención individual familiar es variable. Utilizamos partes teóricas de bibliografías o de formaciones académicas que hemos recibido, asistencia a Jornadas...”

“Los grupos de familia son grupos abiertos que se hacen de forma mensual, con lo cual se hacen entre 11 i 12 sesiones al año y son voluntarios, con lo cual pueden en cada sesión unirse distintas personas. No hay una temporalidad concreta para las terapias familiares y/o de pareja ya que se hacen en el caso que los profesionales o la persona usuaria crean que sea necesario y nos adaptamos a la realidad de cada persona i/o familia.”

“El programa de atención familiar tiene proceso propio: acogida a familia, derivación al equipo de psicólogas para atención individual sin límite de sesiones, derivación a grupos terapéuticos, derivación a grupos de ocio que se pueden compaginar, así como las atenciones legales y después de un seguimiento, alta.”

“Grupos: Sesiones abiertas y voluntarias guiadas por una psicóloga y un educador con el objetivo de mejorar la comprensión de la problemática adictiva. Apoyo individual: Entrevistas individuales de acompañamiento familiar para trabajar aspectos que les preocupan y buscar estrategias de intervención. Abierto a personas que no tiene al familiar en tratamiento Terapia familiar: sesiones guiadas por una psicóloga y la educadora referente para trabajar aspectos relacionales”

Al preguntar por el **perfil de atención principal**, las respuestas coinciden con lo expresado en los Informes del Perfil de las Adicciones de UNAD: la atención que se presta es principalmente a mujeres, mayoritariamente madres y parejas de las personas atendidas (que son mayoritariamente hombres).

Previo a la descripción del perfil principal de personas atendidas, en el cuestionario se ha preguntado por los objetivos de la intervención, metodología, y demás detalles cualitativos, que se deben describir en una respuesta abierta. Es decir: se ha optado por no condicionar dicha respuesta

con respuestas cerradas/acotadas en un listado. **Como se ha señalado anteriormente, en todos los cuestionarios respondidos hay una clara opacidad de género¹² en esta primera descripción** (con la excepción de 2 casos), esto es: la perspectiva de género, o una posible sensibilidad ante la misma, no aparece reflejada específicamente en ninguna de las descripciones redactadas por las y los profesionales. No es sino hasta la **pregunta 16** del cuestionario (ver ANEXO) que **se pregunta específicamente acerca de si consideran que su programa de atención a familiares tiene o no perspectiva de género**: un 76% de los programas (22 cuestionarios) han referido que sí, y el 24% restante que no (1) o de manera parcial/insuficiente (6). **Un análisis cualitativo de las respuestas dadas en las siguientes preguntas del cuestionario** (de respuesta abierta) nos indica lo siguiente:

- De los 6 cuestionarios que han contestado que tienen la perspectiva de género incorporada de manera insuficiente, 4 de ellos sin embargo sí describen y exponen claramente elementos relacionados con su aplicación práctica en las intervenciones familiares, y/o definen correctamente los elementos centrales de la categoría género como eje de desigualdad entre hombres y mujeres.
- Paradójicamente, de los 22 cuestionarios que han respondido que sí tenían incorporada la perspectiva de género, solo 8 consiguen describir elementos concretos de su aplicación y/o definir correctamente la categoría. Los 14 restantes no han definido elementos concretos, empleando frases generalistas (como, por ejemplo: *"la perspectiva de género es transversal a todas las actuaciones de la entidad"*) o describiendo elementos relacionados con la intervención familiar que nuevamente presentan opacidad de género.

Todo lo anterior nos lleva a deducir **tres cuestiones importantes desde perspectiva de género**:

1) casi todos los cuestionarios presentaban opacidad de género en su descripción general de los programas, y solo ante una pregunta concreta sobre la aplicación de la perspectiva de género y posterior descripción de dicha aplicación es cuando describían elementos específicos relacionados. Esto ha sucedido tanto en los cuestionarios que indicaban que tenían incorporada la perspectiva de género (y sí la tenían efectivamente) como en aquellos que marcaban tenerla incorporada de manera insuficiente pero que sin embargo definían luego elementos concretos de su incorporación. Por tanto, se deduce que, **aunque se tenga la formación y sensibilidad en la materia, se tiende a describir el programa con una serie de generalidades referidas a la intervención sin incorporar de forma transversal la perspectiva de género en dicha descripción** (objetivos directamente relacionados; áreas de intervención diferencial específicas; actividades dirigidas exclusivamente a mujeres desde perspectiva de género; etc.) **y de ahí que presenten opacidad de género a no ser que se pregunte específicamente sobre ello.**

2) que solo 8 de los 22 cuestionarios que contestaban que sí (un 36%) y que sin embargo 4 de los 6 que contestaban que de manera insuficiente (un 66,6%) describan especificidades relacionadas con la perspectiva de género en la intervención familiar (además de describir correctamente la categoría) nos indica que muchas veces, **cuanta más formación y sensibilidad se tiene en perspectiva de género, más se reconoce que se necesita profundizar y seguir formándose/avanzar en la materia.**

¹² Ver nota a pie de página anterior.

Y 3) En el otro extremo estarían los 14 cuestionarios que, aunque han contestado que sí tienen perspectiva de género en sus programas, no han descrito elementos específicos de aplicación e incluso en algunos casos tampoco han descrito correctamente la categoría género. Esto nos indica que **muchas veces la perspectiva de género sigue quedando como elemento introducido por medio de las políticas públicas (es requisito para casi cualquier subvención) pero del que no se tienen nociones reales para su incorporación práctica y efectiva en los proyectos de intervención**¹³.

Tras preguntar si consideraban que su programa tenía o no perspectiva de género, la siguiente cuestión pedía **detallar los mecanismos y elementos por los cuales se tiene integrada la perspectiva de género**. Estas fueron las respuestas (se reproducen de manera literal todas las que hubo):

“El proyecto incorpora una perspectiva de género como eje transversal, reconociendo que las desigualdades estructurales afectan de forma distinta a las personas cuidadoras, especialmente a las mujeres, quienes suelen asumir de manera desproporcionada la carga emocional, física y mental del acompañamiento a familiares con adicciones.

Se parte del análisis de los roles de género en el entorno familiar, identificando cómo los mandatos tradicionales –como el sacrificio, la culpabilidad o la obligación de sostener al otro– impactan negativamente en la salud y bienestar de las mujeres cuidadoras. Por ello, el grupo aborda de forma explícita temas como la sobrecarga emocional, la dificultad para poner límites, la dependencia afectiva y la invisibilización de violencias cotidianas.

A través de una metodología participativa y sensible al género, se fomenta un espacio seguro donde las personas puedan expresar sus emociones, cuestionar estereotipos y reforzar su derecho al autocuidado y a la redistribución de responsabilidades dentro de la familia.

El proyecto también promueve el uso de un lenguaje inclusivo, la visibilización de diferentes realidades familiares y la conexión con recursos comunitarios especializados en apoyo a mujeres y personas cuidadoras, con el fin de ampliar las redes de apoyo y reducir el aislamiento.”

“Hacemos grupos donde solo existen mujeres, con el fin de entender que sus necesidades son diferentes y que cuando se encuentran ellas solas, suelen sentirse más seguras y abrirse mucho más”

13 De hecho, es común que personal investigador y profesionales de la intervención sociosanitaria puedan responder que sí tienen perspectiva de género por, como ya hemos mencionado, una cuestión formal, y que realmente creen que la tienen. Von Foerster (1994) describía este fenómeno como una “ceguera de segundo orden”; al no tener la formación o criterios necesarios en una materia concreta, no vemos que no vemos, es decir: no se sabe que no se sabe.

"(...)trabajamos para advertir sobre las violencia de género"

"Formación en perspectiva de género, documentos y materiales inclusivos, grupos de parejas mujeres en los que se incide sobre la perspectiva de género..."

"Incorporamos el principio de igualdad de oportunidades, la "reflexión" sobre los clichés de genero, cuestionamos la codependencia como fenómeno exclusivo de "mujer", etc."

"Trabajamos para identificar y cuestionar las expectativas sociales sobre cómo las mujeres y los hombres deben comportarse dentro de la familia, reconociendo que estos roles pueden perpetuar desigualdades, facilitar el acceso a los grupos a todos los miembros de la familia y a cualquier tipo de familia, incentivar la participación igualitaria de hombres y mujeres en el cuidado, las tareas y la toma de decisiones familiares, cuestionar los modelos de familia hegemónicos (y los sistemas patriarcales que llevan asociados en muchos casos) y dar a conocer modelos y sistemas alternativos y más sanos para las y los integrantes de la familia, etc."

"En el equipo técnico se han realizado formaciones en perspectiva de género, se confrontan y reconducen actitudes sexistas tanto en grupo como en individual. Se llevó a cabo la campaña específica "mujer no eres la única con problemas de juego" y se movilizó en redes, centros de salud..."

Hemos elaborado una **tabla resumen con los elementos anteriores, identificados en los cuestionarios desde perspectiva de género en la intervención familiar**. Se ha procedido a organizarlos en torno a la secuencia lógica de un proyecto, de forma que se han generado algunos vacíos: no se identifican todos los posibles elementos del diseño (por ejemplo: objetivos y actividades relacionadas con esos objetivos); y no aparecen elementos relacionados con la evaluación. Como se verá en la tabla, aparecen principalmente cuestiones relacionadas con el análisis de la realidad, y con el diseño y ejecución: metodología; contenidos y actividades.

CUESTIONES RELACIONADAS CON EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD

Las desigualdades estructurales afectan de forma distinta a las personas cuidadoras, especialmente a las mujeres, quienes suelen asumir de manera desproporcionada la carga emocional, física y mental del acompañamiento a familiares con adicciones. Se parte del análisis de los roles de género en el entorno familiar, identificando cómo los mandatos tradicionales – como el sacrificio, la culpabilidad o la obligación de sostener al otro– impactan negativamente en la salud y bienestar de las mujeres cuidadoras.

Necesidades diferenciales por razón de género

CUESTIONES RELACIONADAS CON EL DISEÑO Y EJECUCIÓN

» **METODOLOGÍA**

Trabajo grupal.

Metodología participativa

Se fomenta un espacio seguro donde las personas puedan expresar emociones

Se promueve el uso de un lenguaje inclusivo

Documentos y materiales inclusivos,

Espacios grupales no mixtos que posibilitan que las mujeres se sientan más seguras y se abran más.

Grupos de parejas mujeres en los que se incide sobre la perspectiva de género...”

Se trabaja la conexión con recursos comunitarios especializados en apoyo a mujeres y personas cuidadoras, (lo que sigue es un objetivo) con el fin de ampliar las redes de apoyo y reducir el aislamiento.

» **CONTENIDOS**

La sobrecarga emocional,

La dificultad para poner límites,

La dependencia afectiva y la invisibilización de violencias cotidianas

Visibilizar y percibir las violencia de género

Cuestionar estereotipos

Reforzar su derecho al autocuidado y a la redistribución de responsabilidades dentro de la familia.

