



"Este programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal"

INSTITUTO CHIHUAHUENSE DE LA MUJER

MODELOS DE ATENCION CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA LA INCORPORACION A LOS CENTROS DE ADICCIONES

INDICE

La Violencia de Género

- Concepto
- Las Víctimas
- Tipología de la Violencia de género
- Formas de situaciones de género
- La escalada y el ciclo de la violencia

Procesos que dificultan la comprensión del fenómeno de la violencia de género

- Concepto de género
- La visión de género
- Perspectiva o análisis de género
- Derecho a la asistencia social integral
- La actuación ante los casos de violencia

Detección, Orientación, y el Tratamiento de la violencia de género

Principios rectores del tratamiento sensible a las cuestiones de género

Como hacer para que una mujer participe en un tratamiento

Promoción y establecimiento de redes en el marco político

Estudios etimológicos como evolución de programas etimológicos sobre los modelos de intervención

Protocolos del maltrato y/o adicción

Protocolos de atención específica

Formación y sensibilización

Adecuación de los recursos existentes en las dos redes

A modo de conclusión y otras propuestas

Atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres

Propuestas de intervención que tenga en cuenta la maternidad

Acerca de la invisibilización en el consumo de las mujeres (Psicofármacos)

La Violencia de Género

Concepto

La violencia de género se define como: «Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que causa o es susceptible de causar a las mujeres daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada»¹. Esta definición conceptualiza la violencia de género y la identifica como un atentado contra la integridad, la dignidad y la libertad de las mujeres, independientemente del ámbito en el que se produzca.

Hasta hace poco tiempo la violencia de género apenas trascendía de la privacidad de las personas. El maltrato a la mujer permanecía en el secreto de las familias. La consideración de la violencia como fenómeno privado «ha propiciado que fuera entendida como un derecho de los varones, como algo normal e incluso legítimo, para pasar, posteriormente a ser vista como algo inadecuado pero que formaba parte de la vida íntima y en lo que, por tanto, no se debía intervenir.

Esto, por supuesto, ha contribuido a que las mujeres no denunciaren la violencia, por miedo y por vergüenza.

Ha sido necesario un proceso de concienciación y sensibilización pública para hacer visible la magnitud y gravedad del fenómeno social de la violencia de género y promover la denuncia de tales hechos. Sacarlo del espacio privado y situarlo en el espacio público ha supuesto un cambio que ha determinado que hoy los actos de violencia contra las mujeres generen rechazo social, aunque, quizás, no con toda la contundencia que sería deseable.

«La sociedad no puede, en justicia, prohibir el ejercicio honrado de sus facultades a la mitad del género humano.» Concepción Arenal (1820-1893)

La reciente consideración de la violencia contra las mujeres como problema social ha implicado su visibilización y una nueva forma de abordar su explicación. No es lo mismo un abordaje considerándolo como un problema individual o acto aislado, desde un análisis erróneo, que se atribuye a circunstancias particulares del agresor o de la víctima (socioeconómicas, psicopatológicas, conductas adictivas, etc.), que como una cuestión que hunde sus raíces en las relaciones sociales de poder entre mujeres y hombres basadas en la desigualdad², donde en el proceso de toma de conciencia social se ha puesto de manifiesto, desde organismos

¹ Art.1 de la «Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer». Naciones Unidas, Conferencia de Viena, 1993.)

² VICTORIA A. FERRER Y ESPERANZA BOSCH FIOL, «El papel del movimiento feminista en la consideración de la violencia contra las mujeres: el caso de España». Publicado en Revista de Estudios Feministas Labrys. Nº 10

internacionales y comunitarios, que las causas están claramente vinculadas a la estructura de poder patriarcal, en la que las mujeres ven amenazadas sus vidas por el simple hecho de haber nacido mujer.

Por tanto, la violencia de género está directamente asociada a las relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres, determina una posición de subordinación y vulnerabilidad de las mujeres, independientemente de su situación socioeconómica, tiene un carácter estructural: la *estructura familiar patriarcal*, la *estructura social* basada en la división sexual del trabajo y los roles sociales, y las *pautas culturales tradicionales* basadas en la supremacía de un sexo y la supeditación de otro. Todo ello configura una relación de desigualdad de poder, de derechos y de libertades entre mujeres y hombres, que genera situaciones de violencia machista, como manifestación extrema de la dominación hacia las mujeres y de su discriminación en los ámbitos de la vida pública y privada.