La visibilización de diferentes realidades familiares. cuestionar los modelos de familia hegemónicos (y los sistemas patriarcales que llevan asociados en muchos casos) y dar a conocer modelos y sistemas alternativos y más sanos para las y los integrantes de la familia, etc.”

La “reflexión” sobre los clichés de genero

Cuestionamiento de la codependencia como fenómeno exclusivo de “mujer”

Identificar y cuestionar las expectativas sociales sobre cómo las mujeres y los hombres deben comportarse dentro de la familia, reconociendo que estos roles pueden perpetuar desigualdades

» **ACCIONES QUE SUPONEN MEDIDAS DE IGUALDAD¹⁴**

Facilitar el acceso a los grupos a todos los miembros de la familia y a cualquier tipo de familia,

Incentivar la participación igualitaria de hombres y mujeres en el cuidado, las tareas y la toma de decisiones familiares

Se llevó a cabo la campaña específica “mujer no eres la única con problemas de juego” y se movilizó en redes, centros de salud...

Se promueve el uso de un lenguaje inclusivo

Documentos y materiales inclusivos

[Referido a los chicos en tratamiento] Se confrontan y reconducen actitudes sexistas tanto en grupo como en individual

Formación en perspectiva de género al equipo técnico

14 Las medidas de igualdad son acciones dirigidas al resto de agentes sociales y la población en general en vez de específicamente al grupo poblacional (en este caso: las mujeres) sometido a discriminación, de forma que buscan incidir en la estructura de desigualdad, transformando pautas culturales y promoviendo la transformación de la sociedad en su conjunto. Son una herramienta indispensable para la transversalización del enfoque de género.

En uno de los cuestionarios se observa que se ha empleado una herramienta de valoración del grado de incorporación de la perspectiva de género en proyectos¹⁵. Muchos de los aspectos reflejados efectivamente responden a una aplicación general de la perspectiva de género, pero, aunque son muy valiosos y suponen una especie de *check-list* a tener en cuenta, no se aterrizan específicamente en la intervención familiar (no afirmamos que no se haga en el proyecto de forma práctica, pero en el cuestionario la información aparece reflejada tal cual la reproducimos a continuación):

I. Elementos relativos a la definición del servicio:

- *En la definición del servicio y las actividades que lo conforman se tiene en cuenta el diferente impacto que pueden tener en las personas.*
- *Se han tenido en cuenta las diferentes necesidades de género.*
- *Se está incorporando el lenguaje no sexista tanto en los documentos internos como en la relación con las personas usuarias.*
- *Se contemplan aspectos de género en el diseño y programación de actividades. Por ejemplo, existen actividades específicas para mujeres/hombres (ej. Grupo de género, celebración 8 de marzo y 25 de noviembre).*
- *Las normativas revisadas/adaptadas desde la PG (por ejemplo, los horarios de las actividades se adaptan a las necesidades específicas de las personas usuarias...).*

II. Elementos relativos a la participación:

- *Se fomenta la presencia y participación equilibrada de mujeres y hombres en los diferentes espacios y procesos de participación del proyecto. No obstante, no existe un número de plazas limitadas para mujeres/hombres sino que se adaptan a las necesidades de cada momento de la lista de espera.*

III. Elementos relativos a la comunicación y difusión:

- *Uso de lenguaje inclusivo por parte de todo el equipo profesional. Se cuenta con una guía de Recomendaciones para el uso de un lenguaje inclusivo.*
- *Tratamiento de imágenes no sexistas en los materiales de difusión del proyecto.*
- *Se fomenta una comunicación basada en la diversidad de los roles tradicionales de mujeres y hombres, potenciando la interseccionalidad.*
- *Se hace difusión amplia que garantiza el acceso de hombres y mujeres a la información.*

¹⁵ Hay múltiples herramientas publicadas desde los ámbitos de Igualdad y Perspectiva de género, y existen herramientas creadas específicamente en el ámbito de las adicciones: Federación Catalana de Drogas - Instrumento para diagnosticar el grado de implantación de la perspectiva de género en las entidades. 2019; o el Proyecto de Prevención impulsado por UNAD Walk your Power, 2024, por poner algún ejemplo.

IV. Elementos relativos a la evaluación:

- *Recogida de datos desagregados por género y utilización de sistemas de indicadores de género (indicadores de resultados y de impacto por sexo...).*
- *Las explicaciones de los resultados incorporan la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad.*
- *Las personas encargadas de evaluar el proyecto están formadas en género.*

V. Elementos relativos al equipo profesional:

- *Las personas del equipo han recibido formación en Perspectiva de género dentro del plan anual de formación de la entidad donde se dedican cada año espacios de formación y reciclaje.*
- *Se promueve una cultura organizacional que comparta los objetivos de género, por ejemplo, existen espacios de supervisión donde las personas del equipo pueden hacer una revisión de sus propios prejuicios/estereotipos de género.*
- *El estilo relacional se ajusta a lo que está definido desde la PG (estilo no directivo, inclusivo...).*
- *Se impulsa la paridad en la composición de todo el equipo profesional del proyecto/servicio.*
- *Existe conocimiento y coordinación con las redes de atención específicas del recurso (violencia machista, salud mental, etc.). . Incorporación de una referente del equipo para que sea ésta la que se forme específicamente como agente/referente en VG en el PR.”*

Se concluye por tanto que, aunque el grado de sensibilización es alto, se sigue sin incorporar de forma sistematizada y operativa la perspectiva de género en el ciclo natural de los proyectos que se llevan a cabo, en este caso: la intervención familiar en adicciones.

5.3 ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

Se han realizado cinco entrevistas a informantes clave, provenientes del Grupo Motor. En todas ellas se ha seguido un guion de entrevista semiestructurada orientada a identificar elementos clave desde perspectiva de género en la intervención familiar.

Por otro lado, como se ha mencionado en la síntesis de la metodología, se mantuvo una reunión con el Grupo Motor para la revisión de los hallazgos principales una vez analizada toda la información. Las aportaciones procedentes de dicho encuentro se han incorporado a este apartado, señalándolas oportunamente.

Pasamos a describir los principales ejes de análisis y conclusiones halladas:

5.3.1 – Familia significa “las mujeres de esa familia”

En todos los servicios de atención familiar, lo que más llegan son mujeres de la familia o entorno cercano de la persona en tratamiento.

“Son ellas las que vienen. Madres, parejas, hermanas... A ver, también vienen padres, pero es raro ver a un padre solo.”

“Nosotras nos encontramos un padre ausente total, que manda a la madre. Esto es cosa vuestra, de las mujeres. Además es que a veces los padres tienen también consumo, y no quieren verse señalados, claro”

“Hemos detectado que ellos vienen porque como la Comunidad Terapéutica está donde está y hay que conducir bastante y por carreteras complicadas, ella viene pero necesita que su marido la traiga, y claro, no se va a quedar fuera esperando... Le hacemos pasar.”

“Te acostumbras a no verlos. Y no preguntas, lo das por hecho, y eso no está bien... pero es que el día a día es lo que tenemos”

“En los grupos para familiares que tenemos, los organizamos por grado de parentesco y que estén más o menos en el mismo punto... Tenemos para padres y madres. Tenemos para parejas, que ahora mismo lo orientamos solo a mujeres, porque es verdad que las parejas varones no suelen acudir, y porque ellas se suelen abrir más cuando están solo mujeres. Y tenemos este año también para hermanos y hermanas, y para hijos e hijas.”

En el último *verbatim* se habla de grupos de padres y madres, hermanos y hermanas, e hijos e hijas. **Cuando se pide describir quiénes vienen a los grupos familiares, aunque estos estén orientados a hombres y mujeres, se cumple que en general quienes vienen son mujeres:** madres (muy mayores), aunque aparezca algún padre; en el dirigido a hermanos y hermanas son hermanas todas, es difícil que aparezcan hermanos. Y es el de hijos e hijas que sí suele estar en una ratio paritaria entre chicos y chicas, sobre todo de entre 25 a 35 años.

De hecho, **muchas mujeres vienen incluso a costa de su salud y la intervención familiar se torna en que ella se priorice.**

“vienes de quimioterapia... tendrías que estar descansando, no pasa nada si no vienes al grupo. O si es el caso que esa mujer está muy cohesionada con el grupo y a ella esa cohesión le beneficia, pues le decimos que lo cambiamos de hora, de día, o que nos vamos a tomar un té, pero que no es momento para el grupo. Te tienes que cuidar tú.”

Sin embargo, las profesionales que tienen formación en perspectiva de género perciben que **otras figuras profesionales, sin formación, evalúan la situación de forma que recae más peso y responsabilidad sobre las mujeres (e incluso podemos afirmar que se cometen violencias institucionales en este sentido):**

“Tú si tienes un equipo con formación en perspectiva de género, pues bien, pero cuando cada uno ve la perspectiva de género como la ve, pues... por ejemplo el cuestionamiento que se les hace a muchas madres por ser “permisivas”, (dicen) ‘es que la madre es muy permisiva y le está manteniendo el consumo del hijo’... y yo en mi cabeza digo pues cómo no va a ser permisiva, si el hijo, para cogerle el dinero, la zarandea, la grita, la amenaza... a veces entras ahí con tu equipo de trabajo, intentas explicar esto, y cuesta un poco. Los perfiles de madres, ¿no? ‘Madres permisivas’... pues cómo no va a ser como es si lleva 15 años con el hijo, que tiene 30 y pico, y ya está desbordada... A veces ponemos etiquetas sin ver por qué de estas actitudes.”

Y que pueden incurrir en reforzar elementos presentes en la sociedad que las mujeres traen a terapia (violencia simbólica; roles de buena madre-esposa-hija...; etc.):

“La sociedad culpa y responsabiliza mucho a la mujer, ellas reciben el mensaje de que intenten hablar con ellos... como si no lo hubieran hecho... O por ejemplo se las culpa por permanecer, por aguantar ahí. Si encima dicen que les quieren y por eso no se van, se las juzga como dependientes... (...) Y sin embargo, en las madres se espera que estén ahí aguantando todo por sus hijos drogodependientes. O ellas así lo vivencian. Que se las va a juzgar si realmente lo dejan tirado sin ayuda o lo echan de casa”

A veces, desde perspectiva de género, la indicación terapéutica para las mujeres es que se alejen, que se protejan:

“Tengo un caso súper reciente, una hermana mayor, que yo le decía: vete de la intervención. No estés disponible. Pues ya por fin el otro día llegó al grupo y nos dijo que se iba, que iba a protegerse ella. A mi me cuesta mucho verlas mantenerse ahí... a hermanas mayores, o a madres entregadas que tal... Esto con los hombres no pasa. Cuando se acabó, se acabó. Un padre, un hermano... Dicen basta y se van. Pero en la figura femenina sí encuentro que vienen a costa de sí mismas y de su propia salud. Lo veo en madres, hermanas, hijas...”

Pero el resto de profesionales sin sensibilidad/formación en perspectiva de género no lo ven así:

“parece que la mujer tiene que estar ahí abnegada cumpliendo su rol de control de lo que hace o deja de hacer el hombre en tratamiento, esa figura de referente de tratamiento y no ven lo que conlleva para ellas desde PG, porque en realidad sería mejor para ellas precisamente que se desentiendan un poco y piensen en sí mismas”

De hecho, **si los equipos que intervienen con el paciente en tratamiento y que intervienen con las familiares no son los mismos, a veces se encuentran con objetivos diferenciales precisamente por razón de género** (es decir, lo que él necesita/quiere no es lo que ella necesita/quiere):

“tu paciente quiere A, pero mi paciente quiere B”

5.3.2 – La familia como sujeto de derechos

Este eje de reflexión surge de la detección de **dos líneas prevalentes en la intervención familiar** (y muy en relación con el *verbatim* de cierre del apartado anterior):

- a) **cuando la familia es entendida en términos de apoyo al tratamiento o desde perspectiva sistémica** (intervenir con la persona en tratamiento conlleva indispensablemente intervenir con la familia).
- b) **cuando la familia es entendida en términos de persona/s con necesidades de atención propias por el impacto de tener un/a familiar con drogodependencia o algún otro tipo de adicción**, independientemente de que la persona se encuentre en tratamiento.

En cualquiera de los dos casos, se pueden dar intervenciones donde las acciones con la familia se enfoquen en torno a la persona que tiene el problema de adicción, o intervenciones enfocadas a las personas de las familias como sujetos con objetivos propios de intervención (terapéutica, social, jurídica, etc.).

El reto desde la perspectiva de género aparece cuando se pone la atención en que muchas de las mujeres que acompañan a las personas en tratamiento, recordemos que principalmente son hombres, están en diversas situaciones de malestares e incluso violencia de género, que no suelen pasar desapercibidas a los equipos de intervención con sensibilidad en la materia.

En la línea a) tradicionalmente se optaba por no intervenir en esos temas, por considerar que no eran el objeto o demanda principal de atención, pero en todas las entrevistas realizadas, principalmente de profesionales con destacada formación en perspectiva de género, se ha encontrado un avance en ese sentido que pone de relieve la afectación con la que ellas vienen:

“Esto antes de la perspectiva de género no se veía. Yo recuerdo cómo venían las madres, las mujeres, venían destrozadas, hipermedicadas, con problemas de ansiedad, depresión, doliéndoles todo el cuerpo, incluso con fibromialgia, y se entendía como natural, normal. Entonces claro, ahora se tiene en cuenta, se dan las herramientas para que se centren en ello. Antes no teníamos en cuenta el grado de afectación por el género”

“Me pregunto a veces si estaré fallando con ellas, si lo estaré haciendo bien. Ejercemos violencia sin darnos cuenta... Los cuestionamientos a ellas, como culpándolas a ellas de que no les dejan hacer las cosas de la casa, o que están demasiado quejasas/quemadas/hartas y no quieren saber nada del tratamiento... Yo es que las entiendo. Intento acercarme a ellas

para que vengan a los grupos de familias y puedan cambiar su óptica sobre todo en relación a poder ayudarse a sí mismas. Y ellas se cierran en banda y yo es que las entiendo, que lo que quieren es que las dejen en paz. Pero parte de mi equipo lo ve como que ellas obstaculizan el tratamiento (...) Además, es que ellas se desvinculan del centro, pero no de él. Siguen en relación con él y recibiendo violencia. Pero son excepciones, porque la mayoría vienen al centro y para mí son sujeto de derechos, con su propia intervención desde PG”

Y se interviene ofreciendo espacios de escucha, reflexión y acompañamiento. Las familiares vienen muchas veces con miedo a expresar los malestares, por si eso supone una recaída para él.

“La familia viene muchas veces con ese miedo, no? Pensamos que es mejor no decirle na, porque a ver si se va a agobiar, os e va a enfadar y entonces va a ser peor para una recaída. Vosotros tenéis el derecho a expresarle vuestro enfado, con educación, pero tenéis derecho a expresarlo, que sean conscientes del sufrimiento, del daño. La familia necesita ese desahogo.”

Ellos (los pacientes en tratamiento) no reciben bien este tipo de intervenciones que llevan a que las mujeres que los sostienen y acompañan en sus vidas empiecen a ponerles límites en este sentido, pero se les procura acompañar para que entiendan el proceso y su responsabilidad en no ejercer violencias fundamentadas en la desequivalencia estructural de género.

“Es violencia hacia ella, el estar ahí cuando el paciente no esté mostrando cambios no solo en relación al consumo, sino en relación a su pareja... a aprender a cuidarla a ella, a darle el espacio a ella... Ellos vienen con la expectativa de que su pareja al mes ya esté confiando en él plenamente, no les digan más nada, no se queje, no les exijan (...) Ellas vienen con muchos síntomas del estado de ánimo y de salud que no están haciendo caso por estar centradas en ellos. (...) Vienen con problemática de consumo de psicofármacos¹⁶ que no está identificado, porque claro, lo receta el médico, hace años, y no tienen conciencia de que han desarrollado ese consumo para soportar el estar con una persona que te maltrata y lo tienes normalizado.

- ¿Y qué tal ellos con estas intervenciones que realizáis?

- A ellos no les gusta un pelo. Yo para ellos soy, hablando en plata, una cabrona. A ver, al principio soy muy comedida y poco a poco sí les voy confrontando esta historia. Los que se mantienen sí van entendiendo esa postura de situarlos a ellos con esa responsabilidad de entender el daño hecho. Si no lo hacemos, estamos ejerciendo violencia sobre ellas. Es entender que el tratamiento es más integral así.”

16 En este *verbatim* aparece también una cuestión recurrente que abordaremos en el punto 5.3.5: la sobremedicalización de las mujeres familiares.

En la línea b), aunque en principio entienden a las personas de la familia como sujetos de intervención propia, no necesariamente tienen por qué tener integrada la perspectiva de género. Va a depender de que las profesionales que intervienen tengan formación en la materia y puedan identificar los factores de género claramente, más allá de la intervención general (gestión emocional; resolución de conflictos; saber poner límites, etc.).

“Ellas vienen asumido con que eso es así. Yo soy así, tengo esto porque soy así, soy muy obsesiva, el problema es mío... se culpan a sí mismas, es que tengo una obsesión con la limpieza, es que... y no ven la relación entre la adicción y la sobrecarga en los cuidados con sus malestares y afecciones. No se pone el foco. Hay que trabajar con ellas (...)”

“Quien más presencia ha tenido en la familia es la mujer, que viene en primer lugar pidiendo información y ayuda para su familiar, principalmente hombre. Pero con el tiempo, gracias a las formaciones que hemos tenido en PG nos hemos ido especializando con esa mirada más amplia de ir evolucionando hacia un tratamiento diferencial, diferenciando grupos de terapia de pacientes, hombres por un lado, mujeres por otro. Nos pasa lo mismo que en otros centros: tenemos menos demanda de mujeres, pero sí que a través de esa demanda de las familias que nos llegan madres, pareja, hijas... muchas veces la que se queda en tratamiento son ellas, que aunque ellos se vayan, ellas se quedan en tratamiento aunque empezaran como familiares de la persona con adicción. Nos parece muy importante esta cuestión.”

En correspondencia con lo hallado en los cuestionarios, muchas de las intervenciones se centran en analizar con ellas desde perspectiva de género la no reciprocidad en los cuidados recibidos/dados, en la no corresponsabilidad en la atención y cuidados del hogar y las criaturas a cargo, etc.: con la correspondiente sobrecarga emocional específicamente por razón de género de las mujeres que acompañan a los hombres en general en sus vidas, y específicamente en el tratamiento.

“Las mujeres no se priorizan a sí mismas. Ves que les cuesta muchísimo esto. Trabajamos que se den cuenta del no reparto de tareas de cuidado, aunque también ellas trabajen fuera de casa; ellas toman el timón y ves que hay problemática de consumo del padre también, y que ellas llevan mucha carga encima.”

“Buscamos que el familiar recupere ese espacio para sí mismo, que dejen de asumir responsabilidades que no les tocan. Las madres lo suelen coger con mayor o menor dificultad en función de la edad y dependiendo del tiempo y apoyo exterior que tengan, pero sí que suelen cambiar hábitos para cuidarse... A lo mejor no se van al cine todos los fines de semana, pero sí que empiezan a buscar espacios o cambian la forma en que se autoperciben... Y en mujeres parejas, es darles a saber que ellas tienen el mismo valor dentro de la unidad de la pareja que la otra parte. Y lo integran como pueden. A ellas no les hablamos de autocuidado, sino de que tienen que pensar en sí mismas, tienes que pensar en ti.”

Esto también se ha detectado en programas de la línea a) donde la familia funciona como referente del tratamiento y juega un papel de apoyo al mismo. En estos casos se parte de la idea de que las personas con un apoyo familiar tienen un pronóstico más favorable. Sin embargo, **es importante poder enfocar la intervención en los posibles objetivos y necesidades propias de las mujeres cuando se detectan situaciones de sobrecarga y malestar de género o violencias.**

“A veces ellas se dan cuenta de que estando él ingresado, se produce un cambio en el sistema, y claro, ellas de repente se encuentran que están mejor... que se sienten mejor sin él... Y damos cabida a que pueda explorarlo en el espacio de terapia familiar”

Y emerge entonces **la problemática de la falta de financiación específica en varias de las entidades, para poder realizar la intervención familiar diferencial:**

“Es lo que hablábamos, ¿no? Ellas requieren tratamiento también... es complicado, porque a nivel de recursos, a nivel de conciencia de ellas... de financiación... porque esto no resulta disruptivo socialmente. No preocupa, no molesta, no se atiende. Sería una cuestión de promoción de la salud, de prevención, y no se financia.”

“El otro día me vinieron al grupo solo mujeres parejas de hombres consumidores, de casualidad, y pude trabajar con ellas de forma diferencial, y es una pena que no podamos hacer grupos específicos, pero porque no tenemos la financiación para hacerlo. Es que pude trabajar con ellas de forma más profunda e íntima...”

Así y todo, casi todas las referencias en este sentido han emergido cuando la persona con el problema de adicción es hombre. **¿Qué sucede cuando es una mujer la que está en tratamiento?**

5.3.3 – La familia cuando es una mujer la que tiene el problema de adicción

En general es sabido que **hay una mayor vulneración y juicio de la mujer consumidora. La familia y el entorno social inmediato no están libres de ello.**

“Ellas tienen menos apoyo familiar y lo normalizas en cierta manera, como que...no lo piensas mucho”

Suelen venir mujeres (madres, hermanas, alguna amiga...) pero también es necesario indagar más si van a resultar un apoyo o no, por las relaciones deterioradas al haber una mayor culpabilización /sobrecarga por la violencia simbólica y la falta de pacto intragénero.