La desigualdad y la discriminación de las mujeres, que siguen sin disponer de iguales condiciones de partida para el disfrute de los derechos y el ejercicio de la ciudadanía, continúan siendo hoy un caldo de cultivo para la violencia de género. La discriminación de la mujer y la violencia de género, como la manifestación más brutal de estas desigualdades, es un problema que traspasa fronteras y que en la actualidad se hace presente en la mayor parte de los países del mundo.

Así pues, la violencia de género:

Existen elementos o factores de naturaleza estructural o social, como las relaciones de poder históricamente desiguales entre los sexos, que han conducido a la dominación masculina y a la discriminación de las mujeres, impidiendo en éstas su pleno desarrollo y su autonomía y seguridad para hacer frente a la violencia.

No es un fin en sí misma sino un instrumento de dominación y control que constituye un hecho social.

Existen elementos o factores de naturaleza coyuntural o personal que pueden aumentar la probabilidad de que se desencadenen situaciones de violencia de género (desempleo, adicciones, etc.), pero que por sí mismos no constituyen las causas del maltrato.

Es producto de la adscripción de roles de género de desigual valor social en función del sexo, configurando un sistema de dominación – sometimiento.

Las víctimas

La víctima de violencia de género siempre es una mujer. Cualquier mujer, por el hecho de serlo, puede llegar a sufrir una situación violenta de este tipo. Independientemente de las circunstancias particulares de cada víctima (económicas, laborales, sociales, educativas, etc.) o de otros elementos que

pueden incrementar el riesgo potencial de sufrir maltrato (pautas culturales, socialización según estereotipos de género, falta de medios para la detección, dificultades en la aplicación de la legislación vigente, etc.) el principal factor de riesgo es ser mujer.

La violencia que se ejerce sobre las mujeres en el ámbito doméstico también afecta a los y las menores que integran el núcleo familiar. Según un estudio realizado por la ONG Save the Children (2006), sobre Análisis de la atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección a la mujer:

Los niños y las niñas son víctimas de la violencia de género que se ejerce sobre sus madres, y son víctimas en todos los casos de violencia psicológica y a veces también física directa.

Entre los efectos que la violencia de género tiene sobre los/as menores se encuentran:

- Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad o agresividad.
- Problemas de integración en la escuela: falta de concentración, disminución del rendimiento, etc.
- Síntomas de estrés postraumático: insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad.
- Síntomas depresivos: llanto, tristeza, aislamiento.
- Alteraciones del desarrollo afectivo, tales como dificultad para manejar las emociones e internalización de roles de género erróneos.
- En algunos casos, la muerte.

Se hace necesario, por tanto, la incorporación de buenas prácticas a través de la actuación profesional, tales como:

- Desarrollar estrategias y medios adecuados que permitan abordar la prevención de la violencia de género, especialmente desde el ámbito comunitario, para favorecer la sensibilización social, la detección precoz de estas situaciones y la formación en valores igualitarios.
- Coordinar e integrar la intervención del sistema de protección a la mujer en materia de violencia de género y del sistema de protección a menores y a la familia, desarrollando programas de actuación especializada destinados a este fin. Promover el trabajo en red y la elaboración de protocolos de actuación en el ámbito local faciliten abordar y atender adecuadamente los casos que se detecten.

Tipología de la violencia de género

La violencia contra las mujeres se manifiesta de múltiples formas, determinadas por diferentes factores. Éstos no son siempre comunes, pero desde las diversas teorías psicosociales se han establecido marcos generales para explicar las causas de este tipo de violencia. Sin embargo, la existencia de pautas sociales y culturales, que actúan como instrumento de dominación y control de los hombres

sobre las mujeres, son un denominador común presente en todas sus manifestaciones.

Tal como indica Luis Bonino, «La violencia es en realidad, no una suma de hechos aislados sino un conjunto de técnicas de coacción utilizadas en un proceso de intento de dominación y control, que ejecutan en diversos grados casi todos los varones socializados en nuestra cultura sexista patriarcal³».