“Con ellas encuentras que aunque vienen acompañadas por alguna familiar, la carga es mayor... Es como que no las apoyan igual. Las cuestionan y atacan mucho, sobre todo como de mujer a mujer, ¿no? Es complicado que no las juzguen. No es como con los hombres, que ves a la familiar totalmente centrada en el problema de él y que no piensa en ella misma.”

En cualquier caso, cuando son hombres los que aparecen como figuras de apoyo, si son pareja, hay que ver cómo es esa relación, ya que normalmente, **las parejas masculinas son también consumidoras o con problemas en ese sentido, y si no lo son, algunas profesionales encuentran que con el tiempo emergen conductas mucho más relacionadas con el control** y la sumisión de la mujer en la pareja (que el consumo ayudaba a mantener) que con su independencia y recuperación.

“Ojo, que con las parejas chicos nos viene mucho ‘narciso’... O sea, un perfil muy narcisista, que el consumo de ella le va bien hasta que ha sido incontrolable o incómodo, pero que hasta ahí, le iba bien. De hecho, suelen mostrar rechazo a que ellas dejen los psicofármacos y hemos tenido casos donde te cuentan que ella está muy mal si no los toma, que se deprime, que...”

Hay excepciones de casos donde la pareja hombre claramente viene afectado y la situación se sale de la pauta general masculina (ausencia y/o control) por razón de género:

“A veces te rompen los esquemas, porque vienen con trastorno ansioso depresivo ante el consumo de su pareja mujer, y hay que apoyarles en centrarse en ellos mismos, que no lo hacen.”

Y cuando el familiar atendido es el hijo o la hija, aparecen componentes directamente relacionados con el género, principalmente de **cuestionamiento de su problemática** (más que con los padres), menor apoyo y no entender las barreras de acceso al tratamiento a las que se enfrenta por ser mujer:

“Yo no he tenido una madre. Esto nos lo dicen más con las madres que con los padres.”

“También cuando ella es la consumidora y es madre y lo que nos llega son los hijos... es como que en los padres se cuestiona menos que tengan la problemática, en ella se subvierte totalmente el rol. Y cuesta que los hijos entiendan por ejemplo por qué no va a tratamiento, las barreras de acceso a las que se enfrenta su madre porque es mujer...”

En el caso de las chicas jóvenes con problemática de adicción o en tratamiento sí aparecen tanto padres como madres, y generalmente **la preocupación gira en torno a las violencias de género, principalmente de carácter sexual**, que puedan sufrir (tanto por parte de la pareja como de otros hombres).

“Es necesario legitimar el miedo que tienen a que esto pase, ¿no? Y acogerlo. Porque además se trata de entender que el consumo las vulnerabiliza, pero no es la causa de la violencia, y que lo entiendan.”

“Cuando es una chica hay mucho miedo a los riesgos que se pueda exponer, sobre todo violaciones... o el chico de turno con el que están consumiendo pues que la pegue o la pueda agredir, que sucede... muy dantesco”

En las familias también se denota una **preocupación particular cuando aparecen menores a cargo de la mujer con el problema de adicción** (otras figuras familiares, especialmente las abuelas y abuelos, entran a hacerse cargo de los y las menores, y esto no está exento de conflicto).

“Y también cuando hay hijos, pues sí es un hecho diferencial que asumen el cuidado sobre todo los abuelos y abuelas, y eso trae más conflicto que cuando son hombres. Es como que además desconfían de ella claramente cuando está bien, y cuando está mal como la profecía autocumplida. Complicado.”

Cuando ellas entran en tratamiento teniendo hijos/as menores a cargo, la afectación dentro de los roles de cuidado dentro de la familia puede hacer que **el familiar no muestre apoyo ante ese ingreso**:

“Hay una mayor afectación cuando la consumidora es madre. Se afecta el rol de madre tradicional y hay un cambio en la distribución de roles. Cómo se vincula o relaciona con sus hijos, qué les cuenta, qué no... Cuesta de entender que no les cuenta todo porque le da vergüenza... El componente cultural que está detrás se normaliza con un hombre, aunque sea padre. Hay mayor sanción social con las mujeres madres consumidoras. Y no le muestran el mismo apoyo ante un ingreso. Las parejas les cuestionan. Recuerdo un hombre que llevó fatal que su mujer entrase en un recurso para dejar de consumir porque se quedaba él al frente de todo... Ella es lo que necesitaba para dejar de consumir: ingresar. Y ante tanto esfuerzo puede que termine en separación, porque claro, la que vuelve les parece otra. Le sancionan el cambio.”

De hecho, **es habitual que la familia acelere o pretenda acelerar los procesos de recuperación de las mujeres, sobre todo si ha conllevado ingreso, para poder retomar las labores de cuidados**, aunque este “priorizar a los demás” pueda resultar en una recaída para la mujer en tratamiento:

“A nosotras nos ha pasado que una mujer pidió salida para cuidar de la abuela, que nadie podía hacerse cargo y se lo dijeron, bueno, medio exigieron a ella, que total, como estaba “sin hacer nada”, pues eso, que saliese para cuidar de la abuela... y por permanecer ahí al final la chica pues tuvo una recaída...”

Se empieza a detectar claramente en espacios ambulatorios mujeres que piden tratamiento por consumos invisibilizados y que no resultan disruptivos socialmente: alcohol y psicofármacos en soledad. El impacto en el entorno familiar se produce, pero **muchas veces el consumo tiene que ver con el propio sistema familiar y el papel que cada cual juega desde PG**. Hay situaciones previas de **sobrecarga que los psicofármacos han ayudado a sostener, y el alcohol u otros consumos, aparecen cuando la situación se vuelve insostenible para la mujer y/o han aparecido situaciones de violencia intrafamiliar**. Es un reto para la intervención familiar en general. Incluso se detecta una pauta de **hombre pareja no consumidor que antes del tratamiento estaba ausente** (en los cuidados, en la vida familiar, situado de forma muy funcional en torno al trabajo y el ocio), que aparece en el tratamiento, pero como figura de presión para que ella vuelva al sistema familiar, **y que se encuentra confrontado por el no consumo de psicofármacos que antes la "enlentecía y la mantenía sin protestar"**.

"Tenemos parejas hombres no consumidores, antes del ingreso (de ella) eran hombres ausentes. Familias muy funcionales, que cuando ellas ingresan aparecen de pronto porque les interesa que se recupere cuanto antes... porque claro, si ella ingresa, no está... y ellos tienen que hacerse cargo de cosas de las que normalmente no se hacían cargo."

Hay programas donde se dan las mismas consignas a las familias con respecto al **control del dinero o la medicación, pero la práctica desde perspectiva de género es que esto puede resultar bastante contraproducente en la mayoría de los casos de mujeres en tratamiento**.

"... te das cuenta a veces de que el control familiar no es lo que la mujer necesita. Que desde perspectiva de género eso se traduce en mayor violencia y falta de autonomía, y que es necesario trabajar de otra manera con ellas, sin delegar el control en la familia o la pareja."

Por último, es de destacar que las profesionales que tienen casos de **mujeres en situación de calle/exclusión residencial grave, o que presentan algún problema de salud mental grave, es complicado el trabajo familiar, porque suele haber un mayor rechazo a su situación**. Sucede de **igual manera en prisión**, donde como con las mujeres en situación de exclusión residencial grave, se pone de manifiesto una absoluta falta de apoyo familiar en general para ellas en ese medio.

"En prisión es extremo. No es que no tengan apoyo... es que no hay nada. Se echan parejas allí dentro. Y cómo las tratan allí... Y cuando trabajamos con ellas allí, vemos que las perdemos cuando salen."

“tenemos hombres y mujeres en situaciones muy muy graves... pero en ellas es que siempre se cumple que no tienen ningún apoyo del que tirar. Alguna excepción hay... pero en general incluso sucede que la familia es fuente de violencia... no de apoyo.”

5.3.4 – Cuando hombres acompañan a hombres con problemas de adicción

Aunque ya ha quedado evidenciado que quienes aparecen principalmente en los espacios de atención a familiares son las madres de hijos con problemas de adicción, **cuando aparecen hombres son mayoritariamente padres y también sobre todo de hijos**, no de hijas. Ha habido **diversidad de experiencias e interpretaciones** al respecto, pero en general parece que **basculan entre 1) la minimización del problema y/o la sobreprotección del hijo:**

“Cuando son padres muy implicados, el hombre en tratamiento lo suele definir como que ‘mi padre no es mi padre, es más que mi padre, es mi amigo. Me ayuda, me apoya.’ Cuando esto se da así, aparecen conductas similares a las que tienen las madres de sobreprotección, justificación... (...) y esto aparece en los pacientes hombres, en las mujeres en tratamiento esto no lo escucho de sus padres hacia ellas”.

“Tengo casos del que es como el colega, el que normaliza, y que le dice a ella: qué exagerada eres, no es para tanto mujer.”

“Lo que más encuentro son hombres que explican la adicción del hijo en base a las relaciones de su hijo. Nunca ven la causa en la propia dinámica familiar...”

y 2) que son ellos los que, en caso de acudir a terapia familiar con su pareja (padre y madre), ponen los límites al hijo consumidor:

“El malo de la película que pone límites. Tengo un caso de un hombre que quiere mucho a su hijo, pero sabe lo que tiene que hacer y no le pasa una. Le pone límites con todo el dolor de su corazón pero para protegerse a sí mismo y a su mujer. ‘Mi mujer me dice que soy muy rígido, pero es que el problema es que no quiero que nos vuelva agredir, que nos vuelva a robar’...”