Formas y situaciones de violencia de género.

La violencia de género está presente en todos los ámbitos en los que se desenvuelven las mujeres.

Además de la violencia doméstica, que es la más reconocida, se encuentran entre sus formas el abuso sexual que sufren muchas menores, las agresiones sexuales, el acoso sexual en el trabajo, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada, el hostigamiento en los espacios públicos, la violencia hacia las mujeres derivada de conflictos armados, la mutilación genital femenina, etc.

En función del medio empleado y el resultado perseguido, se consideran formas de violencia de género aquellas que consisten en infligir a la mujer, entre otros, un daño físico, psicológico, sexual, económico y/o laboral, con independencia de que las mismas estén tipificadas por la legislación vigente como delito, falta o infracción administrativa. Estas manifestaciones pueden darse simultáneamente, generándose situaciones donde la violencia adopta varias formas a la vez.

Malos tratos físicos

Uso deliberado de la fuerza con la intención de generar lesión física, daño o dolor (puñetazos, bofetadas, arañazos, quemaduras, estrangulamientos, rotura de huesos).

Malos tratos psicológicos

Actos que atentan contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona.

Estas agresiones pueden plasmarse en tácticas de ejercicio de poder y control (vigilancia, insultos, humillaciones, prohibiciones, manipulaciones afectivas) con el consecuente proceso de aislamiento y anulación de la autoestima.

Malos tratos sexuales

Incluyen cualquier acto de intimidad sexual forzada por el agresor o no consentida por la víctima, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, el abuso sexual, con independencia de que el

³ LUIS BONINO. Obstáculos a la comprensión y a las intervenciones sobre la violencia (masculina) sobre las mujeres en la pareja, 2004.

agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva y de parentesco con la víctima.

Abuso sexual a menores

Actos y comportamientos, incluida la exhibición y la observación, que un adulto realiza para su propia satisfacción sexual, con una niña o adolescente, empleando la manipulación emocional, el chantaje, las amenazas, el engaño o la violencia física.

Acoso sexual

Conductas consistentes en la solicitud de favores de naturaleza sexual, prevaleciendo el sujeto activo de una situación de superioridad laboral, docente o análoga, con el anuncio expreso o tácito a la víctima de causarle un mal relacionado con las expectativas que la víctima tenga en el ámbito de dicha relación, o bajo la promesa de una recompensa o premio en el ámbito de la misma.

Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres

Cualquier tipo de actuación que impida o restrinja el libre ejercicio por las mujeres de su derecho a la salud reproductiva y, por tanto, que afecte a su libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos para la salud, así como a su libertad para decidir o no la procreación y para acceder o no a servicios de atención a la salud sexual y reproductiva y a los anticonceptivos.

Cualesquiera otras formas análogas de violencia

Que lesionen o sean susceptibles de lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres.

Violencia económica o malos tratos económicos

Privación intencionada y no justificada legalmente de recursos para el bienestar físico o psicológico de la víctima y de sus hijos/as, así como la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito familiar o de pareja.

Tráfico o utilización de mujeres

Control o uso de las mujeres con fines de explotación sexual, prostitución, comercio sexual, o cualquiera que fuere el tipo de relación forzada: conyugal, paterno filial, laboral etc., que una a la víctima con el agresor.

Mutilación genital femenina

Procedimientos que implican una eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos y/o lesiones causadas a los órganos genitales por razones culturales, religiosas o cualquiera que no sea de orden estrictamente terapéutico, aún cuando se realicen con el consentimiento, expreso o tácito, de la víctima.

En función del ámbito donde se produce la violencia y de la existencia o no de relación entre el agresor y la víctima, se clasifican como situaciones de violencia de género las siguientes:

Situaciones de violencia doméstica: referidas a la violencia ejercida sobre las mujeres por hombres con quienes mantienen o han mantenido un vínculo afectivo, conyugal, de pareja, paterno-filial o semejante, incluso sin convivencia.

Situaciones de violencia laboral o docente: referidas a la violencia ejercida sobre las mujeres por hombres con quienes mantienen un vínculo laboral, docente o análogo, aprovechándose de una posición de superioridad frente a la de dependencia de las víctimas. Destaca dentro de estas situaciones, tanto por sus características como por las consecuencias que tiene para las mujeres, el acoso sexual.