En la revisión del Grupo Motor se estableció un diálogo entre varias de las integrantes, que puso de relieve una experiencia circunscrita a las entidades que trabajan en ciudades pequeñas: **hombres con un marcado carácter autoritario** dentro de la familia, padres de hijos consumidores en tratamiento, que **dificultan el trabajo grupal familiar**. Lo observado por las terapeutas es que **no se dan relaciones equivalentes, y aparece una marcada jerarquía de género dentro de las relaciones familiares que marcan la dinámica grupal y las posibilidades de intervención:**

“Y me he encontrado con chicos en tratamiento que casi siempre me he encontrado problemas con la figura del padre... si entra él, la madre no expresa. Sobre todo son familias con una estructura muy machista, que el rol del padre está muy definido desde el control...y siempre vienen... Me es difícil porque la intervención no puede darse porque ellas no hablan cuando está él a cuando trabajo con ellas a nivel individual. Y se me repite el perfil de señor mayor, con un hijo muy sometido a su padre... El padre controla el sistema familiar. Hombres muy marcados. Esos sí los encuentro. Perfil autoritario y controlador. Clase media, acomodado, más rural que urbano... Que contribuye con sus ahorros a la familia de su hijo, con lo que la mujer se tiene que callar también... Me es complicado”

Las profesionales reflexionaban acerca de la dificultad para manejar estos perfiles más autoritarios y jerárquicos, también por el hecho de ser ellas mujeres terapeutas, sin además resultar demasiado confrontativas. **Emerge también la necesidad de formación para el manejo de las jerarquías intrínsecas a las relaciones de género dentro de la relación terapéutica en la intervención con familiares.**

5.3.5 – La falta de formación o no en perspectiva de género en la intervención familiar sistémica es clave

Las profesionales refieren que **la formación en intervención familiar está especialmente carente de formación en perspectiva de género.**

Al partir de una intervención sistémica, se necesita implicar a todas las figuras familiares, pero, sin una perspectiva de género en la intervención, se puede caer en estereotipos o sobrecargas de las mujeres en el sistema familiar:

“Yo es que no sé trabajar sin la familia. Pero yo me empeño en que estén todas las figuras, no solo las mujeres. Yo no quiero que venga solo la madre, que venga solo la hermana, que venga solo la hija... e incluso esa amiga fiel que dice: ‘yo te ayudo’. Necesito que estén todas las figuras que conforman el sistema familiar’ Y yo no puedo exigir a la madre por ese rol de madre que supervise toda esa planificación semanal que lleva el hijo hecha desde el tratamiento. Eso lo puede hacer el padre también. Me da igual que el padre trabaje 14 horas. Seguro que ella

trabaja 24. Necesito que todos lo veamos de la misma manera. Y eso desde la perspectiva sistémica es central... Identificando necesidades de la propia familia, necesidades terapéuticas, de ponerlas en el centro a ellas. Porque los roles son diferentes, y las especificidades son diferentes, exigiendo la corresponsabilidad del hombre que está en esa unidad familiar, que pocas veces se implica, o se implica de aquella manera... Ellas muchas veces vienen más dañadas muchas veces más que el propio paciente. Dañadas de salud física y mental. Y a veces también tienen que poner medidas legales, y apoyarlas y orientarlas en ellos"

"Todos los profesionales estamos formados en género, aunque no específicamente en el ámbito de intervención familiar "

En el Grupo Motor se comparte que **es necesario tener espacios de encuentro y reflexión constantes sobre estos temas, porque si no, la inercia lleva a que se olvide este enfoque:**

"Tenemos mucho trabajo por hacer. El estar con esta perspectiva de género continuamente reseteando, porque a veces se nos va un poco. Sobre todo yo también que trabajo desde la sistémica, por mi orientación como psicóloga, el papel de la familia y lo difícil que es trabajar desde esta perspectiva de género sobre todo cuando es la mujer la que está en tratamiento. Se me viene un caso reciente, que el otro día le decía yo al equipo en reunión: es que prácticamente la solución para que esta chica mejore es desvincularla total y absolutamente de la familia... por ese papel sancionador de 'tienes una hija adolescente', de 14 años que se ha iniciado en el consumo de hachís... y esa responsabilización: 'tú tienes la culpa, ahora somos tu madre y yo', esto lo decía el padre de ella, 'los que nos hacemos cargo de una chica adolescente, con 70 años..y ahora qué hacemos...' Y al volver a escucharte ahora en esta sesión [del Grupo Motor, después de escuchar los análisis y hallazgos preliminares] pues como que me voy a poner en bucle las cosas que han salido... Esto con los chicos, esta violencia y sanción, no sale con ellos..."

Otra de las integrantes expresa claramente **la posibilidad de la iatrogenia:**

"Nosotras hemos ejercido daño en las mujeres familiares sin saberlo. Hasta que te formas en perspectiva de género. Y aunque te formes, cuesta. Muchas veces se nos va..."

De hecho, a raíz de la reunión de presentación y revisión de los hallazgos preliminares con el Grupo Motor, **vuelve a depositarse la atención en la sobremedicalización de las mujeres familiares** (que ya aparecía en apartados anteriores en *verbatim*s de algunas de las profesionales entrevistadas)

y emerge la reflexión sobre **la falta de formación e intervención en este sentido, y la complejidad de cuadros sintomatológicos de ansiedad/depresión fruto de la situación en la que se encuentran estas mujeres:**

"- Me he dado cuenta en la presentación que nosotras no estamos registrando los datos de mujeres [familiares] sobremedicalizadas que atendemos. Me he dado cuenta que no estamos llevando bien este tema. Hay que atender a estas madres mayores sobremedicalizadas aparte, para entender por qué y para qué del uso y sobreuso que están haciendo de la medicación... Y eso, por lo menos nosotras, no lo estamos haciendo... Ni lo registramos ni lo hablamos casi. Y creo que eso es súper importante..."

- pero en las mujeres mayores y las no tan mayores... sobre todo las que tienen violencia... Lo tienen súper normalizado el tomar psicofármacos. Las mayores por depresión, las jóvenes por ansiedad. Las tenemos, las tenemos. Que con el tiempo va a aparecer la depresión. El proceso que van desarrollando las chicas jóvenes y cuando son más adultas, el cuadro de ansiedad se va generando la depresión... y a los ansiolíticos se suman los antidepresivos."

Por otro lado, cuando la formación en perspectiva de género es evidente, se pueden encontrar buenas prácticas que contribuyan a la mejoría en este caso de las mujeres en tratamiento. En el caso de algunas de las profesionales entrevistadas, los programas con ingreso en comunidad terapéutica que intervienen desde una perspectiva sistémica, conllevan inherentemente que haya una persona familiar referente que vaya a implicarse para la admisión a tratamiento. En tratamiento ambulatorio no se emplea como criterio de inclusión/exclusión, pero también se incide en ello. Ante la evidencia de que las mujeres cuentan con menos apoyo o diversidad de apoyo familiar, en estos casos se cuenta con la persona referente como requisito, pero si luego se evalúa que no es una efectiva figura de apoyo y no se puede encontrar otra persona que apoye, se puede continuar tratamiento sin persona referente. Así mismo, **se insta especialmente a ampliar el concepto de familia:**

"Hay familias que no pueden formar parte del tratamiento porque resultan más patológicas incluso que las personas que tenemos ingresadas... en estos casos es importante rescatar a gente como amigos o amigas, o vecinas... porque entendemos familia de origen o creada, y muchas veces nos encontramos gente por ahí más sana que nos olvidamos si no. Amigas implicadas, vaya."

Así mismo, el ingreso en comunidad terapéutica desde perspectiva sistémica con perspectiva de género incorporada lleva a reflexiones como esta:

"Si la mujer no ingresa, el sistema familiar no cambia, porque ella sigue ahí. No cambia el

paradigma familiar. Si tú no sacas esa ficha de ahí, el sistema no va a cambiar. Nosotras insistimos mucho en esto cuando nos encontramos con la negativa de las mujeres al ingreso: si tú no te mueves, nada se va a mover. Seguirás estando identificada como el problema...”

Una sólida formación en perspectiva de género **permite reforzar los aspectos clave de la intervención sistémica, especialmente en el caso de las mujeres consumidoras y el movimiento de su papel dentro del sistema familiar tradicional.**

5.3.6 - La diversidad de identidad y de orientación sexual y de género

Por último, queremos poner de relieve que se ha detectado que, en la intervención familiar en tratamiento con respecto a esta cuestión, lo que está llegando son personas relacionadas con el contexto de Chemsex, y que son pocos los casos relacionados con mujeres lesbianas, personas trans binarias y no binarias, etc.

“Nosotras no recogemos datos de orientación sexual, pero nos llegan parejas de chicos, si, de contexto de Chemsex.”

“Alguna mujer lesbiana en atención familiar he tenido, pero es anecdótico.”

Por un lado, podemos y debemos poner la atención en las barreras de acceso a los espacios de atención para las mujeres en general (*cis, trans*) y particularmente para las que además no son heterosexuales, así como para las personas trans en general (binarias y no binarias). Y por otro, nuevamente aparece la necesidad de formación en perspectiva de género y en las dinámicas de exclusión de la población LGTBIQ+ precisamente dentro del entorno familiar, para poder intervenir de la forma más adecuada a ellas.

“Lo que antes se entendía como nuevos modelos de familia, ¿no? Que no nos están llegando a la atención familiar...”

“La verdad es que sabemos que puede haber muchos consumos relacionados con las violencias que sufren, pero no sé si estamos formadas para atender esa diversidad.”

“En comunidad terapéutica ha habido casos de personas trans, sobre todo chicos trans, que la familia no resultaba de apoyo...”

A close-up, profile view of a person's face, showing the forehead, eye, nose, and mouth. The lighting is soft, highlighting the texture of the skin and the intensity of the gaze.

06

RECOMENDACIONES Y NECESIDADES PARA LA INCLUSIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN FAMILIAR Y RESUMEN HALLAZGOS

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

RECOMENDACIONES / NECESIDADES

1. La intervención familiar no puede ser opaca al género. Es una cuestión de principios éticos de la intervención, pero también de efectividad y eficacia en los tratamientos.
2. Además, se constata que la no aplicación de la perspectiva de género en la intervención familiar puede incurrir en violencias institucionales e incluso iatrogenia.
3. Aunque el grado de sensibilización en esta materia es alto, se sigue sin incorporar de forma sistematizada y operativa la perspectiva de género en el ciclo natural de los proyectos que llevamos a cabo, en este caso: la intervención familiar en adicciones. Es necesario la formación específica en elaboración de proyectos desde perspectiva de género.
4. De forma general se necesita que los programas de atención familiar reciban fondos específicos para su desarrollo.
5. Emerge la necesidad de formación en perspectiva de género concretamente en elementos que aparecen en las familias (como los descritos en esta publicación) y cómo abordarlos. Tanto en la intervención con mujeres como hombres familiares.
6. Desde perspectiva de género es más fácil que los programas que intervienen con la familia como sujeto de intervención en sí misma (línea 'b' descrita en el punto 5.3.2) puedan desarrollar objetivos desde PG si tienen formación en ello. Sin embargo, esto no quita para que los programas donde la familia funciona como apoyo de la persona en tratamiento (línea 'a' descrita en el punto 5.3.2), con la adecuada formación en PG, se pueda también de hecho intervenir con las mujeres familiares de manera diferencial y con objetivos propios sin supeditarlas a los objetivos de la persona en tratamiento.
7. Emerge la necesidad de formación perspectiva de género específicamente para analizar las dinámicas familiares en torno a relaciones asimétricas de poder, para poder detectarlas y tenerlas en cuenta a la hora de la intervención con la familia en el contexto de consumo problemático y adicciones¹⁷.
8. Hay que contar con espacios no mixtos para el trabajo específico con las mujeres familiares desde perspectiva de género. Es necesario distinguir el grado de parentesco y también si la persona con el problema de adicción de la que son familiar es hombre o es mujer.
9. Es necesario abordar de forma específica los malestares de género y las violencias de género, en las mujeres que se atienden tanto si su familiar hombre está en tratamiento como no, y aunque no sea la demanda principal. Es necesario aprender a articular la relación entre la adicción de su familiar hombre, y sus malestares de género. A veces, en función de la gravedad de la situación, lo recomendable será acudir a otros servicios de atención específica a la violencia, pero siempre acompañándolas y sin forzar que acudan a esos servicios.

17 Ver ANEXO de recursos y bibliografía recomendada sobre Perspectiva de Género y Familia.

10. Se hace imprescindible prestar atención a la *sobremedicalización* de las mujeres familiares (sobre todo mayores, pero no solo) y las que están sometidas a violencias, para encontrar intervenciones más integrales que contribuyan a su bienestar y salida de la situación en la que están.
11. Es necesario implementar el trabajo familiar diferencial cuando son ellas las que tienen un problema de consumo o cualquier otra adicción, puesto que las relaciones se ven deterioradas específicamente por cuestión de género. Así mismo, la familia puede ser un elemento claramente de violencia y no un factor de protección o apoyo en el caso de las mujeres consumidoras.
12. Es recomendable ampliar el concepto de familia y la intervención familiar a figuras que puedan resultar de apoyo para las personas en tratamiento (amistades, vecindad...) especialmente con las mujeres en tratamiento cuando la familia es fuente de violencia y patologización.
13. Es necesario desarrollar medidas de igualdad dirigidas a la población en general, como realizar campañas de desestigmatización del consumo problemático y las adicciones en mujeres (para incidir en la reducción de los procesos de culpabilización y doble penalización por parte de la familia).
14. Se necesita explorar y resolver las barreras de acceso a tratamiento para la población LGTBQ+ más allá del Chemsex, y comprender las dinámicas familiares de exclusión y violencia que específicamente se dan por homofobia, lesbofobia, transfobia, etc., para poder articular intervenciones más adaptadas, integrales y efectivas.
15. Se ha hecho evidente mediante esta investigación que favorecer espacios de reflexión conjunta desde perspectiva de género entre profesionales, y el trabajo en red de UNAD facilitando estos espacios, permite la toma de conciencia de aspectos a mejorar y facilitan las sinergias que mejoran la intervención profesional y por consiguiente también a mejorar la calidad de vida de las familiares a las que atendemos.

RESUMEN DE HALLAZGOS

DEL PERFIL UNAD (REVISADOS DE 2018 A 2024):

El número de mujeres atendidas es siempre superior al de hombres en estos servicios, situándose la proporción de manera estable en torno al 65% mujeres – 35% hombres, con pequeñas variaciones arriba y abajo según los años.

En ambos casos se trata de madres y padres mayoritariamente, seguido de la pareja y después hermanas/os y otras figuras familiares.

Faltaría relacionar cuántas de estas figuras familiares lo son y en calidad de qué, de las mujeres en tratamiento, y cuántas de los hombres en tratamiento, aunque es evidente que, por número de población atendida en la red, la mayoría de familiares lo son de hombres en tratamiento.

DE LOS CUESTIONARIOS

Casi un 70% de las entidades que han respondido al cuestionario no cuentan con financiación específica para el desarrollo de la atención a familiares.

Al preguntar por el perfil de atención principal, las respuestas coinciden con lo expresado en los Informes del Perfil de las Adicciones de UNAD: la atención que se presta es principalmente a mujeres, mayoritariamente madres y parejas de las personas atendidas (que son mayoritariamente hombres).

En el cuestionario se ha preguntado por los objetivos de la intervención, metodología, y demás detalles cualitativos, que se deben describir en una respuesta abierta. Es decir: se ha optado por no condicionar dicha respuesta con respuestas cerradas/acotadas en un listado. En todos los cuestionarios respondidos hay una clara opacidad de género en esta primera descripción (con la excepción de 2 casos), esto es: la perspectiva de género, o una posible sensibilidad ante la misma, no aparece reflejada específicamente en ninguna de las descripciones redactadas por las y los profesionales. No es sino hasta la pregunta 16 del cuestionario (disponible en Anexos) que se pregunta específicamente acerca de si consideran que su programa de atención a familiares tiene o no perspectiva de género. Del análisis cualitativo de las respuestas dadas a esta y las siguientes preguntas del cuestionario, se deducen tres cuestiones muy importantes desde perspectiva de género:

- 1) Aunque se tenga la formación y sensibilidad en la materia, se tiende a describir el programa con una serie de generalidades referidas a la intervención sin incorporar de forma transversal la perspectiva de género en dicha descripción (objetivos directamente relacionados; áreas de intervención diferencial específicas; actividades dirigidas exclusivamente a mujeres desde perspectiva de género; etc.) y de ahí que presenten opacidad de género a no ser que se pregunte específicamente sobre ello.
- 2) Cuanta más formación y sensibilidad se tiene en perspectiva de género, más se reconoce que se necesita profundizar y seguir formándose/avanzar en la materia.
- 3) Muchas veces la perspectiva de género sigue quedando como elemento introducido por medio de las políticas públicas (es requisito para casi cualquier subvención) pero del que no se tienen nociones reales para su incorporación práctica y efectiva en los proyectos de intervención.

Se concluye también que, aunque el grado de sensibilización es alto, se sigue sin incorporar de forma sistematizada y operativa la perspectiva de género en el ciclo natural de los proyectos que se llevan a cabo, en este caso: la intervención familiar en adicciones. Emerge la necesidad de formación en elaboración de proyectos desde perspectiva de género.

DE LAS ENTREVISTAS

1. La familia significa en la práctica “las mujeres de esa familia”

En todos los servicios de atención familiar, lo que más llegan son mujeres de la familia o entorno cercano de la persona en tratamiento. Cuando se pide describir quiénes vienen a los grupos familiares, aunque estos estén orientados a hombres y mujeres, se cumple que en general quienes vienen son mujeres (madres, parejas de ellos, hermanas...). Solo en los grupos dirigidos específicamente a hijos e hijas aparece cierta paridad de demanda de atención, sobre todo en la franja de 25 a 35 años.

Muchas mujeres vienen incluso a costa de su salud y la intervención familiar se torna en que ella se priorice. Sin embargo, las profesionales que tienen formación en perspectiva de género perciben que otras figuras profesionales, sin formación, evalúan la situación de forma que recae más peso y responsabilidad sobre las mujeres (e incluso podemos afirmar que se cometen violencias institucionales en este sentido), y que pueden incurrir en reforzar elementos presentes en la sociedad que las mujeres traen a terapia (violencia simbólica; roles de buena madre-esposa-hija...; etc.).

A veces, desde perspectiva de género, la indicación terapéutica para las mujeres es que se alejen, que se protejan, pero el resto de profesionales sin sensibilidad/formación en perspectiva de género no lo ven así. De hecho, si los equipos que intervienen con el paciente en tratamiento y que intervienen con las familiares no son los mismos, a veces se encuentran con objetivos diferenciales precisamente por razón de género (es decir, lo que él necesita/quiere no es lo que ella necesita/quiere).

2. La familia como sujeto de derechos

Este eje de reflexión surge de la detección de dos líneas prevalentes en la intervención familiar:

a) cuando la familia es entendida en términos de apoyo al tratamiento o desde perspectiva sistémica (intervenir con la persona en tratamiento conlleva indispensablemente intervenir con la familia).

b) cuando la familia es entendida en términos de persona/s con necesidades de atención propias por el impacto de tener un/a familiar con drogodependencia o algún otro tipo de adicción, independientemente de que la persona se encuentre en tratamiento.

En cualquiera de los dos casos, se pueden dar intervenciones donde las acciones con la familia se enfoquen en torno a la persona que tiene el problema de adicción, o intervenciones enfocadas a las personas de las familias como sujetos con objetivos propios de intervención (terapéutica, social, jurídica, etc.).

El reto desde la perspectiva de género aparece cuando se pone la atención en que muchas de las mujeres que acompañan a las personas en tratamiento, recordemos que principalmente

son hombres, están en diversas situaciones de malestares e incluso violencia de género, que no suelen pasar desapercibidas a los equipos de intervención con sensibilidad en la materia.

Tradicionalmente se optaba por no intervenir, por no generar impacto en la persona en tratamiento, pero se ha notado un avance en este sentido y se interviene ofreciendo espacios de escucha, reflexión y acompañamiento.

En correspondencia con lo hallado en los cuestionarios, muchas de las intervenciones se centran en analizar con ellas desde perspectiva de género la no reciprocidad en los cuidados recibidos/dados, en la no corresponsabilidad en la atención y cuidados del hogar y las criaturas a cargo, etc.; con la correspondiente sobrecarga emocional específicamente por razón de género de las mujeres que acompañan a los hombres en general en sus vidas, y específicamente en el tratamiento.

Ante todo lo anterior, emerge la problemática de la falta de financiación específica en varias de las entidades, para poder realizar la intervención familiar diferencial.

3. La familia cuando es ella la que tiene un problema de adicción.

En general es sabido que hay una mayor vulneración y juicio de la mujer consumidora. La familia y el entorno social inmediato no están libres de ello.

Ellas tienen menos apoyo familiar y se normaliza en cierta manera.

Suelen venir mujeres (madres, hermanas, alguna amiga...) pero también es necesario indagar más si van a resultar un apoyo o no, por las relaciones deterioradas al haber una mayor culpabilización /sobrecarga por la violencia simbólica y la falta de pacto intragénero.

En cualquier caso, cuando son hombres los que aparecen como figuras de apoyo, si son pareja, hay que ver cómo es esa relación, ya que normalmente, las parejas masculinas son también consumidoras o con problemas en ese sentido, y si no lo son, algunas profesionales encuentran que con el tiempo emergen conductas mucho más relacionadas con el control y la sumisión de la mujer en la pareja (que el consumo ayudaba a mantener) que con su independencia y recuperación.

Hay excepciones de casos donde la pareja hombre claramente viene afectado y la situación se sale de la pauta general masculina por razón de género.

Y cuando el familiar atendido es el hijo o la hija, aparecen componentes directamente relacionados con el género, principalmente de cuestionamiento de su problemática (más que con los padres), menor apoyo y no entender las barreras de acceso al tratamiento a las que se enfrenta por ser mujer.

En el caso de las chicas jóvenes con problemática de adicción o en tratamiento sí se subvierte que aparecen tanto padres como madres, y generalmente la preocupación gira en torno a las violencias de género, principalmente de carácter sexual, que puedan sufrir (tanto por parte de la pareja como de otros hombres).

En las familias también se denota una preocupación particular cuando aparecen menores a cargo de la mujer con el problema de adicción (otras figuras familiares, especialmente las abuelas y abuelos, entran a hacerse cargo de los y las menores, y esto no está exento de conflicto).