Situaciones de violencia social: referidas, entre otras, a la violencia que se ejerce sobre las mujeres en los espacios públicos, a través de los medios de comunicación de masas, de la publicidad, del uso del lenguaje, las costumbres, la tradición oral, etc.

La escalada y el ciclo de la violencia

La cara más visible de la violencia de género son los malos tratos a mujeres en el ámbito doméstico/familiar. Éstos se muestran como la realidad imperante, y también sobre la que más se ha incidido y sensibilizado.

La violencia que se ejerce sobre las mujeres en el marco de las relaciones de pareja o de afectividad, es un fenómeno muy complejo con consecuencias muy graves y sobre múltiples sujetos de la convivencia, ya que confluyen en este ámbito vínculos jurídicos y afectivos, dependencias emocionales y económicas y, en la mayoría de los casos, hijos e hijas en común y una relación de convivencia entre el agresor y la mujer.

En el ámbito doméstico, el maltrato hacia la mujer se desarrolla generalmente siguiendo unas pautas concretas que se han ido identificando, para su mejor comprensión, a través de teorías como la «*Escalada de la violencia*» y el «*Ciclo de la violencia*».

La escalada de la violencia se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y la frecuencia de las agresiones se va incrementando a medida que pasa el tiempo.

Comienza con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia y expresión, por parte del agresor, de actitudes de cuidado y protección, difíciles de percibir por su apariencia *amorosa*, pero que van reduciendo la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma y su capacidad de reacción.

Se trata de conductas restrictivas y controladoras, que van minando su autonomía, a la vez que la sitúan en condiciones de dependencia y aislamiento. Un ejemplo son los celos, la vigilancia, la censura sobre la ropa, amistades o actividades, el control de los horarios, las salidas fuera de la casa, etc. Habitualmente estas

conductas, que suelen ser la antesala del maltrato físico, no se perciben por parte de las mujeres como agresivas, sino como manifestaciones del carácter de la pareja o de rasgos masculinos por excelencia (rol dominante y protector a un tiempo), que se han interiorizado como *normales* a través de los procesos de socialización en la familia, la escuela o la calle, por lo que su importancia suele ser minimizada y son admitidas tácitamente, lo que genera a las mujeres situaciones de indefensión aprendida y vulnerabilidad.

El aumento progresivo de la violencia, hasta llegar a las agresiones físicas e incluso a la muerte, puede extenderse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, durante el cual se incrementa la pérdida de referencias, autoestima, seguridad personal, de manera que es difícil para la mujer víctima percibir y entender el significado y la trascendencia del proceso en el que está inmersa, así como el riesgo que corre.

A menudo, sólo con el paso del tiempo, la víctima constata que esta escalada puede conducirla a la muerte.

Es importante que la mujer sea consciente de la peligrosidad y de la necesidad de protegerse a sí misma y, en su caso, a sus hijos/as, así como de la imposibilidad para corregir, controlar o cambiar las conductas del agresor.

Es de vital importancia el papel del/a profesional para una adecuada orientación y atención a la mujer en la búsqueda de soluciones; su formación, su sensibilización y sus capacidades profesionales resolutivas

Paralelamente a la escalada de la violencia se produce el ciclo de la violencia⁴, que refleja el modo en el que agresor y víctima se comportan dentro de cada una de las etapas del proceso violento, planteando la existencia de tres fases distintas, las cuales varían en tiempo e intensidad:

La comprensión del ciclo de la violencia es muy importante para saber cómo detener o prevenir los incidentes de agresión:

- 1. Tensión:** las tensiones se construyen
- 2. Agresión:** la violencia estalla
- 3. Remisión:** fase de calma o de interludio amoroso

Fase de tensión o acumulación: Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, durante la cual la irritabilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer.

⁴ VILLAVICENCIO P, SEBASTIÁN J., Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Madrid, 1999 tanto para la propia mujer víctima de la situación, como para las y los profesionales que deban intervenir, en la atención y orientación en la búsqueda de soluciones efectivas que permitan romper con la situación de violencia de género.