Cuando ellas entran en tratamiento teniendo hijos/as menores a cargo, la afectación dentro de los roles de cuidado dentro de la familia puede hacer que el familiar no muestre apoyo ante ese ingreso. De hecho, es habitual que la familia acelere o pretenda acelerar los procesos de recuperación de las mujeres, sobre todo si ha conllevado ingreso, para poder retomar las labores de cuidados. Incluso se detecta una pauta de hombre pareja no consumidor que antes del tratamiento estaba ausente (en los cuidados, en la vida familiar, situado de forma muy funcional en torno al trabajo y el ocio), que aparece en el tratamiento pero como figura de presión para que ella vuelva al sistema familiar, y que se encuentra confrontado por el no consumo de psicofármacos que antes la *"enlentecía y la mantenía sin protestar"*.

Hay programas donde se dan las mismas consignas a las familias con respecto al control del dinero o la medicación, pero la práctica desde PG es que esto puede resultar bastante contraproducente en la mayoría de los casos de mujeres en tratamiento.

Se empieza a detectar claramente en espacios ambulatorios mujeres que piden tratamiento por consumos invisibilizados y que no resultan disruptivos socialmente: alcohol y psicofármacos en soledad. El impacto en el entorno familiar se produce, pero muchas veces el consumo tiene que ver con el propio sistema familiar y el papel que cada cual juega desde perspectiva de género. Hay situaciones previas de sobrecarga que los psicofármacos han ayudado a sostener, y el alcohol u otros consumos, aparecen cuando la situación se vuelve insostenible para la mujer y/o han aparecido situaciones de violencia intrafamiliar. Es un reto para la intervención familiar en general.

Por último, es de destacar que las profesionales que tienen casos de mujeres en situación de calle/exclusión residencial grave, o que presentan algún problema de salud mental grave, es complicado el trabajo familiar, porque suele haber un mayor rechazo a su situación.

Así mismo, el trabajo con ellas como pacientes en prisión pone de manifiesto la absoluta falta de apoyo familiar en general para ellas en ese medio.

4. Cuando hombres acompañan a hombres con problemas de adicción.

Aunque ya ha quedado evidenciado que quienes aparecen principalmente en los espacios de atención a familiares son las madres de hijos con problemas de adicción, cuando aparecen hombres son mayoritariamente padres.

Ha habido diversidad de interpretaciones al respecto, pero en general parece que basculan entre 1) la minimización del problema y/o la sobreprotección del hijo, y 2) que son ellos los que, en caso de acudir a terapia familiar con su pareja (padre y madre), ponen los límites al hijo consumidor.

También emerge la experiencia en ciudades pequeñas de hombres con un marcado carácter

autoritario dentro de la familia, padres de hijos consumidores en tratamiento, que dificultan el trabajo grupal familiar. Aparece una marcada jerarquía de género dentro de las relaciones familiares que marcan la dinámica grupal y las posibilidades de intervención.

A su vez, las profesionales reflexionaban acerca de la dificultad para manejar estos perfiles más autoritarios y jerárquicos, también por el hecho de ser ellas mujeres terapeutas, sin además resultar demasiado confrontativas. Emerge también la necesidad de formación para el manejo de las jerarquías intrínsecas a las relaciones de género dentro de la relación terapéutica en la intervención con familiares.

5. La falta de formación o no en perspectiva de género en la intervención familiar sistémica es clave

Las profesionales refieren que la formación en intervención familiar está especialmente carente de formación en perspectiva de género.

Al partir de una intervención sistémica se necesita implicar a todas las figuras familiares, pero sin una perspectiva de género en la intervención, se puede caer en estereotipos o sobrecargas de las mujeres en el sistema familiar.

Es necesario tener espacios de encuentro y reflexión constantes sobre estos temas, porque si no, la inercia lleva a que se olvide este enfoque y aparece claramente la posibilidad de la iatrogenia.

De hecho, urge la atención a la sobremedicalización de las mujeres familiares, que adolece de falta de intervención. Es necesario ante la complejidad de cuadros sintomatológicos de ansiedad/depresión fruto de la situación en la que se encuentran estas mujeres. Esto se puede detectar y valorar cuando se tiene formación en PG.

Una sólida formación en perspectiva de género permite reforzar los aspectos clave de la intervención sistémica, especialmente en el caso de las mujeres consumidoras y el movimiento de su papel dentro del sistema familiar tradicional.

6. La diversidad de identidad y orientación sexual y de género.

Por último, queremos poner de relieve que se ha detectado que, en la intervención familiar en tratamiento con respecto a esta cuestión, lo que está llegando son personas relacionadas con el contexto de Chemsex, y que son pocos los casos relacionados con mujeres lesbianas, personas trans binarias y no binarias, etc.

Por un lado, podemos y debemos poner la atención en las barreras de acceso a los espacios de atención para las mujeres en general (*cis*, *trans*) y particularmente para las que además no son heterosexuales, así como para las personas trans en general (binarias y no binarias).

Y por otro, nuevamente aparece la necesidad de formación en perspectiva de género y en las dinámicas de exclusión de la población LGTBIQ+ precisamente dentro del entorno familiar, para poder intervenir de la forma más adecuada a ellas.

07

BIBLIOGRAFÍA

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

Este listado recoge solo la bibliografía efectivamente empleada y analizada para este estudio.

En las autorías de las publicaciones se detalla el nombre de pila completo y no solo la inicial, siguiendo las recomendaciones desde perspectiva de género en las normas de citación.

- Arostegui Santamaria, Elisabete y Martínez-Redondo, Patricia (2018) *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Deusto.
- Becoña Iglesias, Elisardo y Cortés Tomás, Maite (coords.) (2008) *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol – DGPNSD.
- Becoña Iglesias, Elisardo y Cortés Tomás, Maite (coords.) (2011) *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol – DGPNSD.
- Castaños, Mónica; Meneses, Carmen; Palop, Mercedes; Rodríguez, Mercedes y Tubert, Silvia. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Castillo Castañeda, Georgina, Pérez Sánchez, Lucía y Rábago de Ávila, Marcela (2018) Adicciones desde un enfoque de terapia sistémica familiar: aportaciones del modelo de Stanton y Todd. *Rev Elec Psic Izt*. 2018;21(3):989-1005.
- Celinska, Katarzyna; Chia-Cherng Cheng (2017) Gender Comparisons in the Processes and Outcomes of Functional Family Therapy. *Journal of Juvenile Justice*, 2017, Vol 6, Issue 1, p82
- Copello, Alex G.; Velleman, Richard D. B. Y Templeton, Lorna J. (2005) Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, (July 2005), 24, 369 – 385
- Dakof, Gayle A.; Cohen, Jeri B.; Henderson, Craig E.; Duarte, Eliette; Boustani, Maya; Blackburn, Audra; Venzer, Ellen y Hawes, Sam (2010) A randomized pilot study of the Engaging Moms Program for family drug court, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 38, Issue 3, 2010, Pages 263-274 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547210000097>)
- Esteban Jessica; Suárez-Relinque, Cristina y Jiménez Teresa. I. (2023). Effects of family therapy for substance abuse: A systematic review of recent research. *Family Process*, 62, 49–73. <https://doi.org/10.1111/famp.12841>
- Fernández Cáceres, Carmen (2015), *Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones y la violencia familiar*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C. Recuperado en su versión Tesis de: <https://institutoilef.edu.mx/wp-content/uploads/2016/03/ILEF-TESIS-2015D.pdf>
- Goodrich, Thelma Jean; Rampage, Cheryl; Ellum, Barbara y Halstead, Kris (1989) *Terapia Familiar Feminista*. Barcelona. Paidós

- Knudson-Martin, C. (2013). Por qué es importante el poder: Crear una base de apoyo mutuo en las relaciones de pareja. *Family Process*. DOI: 10.1111/famp.12011. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1111%2Ffamp.12011&attachmentId=30778909>
- Marcos Sierra, Juan Antonio y Garrido Fernández, Miguel (2009) La Terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental, 2009, Vol. 27, número 2-3, págs. 339-362.*
- Macias-Esparza, Lidia Karina y Laso Ortiz, Esteban (2017). Una propuesta para abordar la doble ceguera: la Terapia Familiar Crítica sensible al Género. *Revista de Psicoterapia, 28(106), 129-148.*
- Martínez Redondo, Patricia (2009). *Extrañándonos de lo «normal». Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes.* Madrid. Horas y horas.
- Minuchin, Salvador (2003 [1974]) *Familias y terapia familiar.* Gedisa.
- Negrete Carballo, Laura Angélica y García Cerón, Ma. de los Ángeles Edith (2023) Intervención sistémica en mujeres familiares de personas con abuso de sustancias adictivas. *REVISTA INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES 2023.9(1).51-60*
- NIDA (2005). Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida.* Nueva York. Naciones Unidas.
- OEDA (2024) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2024. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024. 294 p.
- Palop Botella, Mercedes (2000). *Mujer y drogas.* Papeles del psicólogo, 75, 53-55.
- Pinzón Rodríguez, Ana María y Calvo-Abaunza, Andrés Felipe (2021) El rol de la familia en la rehabilitación de adicciones desde el Modelo Transteórico e Intervenciones Cognitivo - Conductuales. Artículo de revisión. *Informes Psicológicos, 21(1), 151-167*
- Rodríguez Pérez, Mercedes y Mosteiro Ramírez, Carmen (coords.) (2005) *Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención.* Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Rodríguez-Martín, Boris C.; Gallego-Arjiz, Belén; López-Ewert, Patricia; Reguera-Errasti, Jacobo; Quevedo De La Peña, María y Broche-Pérez, Yunier. (2019) Los primeros 90 días de tratamiento de adicciones: el rol de los grupos de apoyo para familiares. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones 2019.5(1).6-14*
- Rowe, Cynthia L. (2013) Terapia familiar para consumo de drogas: revisión y actualizaciones 2003-2010. *RET, Revista de Toxicomanías. N.º. 70 - 2013*

- Saco, Ailén; Irueste, Paula y Loyola, Caterina. (2020). Revisión de conceptos clásicos de la Terapia Familiar desde una perspectiva de género. *REDES: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales Año 2020, Número 41 (Julio 2020)*
- Stanton, Todd y cols., 1996 [1985] *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Gedisa.
- Villa Moral Jiménez, María de la; Sirvent Ruiz, Carlos (2009) Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Españoles *Interamerican Journal of Psychology, vol. 43, núm. 2, 2009, pp. 230-240*

08

ANEXOS

Intervención familiar en el tratamiento de las adicciones:
un análisis exploratorio

ANEXO I. CUESTIONARIO

ESTUDIO “INTERVENCIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES: UN ANÁLISIS EXPLORATORIO”

En el marco de investigaciones temáticas desarrolladas por UNAD, este 2025 hemos puesto en marcha un **estudio exploratorio sobre la intervención familiar** que se lleva a cabo desde los programas de tratamiento en drogodependencias en la Red UNAD.