Ocurren incidentes de agresión menores, que la mujer cree poder manejar de diferentes formas (calmando al agresor, complaciéndolo, apartándose), con el objetivo de evitar que la tensión aumente.

Las mujeres suelen intentar controlar los factores externos con el propósito de impedir los incidentes de agresión, llegando en ocasiones a manipular el comportamiento de otras personas cercanas (hijos/as, padres, madres, hermanos/as o amistades) hacia el agresor; lo encubren, lo excusan, y con frecuencia alejan a aquellos/as que quieren y que podrían ayudarla. Así, se van intensificando la violencia verbal, las discusiones por cuestiones intrascendentes, pudiendo aparecer esporádicos ademanes de agresión física, premonitorios de lo que va a suceder en fechas próximas. La tensión seguirá aumentando gradualmente, acumulándose hasta llegar a la siguiente fase.

La frecuencia con que se repite este ciclo y la peligrosidad de las agresiones aumenta a medida que se avanza en la escalada de la violencia **TENSIÓN, AGRESIÓN, REMISIÓN**

Fase de agresión: Se caracteriza por una descarga incontrolada de las tensiones que se han ido acumulando, y que llevan a que se produzca un incidente agudo de agresión. Estalla la violencia y tienen lugar las agresiones físicas, psíquicas y/o sexuales. En esta fase las mujeres suelen experimentar un estado de colapso emocional (síntomas de indiferencia, depresión y sentimientos de impotencia). Tienden a permanecer aisladas y pueden pasar varios días hasta que se decidan a buscar ayuda. Es tras esta fase cuando la mujer suele denunciar o solicitar atención profesional, si bien no lo hace inmediatamente después del incidente agudo de agresión, a menos que requieran asistencia médica por la gravedad de las lesiones o daños.

Fase de calma o remisión: En esta fase, denominada también de *luna de miel*, desaparece la violencia y la tensión. El agresor utiliza estrategias de manipulación afectiva y muestra un comportamiento extremadamente cariñoso (regalos, disculpas, promesas) con el fin de que la mujer permanezca junto a él y no le abandone, argumentando un arrepentimiento que puede parecer sincero.

Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer continúe la relación, llegando a creer que cambiará. Todo esto hace difícil que se mantenga su decisión de romper con la situación de violencia. Esta fase durará cada vez menos tiempo, hasta que se vuelva inexistente, aumentando las dos anteriores en frecuencia e intensidad.

Hay un elemento fundamental que paraliza la decisión de abandonar el ciclo de la violencia: el miedo.

Esta explicación también ayuda a entender cómo llegan las mujeres agredidas a experimentar el síndrome de indefensión aprendida y por qué no intentan romper con la situación de violencia.

En los casos de violencia de género referidos al ámbito doméstico, las mujeres que inician el proceso de ruptura suelen experimentar importantes transformaciones de tipo vital, económicas e incluso de ubicación geográfica, lo que supone en ocasiones un gran desarraigo. Pero, posiblemente, es en el aspecto psicológico en el que se manifiestan las consecuencias más sutiles y desestructurantes si bien no todas las mujeres se ven afectadas del mismo modo.

Muchas víctimas desarrollan lo que se denomina «*trastorno de estrés postraumático*» (Walter, 1991; Dutton, 1992), que aparece tras la experimentación de un acontecimiento traumático, en el que la persona se ve envuelta en situaciones que representan un peligro real y cierto para su vida o integridad física.

El conocimiento y la comprensión de lo que se ha denominado «*escalada de la violencia*» y «*ciclo de la violencia*», así como la percepción de la mujer que sufre maltrato sobre lo que ocurre, sus dificultades y los distintos procesos de ruptura con los que nos podemos encontrar es esencial,

RECUERDA:

Cada vez que se cierra el ciclo la mujer pierde confianza en sí misma y siente indefensión.

Por ello es esencial que reciba apoyo concreto y refuerzo en todas las ocasiones en las que decida dar pasos encaminados a salir de la situación de violencia y recuperar el autocontrol y la autonomía personal.

Si esto no se produce, llegará la fase de calma y será más difícil la toma de decisiones.

Continuar la relación o volver con el agresor son dos de las cuestiones que más incompreensión generan entorno al fenómeno de la violencia de género, tanto para los y las profesionales, como para la sociedad en general. Esta incompreensión puede llevar incluso a retirar el apoyo a la mujer (por sentimientos de fraude, preocupación o frustración). En el caso de los/as profesionales, será preciso respetar los tiempos propios de la evolución de la mujer y de su comprensión y aceptación de la realidad de la situación, respetando su libertad de decisión informada y consciente, así como dejar claro que pueden seguir contando con el apoyo y la atención del servicio.

Entre los factores más relevantes que inciden en que la mujer permanezca durante años al lado de su agresor o que incluso regrese con él tras haber logrado romper la relación, destacan:

- La no percepción del maltrato La esperanza de que él cambie La inseguridad y baja autoestima
- La indefensión aprendida
- La dependencia emocional del agresor

- La vergüenza y el sentimiento de culpa
- La preocupación por hijos e hijas El sentimiento de fracaso
- Los conflictos entre el *debe ser* y el *querer ser*
- El miedo a un futuro incierto y a la soledad
- El miedo a las represalias del agresor
- El aislamiento social

Repercusiones sociales de la violencia de género y consecuencias en las mujeres víctimas

Los impactos de la violencia de género son múltiples. Afecta a la salud biopsicosocial de la mujer con consecuencias: físicas y psicológicas (lesiones y patologías crónicas, algunas de ellas con resultado de muerte o considerables grados de discapacidad, baja autoestima, ansiedad, depresión), laborales (absentismo y descenso del rendimiento y la competencia laboral), sociales (falta de participación, riesgo de pobreza y exclusión, aislamiento social y dificultades de integración), o educativas (absentismo escolar, trastornos de conducta y aprendizaje y problemas de equilibrio emocional en las y los menores). Vulnera los derechos fundamentales de las mujeres a la libertad, la dignidad o la igualdad como ciudadanas. Como fenómeno social estructural, tiene consecuencias permanentes y objetivas, entre otras, en la seguridad o la economía (incremento del gasto sanitario, social, policial, judicial, etc.).

Procesos que dificultan la comprensión del fenómeno de la violencia de género y su identificación

Existen tres procesos que dificultan la comprensión, el reconocimiento y la respuesta a la violencia de género:

- La invisibilización.
- La legitimación o justificación.
- La naturalización de la violencia (tolerancia social).

Se invisibiliza la violencia de género cuando se normaliza y se resta importancia a ésta, considerándola como algo habitual que siempre ha existido. Este discurso la incorpora como parte de una violencia general, connatural al ser humano; reduce las agresiones sexistas a la violencia doméstica y equipara la estructural y de género del hombre hacia la mujer con las agresiones puntuales de la mujer hacia el hombre. Este proceso diluye la magnitud de la violencia de género en la aceptación *irremediable* de una presunta *agresividad natural del ser humano*. Desde esta perspectiva, la invisibilización de la violencia de género es correlato de la falta de valor del rol femenino y la representación social de la mujer.

Se legitima y justifica la violencia de género cuando se vincula a procesos presuntamente coyunturales de los agresores: precariedad laboral, desempleo o presión laboral por exceso o responsabilidad; conductas adictivas de consumo (alcohol, drogas); patologías mentales o falta de autocontrol por celos o

irritabilidad; e incluso, llega a asociarse a conductas presuntamente provocadoras por parte de las mujeres (forma de vestir, presión psicológica, relaciones sociales, autonomía económica, éxito profesional...). La legitimación y la justificación de la violencia de género son correlatos del valor del rol masculino y la representación social del hombre.

Se naturaliza la violencia de género transmitiendo y consolidando en la sociedad determinados discursos, creencias o mitos que desvirtúan la verdadera dimensión del problema y que minimizan la gravedad de las actitudes sexistas, pese a que pueden provocar la muerte de las mujeres agredidas.

Estos discursos operan como argumentos en la naturalización o normalización de la violencia que se ejerce sobre las mujeres, ya que con ellos se intenta dar una explicación no racional a la realidad.