Como parte del trabajo de campo, lanzamos este cuestionario con el fin de obtener información descriptiva y comprehensiva de las acciones que se llevan a cabo en la red UNAD en este ámbito.

No te llevará mucho tiempo completarlo y tus respuestas son fundamentales para la detección y descripción de estas experiencias.

El cuestionario permanecerá **abierto hasta** el miércoles día **2 de julio**.
Agradecemos vuestra colaboración y ¡seguimos trabajando en red!

* Indica que la pregunta es obligatoria

1. Entidad a la que perteneces *

2. Localidad *

3. Provincia *

4. Comunidad Autónoma *

5. ¿Tenéis programas de intervención familiar en el tratamiento de las adicciones en vuestro centro? *

Sí (Salta a la pregunta 7)

No (Salta a la pregunta 6)

6. Si has contestado no: ¿por qué? *

7. Describe el programa y señala sus principales objetivos: *

8. ¿Recibís/tenéis financiación específica para realizar esta intervención? *

Sí No No suficiente / Parcial

9. Si has contestado "Sí", describe el tipo de financiación.*

Si has contestado "No" o "No suficiente / Parcial", describe cómo posibilitáis que la atención se preste.

10. ¿Qué profesionales realizan la intervención directa con las familias? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Psicología
- Trabajo social Educación social
- Terapia ocupacional Medicina
- Enfermería
- Derecho / Jurídico
- Otro: _____

11. Tipo de intervención que realizáis: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Terapia de grupo a familiares
- Terapia de grupo multifamiliar (familias + personas en tratamiento) Apoyo individual a familiares
- Terapia familiar (familia + persona en tratamiento) Medidas complementarias
- Asesoramiento jurídico Terapia de pareja
- Otro: _____

12. Describe en detalle la metodología de atención (si empleáis algún manual o no, temporalidad, número de sesiones, etc.): *

13. ¿Qué canales de acceso / derivación tenéis a este programa? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Acceso directo a través de la persona en / demandante de tratamiento (es decir, se atiende a las familias de las personas que están en tratamiento)
- Acceso directo sin la persona con adicción (es decir, las familias son atendidas aunque su familiar con el problema de adicción no esté en tratamiento en nuestro programa/centro)
- Derivación de otros servicios (es decir, se accede mediante derivación de servicios sociales, atención primaria, etc., directamente como familia/familiares de persona con problema de adicción)
- Otro: _____

14. ¿Quiénes emplean mayoritariamente el servicio? *

- Hombres
- Mujeres

15. Describe el perfil/los perfiles principal/es de atención: *

16. ¿Vuestro programa tiene incorporada la perspectiva de género? *

- Sí
- No
- De manera insuficiente

17. Si has contestado "Sí" o "De manera insuficiente", describe los mecanismos por los cuales la tenéis incorporada.

Si has contestado "No", describe si crees necesario o no incorporarla, y por qué. *

18. ¿Realizáis intervención diferencial en/con las familias? *

19. Define qué entiendes por género y por perspectiva de género: *

20. Señala si las personas que realizan la intervención directa con las familias tienen formación en: *

Selecciona todos los que correspondan.

- Intervención familiar
- Perspectiva de género
- Dinámica grupal
- Otro:

21. Añade cualquier información que consideres relevante y que no haya quedado recogida en las preguntas anteriores.

PROTECCIÓN DE DATOS:

El responsable del tratamiento es de UNAD RED DE ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES (NIF G78005386 y domicilio en Calle Cardenal Solís, 5, 28012, Madrid), con la finalidad de llevar a cabo un control sobre los asistentes a las jornadas y eventos que se celebran, mantenerle informado/a de próximas jornadas y/o eventos que puedan ser de su interés, así como la grabación del evento. La base de legitimación del tratamiento será la existencia de una relación contractual entre las partes y su consentimiento o nuestro interés legítimo para el envío de publicidad y la publicación de su imagen. Sus datos no serán cedidos a terceros sin su consentimiento, salvo obligación legal, ni tampoco se llevarán a cabo transferencias internacionales. Trataremos sus datos mientras se mantenga vinculado con nosotros o hasta al revocación de su consentimiento si esta fuese la base de legitimación del tratamiento. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y revocación del consentimiento, así como otros derechos desarrollados deberá dirigirse a unad@unad.org. En caso de querer presentar una reclamación, puede acudir a la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Le informamos que la actividad será grabada y publicada en redes sociales con fines divulgativos. En caso de que no desee que su imagen o voz aparezcan en el video, evite hacer preguntas a los ponentes a viva voz y opte por comunicarlas por papel a través de uno de los organizadores de la actividad; en caso de jornadas online, no active su cámara o su micrófono e interactúe mediante el chat de la plataforma.

Nota: Su participación en esta jornada implica su consentimiento explícito para el uso de su imagen con fines de difusión y promoción del programa (redes sociales, fotografías, vídeos, etc.).

He leído y estoy de acuerdo con las condiciones. *

ANEXO II. BIBLIOGRAFÍA DE CONTEXTO RECOMENDADA

1. NOTAS A PIE DE PÁGINA 1: FAMILIA, MUJERES, CUIDADOS, Y 2: SUBJETIVIDAD Y GÉNERO.

- Comas D'Argemir, Dolores (2000) Mujeres, familia y Estado del bienestar, en del Valle, Teresa (coord.) *Perspectivas feministas desde la Antropología Social*. Ed. Ariel.
- Amoroso Miranda, María Inés; Bosch, Anna; Carrasco, Cristina et al. (2003) *Malabaristas de la vida: mujeres, tiempos y trabajos*. Icaria Editorial.
- Antolín Villota, Luisa (2003) *La mitad invisible*. Acsur Las Segovias.
- Simón Rodríguez, Elena (2001) *Democracia Vital. Hombres y mujeres hacia la plena ciudadanía*. Editorial Narcea.
- Muruaga, Soledad et al. (2013) *La salud mental de las mujeres. La Psicoterapia de la Equidad Feminista*. Asociación de Mujeres para la Salud.
- Lagarde y de Los Ríos, Marcela (1989) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México, 2ª reimpresión 2003.
- Lagarde y de Los Ríos, Marcela (2005) Claves feministas para la negociación en el amor, editado en España por horas y HORAS la editorial, en el libro *Para mis socias de la vida*, Colección Cuadernos Inacabados nº 48
- Lagarde y de Los Ríos, Marcela (2001) *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Horas y HORAS la editorial.
- Bourdieu, Pierre (2000) *La dominación masculina*. Ed. Anagrama. Barcelona. 2000
- Esteban, Mari Luz, *Crítica del pensamiento amoroso*. Edicions Bellaterra. Barcelona. 2011
- Pateman, Carole (1995) *El contrato sexual*. Editorial Anthropos
- Vance, Carol S. (1989) *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Talasa editores.
- Eichenbaum, Luise y Orbach, Susie (1988) *¿Qué quieren las mujeres?* Talasa ed.
- Hernando, Almudena (2012) *La fantasía de la individualidad: sobre la construcción socio-histórica del sujeto moderno*. Katz Editores
- Hernando, Almudena (ed) (2015) *Mujeres, hombres, poder. Subjetividades en conflicto*. Traficantes de Sueños.

- Hernando, Almudena (Ed.) (2000) *La construcción de la subjetividad femenina*, Al-Mudayna, Madrid
- Coria, Clara (1992) *El sexo oculto del dinero*. Ed. Paidós.
- Sanz, Fina (1995) *Los vínculos amorosos. Amar desde la Identidad en la Terapia de Reencuentro*. Ed. Kairós.
- Bonino, Luís (2000). Varones, género y salud mental. Deconstruyendo la “normalidad” masculina. Publicado en Segarra, M. y Carabí, A. (eds): *Nuevas masculinidades*. Icaria.
- Bonino, Luís (2006). Micromachismos, el poder en la pareja “moderna”. Voces de hombres. <https://vocesdehombres.files.wordpress.com/2008/07/micromachismos-el-poder-masculino-en-la-pareja-moderna.pdf>
- Covas, Susana (2019). ¿Desde qué imaginarios de hombres nos relacionamos las mujeres con los hombres? Revista Galde. <https://www.galde.eu/es/desde-que-imaginarios-de-hombres-nos-relacionamos-las-mujeres-con-los-hombres/>
- Morales, Olmo (2019) La experticia masculina. Voces invisibles. Asociación Española de Terapia Gestalt. <https://vocesinvisibles.home.blog/2019/09/13/experticia/>

2. FAMILIA Y GÉNERO

- Walters, Marianne et al. (1991) *La red invisible. Pautas vinculadas al género en relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Burín, Mabel y Meler, Irene (1998) *Género y familia. Poder, amor y sexualidad y la construcción de la subjetividad*. Paidós Ibérica.
- Jiménez-Aristizabal, Amaia (2015) *Perspectiva de género en Terapia Familiar*. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.
- Goodrich, Thelma Jean; Rampage, Cheryl; Ellman, Barbara y Halstead, Kris (1989) *Terapia Familiar Feminista*. Barcelona. Paidós
- Knudson-Martin, C. (2013). Por qué es importante el poder: Crear una base de apoyo mutuo en las relaciones de pareja. *Family Process*. DOI: 10.1111/famp.12011. Recuperado de: <https://onlinelibrary.wiley.com/action/downloadSupplement?doi=10.1111%2Ffamp.12011&attachmentId=30778909>

3. OBRAS QUE INTERSECCIONAN INTERVENCIÓN FAMILIAR, ADICCIONES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO (EN ALGÚN CAPÍTULO O EN LA OBRA COMPLETA)

Castaños, Mónica; Meneses, Carmen; Palop, Mercedes; Rodríguez, Mercedes y Tubert, Silvia (2007) *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Fernández Cáceres, Carmen (2015), *Modelo de terapia familiar multidimensional con perspectiva de género para la atención de las adicciones y la violencia familiar*. México: Centros de Integración Juvenil, A.C. Recuperado en su versión Tesis de: <https://institutoilef.edu.mx/wp-content/uploads/2016/03/ILEF-TESIS-2015D.pdf>

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

Negrete Carballo, Laura Angélica y García Cerón, Ma. de los Ángeles Edith (2023) Intervención sistémica en mujeres familiares de personas con abuso de sustancias adictivas. *REVISTA INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES* 2023.9(1).51-60

NIDA (2005). Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. *Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida*. Nueva York. Naciones Unidas.

Palop Botella, Mercedes (2000). *Mujer y drogas*. Papeles del psicólogo, 75, 53-55.

UNAD

La red de atención a las
adicciones

unad@unad.org

unad.org

UNAD

La red de atención a las adicciones

C/ Cardenal Solís, 5 local 2
28012 Madrid

91 447 88 95
unad@unad.org