Concepto de género

El género es la construcción cultural por la cual se asigna a las personas, de uno y otro sexo, determinados roles, funciones, valores o comportamientos diferentes y de desigual valor. Es una construcción social de las relaciones entre mujeres y hombres, así como de las mujeres entre sí y de los hombres entre sí, aprendidas a través de la socialización, cambiantes en el tiempo y diferentes de una cultura a otra. Se crea en muchos casos a partir de roles y estereotipos que las personas van asumiendo en función del grupo al que pertenecen. Entre los roles más comunes podemos encontrar los siguientes:

Los hombres se educan en la sociedad y la cultura en masculino, para desempeñar una actividad central (valorada): la producción. Ocupan el espacio público (vida social, política, económica, laboral) y se les valora como referentes sociales del poder y la toma de decisiones.

Las mujeres se educan en femenino para desempeñar una actividad minusvalorada: la reproducción. Ocupan el espacio privado, especialmente lo relacionado con la actividad doméstica y las relaciones personales, y tienen una menor participación en los espacios de toma de decisiones.

Diferencia entre sexo y género:

El sexo alude al conjunto de caracteres genéticos y a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

El género se refiere a las diferencias construidas social y culturalmente para hombres y mujeres, a la forma de relacionarse y dividir sus funciones. Estas diferencias se pueden modificar y, de hecho, cambian según el tiempo, contexto, clase social, etnia, edad o cultura.

Los roles de género son pautas, valores y comportamientos asignados tradicionalmente de modo desigual a hombres y mujeres mediante los procesos de socialización. Se transmiten por cada cultura y son asumidos por las personas de uno u otro sexo mediante la interiorización

La consolidación de los roles de género en estereotipos transforma las diferencias biológicas entre uno y otro sexo en desigualdades sociales, fruto de un sistema basado en construcciones sociales y culturales en las que se ha transmitido y consolidado la supremacía de lo masculino sobre lo femenino.

El concepto de género ayuda a conceptualizar adecuadamente la violencia ejercida por los hombres sobre las mujeres y desvelar su auténtica naturaleza. Situar los desiguales roles y las desiguales relaciones de poder en el centro del análisis de la violencia de género es imprescindible para desarrollar estrategias de transformación personal y social que permitan su erradicación.

La violencia hacia las mujeres está enraizada en comportamientos prescritos, en normas y actitudes basadas en el género, en el discurso aprendido de lo que significa la masculinidad y la femineidad, normas, definiciones y mandatos sobre lo que supone ser un hombre o una mujer.

La visión de género

El género en nuestra sociedad está jerarquizado. Las relaciones entre los sexos son relaciones de poder, en las que lo masculino domina lo femenino y donde se establecen, por lo tanto, relaciones de supeditación. A este sistema se le denomina Sistema Patriarcal

La causa fundamental que origina y perpetúa la violencia de género es el sometimiento y control de las mujeres, aspecto básico del funcionamiento del patriarcado. La violencia se utiliza para mantener las relaciones de poder desiguales.

La visión de género permite analizar y visibilizar precisamente las causas de las principales diferencias y, sobre todo, de las desigualdades, en la vida de las mujeres y los hombres, con el objetivo de revelar las discriminaciones basadas en el sexo o el género.

Perspectiva o análisis de género

Es la consideración sistemática, en el conjunto de la actividad política, social, económica, profesional, institucional,... de las diferentes situaciones o condiciones de vida, obstáculos o limitaciones, participación, recursos, derechos, prioridades o necesidades, valores y comportamientos de hombres y mujeres, determinados por los roles tradicionales de género en la sociedad.

La incorporación de la perspectiva o análisis de género en la actividad profesional, especialmente en la intervención con mujeres víctimas de violencia de género, es estrictamente necesaria, pues se trata de una herramienta que permitirá dar respuestas más informadas, adecuadas y equitativas, analizando las causas que generan desigualdades, evaluando la posibilidad de modificarlas y, fundamentalmente, elaborando propuestas de acción tendentes a modificar esas desigualdades, contribuyendo así a la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres.

La complejidad de este fenómeno requiere soluciones que no se limiten a paliar e intervenir sólo sobre las consecuencias, sino que aborden las causas y lo que subyace a los actos de violencia, es decir, el modelo dominante que perpetúa la discriminación de las mujeres.

Derecho a la asistencia social integral

- Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a recibir asistencia social integral, a través de los servicios sociales de emergencia, atención, apoyo, acogida y recuperación integral.
- La asistencia social integral conlleva atención especializada en las áreas social, psicológica, jurídica, educativa y laboral a través de servicios de carácter multidisciplinar, e incluye:
 - Información.
 - Atención psicológica.
 - Apoyo social.
 - Seguimiento de las reclamaciones sobre sus derechos.
 - Apoyo educativo a la unidad familiar.
 - Formación preventiva en los valores de igualdad dirigida a su desarrollo personal y a la adquisición de habilidades en la resolución no violenta de conflictos.
 - Apoyo a la formación e inserción laboral.
- Este derecho comprende también a los y las menores que se encuentren bajo patria potestad o guarda y custodia de la mujer víctima de violencia.

La organización de los servicios que presten la asistencia social integral debe responder a los principios de atención permanente, actuación urgente, especialización de prestaciones y multidisciplinariedad profesional.

La actuación ante los casos de violencia

Uno de los elementos claves para el tratamiento efectivo de la violencia de género y su erradicación es comprender los contextos donde se genera y las dificultades para identificarla, así como sus causas y consecuencias. Saber cómo detectarla, orientar a las mujeres y actuar adecuadamente mejorará las actuaciones y la intervención con quienes la sufren, con el objetivo de minimizar los efectos y su perpetuación social.

Detección, Orientación, y el Tratamiento de la Violencia de Género

La detección

Generalmente, las mujeres que sufren malos tratos son incapaces de ayudarse así mismas debido al deterioro psicológico que presentan como consecuencia de la violencia reiterada. Por eso la detección y la atención profesional representan un apoyo clave para romper con la violencia de género y facilitar la normalización de la vida de la mujer y de las personas que de ella dependen, su reincorporación a la vida social y su recuperación psicológica.

Por otra parte, los discursos de negación, legitimación, justificación o naturalización de la violencia de género que siguen vigentes en nuestra sociedad y en una parte de las y los profesionales que intervienen en el proceso, así como los mitos y estereotipos mediante los que se transmiten, provocan en las mujeres un estado de conflicto e inseguridad en la percepción e interpretación de la agresión que están sufriendo, que paraliza o anula su capacidad de reacción y la búsqueda de soluciones y dificulta la detección por parte de los servicios que deben intervenir.

En muchos casos, la negación o naturalización de la violencia por parte de las mujeres víctimas está condicionada por las siguientes circunstancias:

- Miedo a reconocer el problema por temor a la desprotección, la falta de seguridad, los trastornos en la vida propia y en la de las hijas e hijos, etc.
- Miedo a las amenazas y a sufrir acoso si se intenta romper la relación.
- Vergüenza por el hecho de ser víctima de violencia y por el miedo a ser juzgada.
- Sentimientos de culpa porque, en ocasiones, llegan a asumir que la violencia es merecida.
- Sentimientos de comprensión y protección hacia el agresor, por sus circunstancias personales.
- Percepción de que el maltrato no es severo, así como incapacidad para prever la evolución del mismo e identificar el peligro.
- Miedo al futuro, especialmente cuando tienen menores o personas a su cargo.

Ante tales discursos es importante que las mujeres comprendan que el agresor:

- Emplea la violencia para dominar e infundir temor en ella, como un ejercicio de poder, con el fin último de doblegarla.
- Tiene un concepto estereotipado y sexista sobre la masculinidad y la femineidad. Ha interiorizado valores tradicionales de la superioridad masculina y piensa que es «su mujer», por lo que puede hacer con ella lo que considere.

- Tiende a justificar la conducta violenta culpabilizando a la mujer. Le atribuye que su comportamiento no es el apropiado. No asume la responsabilidad de las agresiones considerando que el problema no es de él. Habitualmente lo proyecta hacia causas externas (familia, trabajo, estrés, desempleo, ebriedad, provocación por parte de la mujer).
- Emplea estrategias para minar la seguridad, la autonomía y la autoestima de la mujer, tales como el aislamiento social (intenta impedir sus relaciones con familiares, amistades, compañeros/as de trabajo, etc.); la descalifica y humilla; desprecia y critica su trabajo, su conducta o actitudes, su modo de tratar a las/os hijas/os, etc.
- Su comportamiento en el ámbito privado no se corresponde con su actitud y conducta en el público. En el ámbito social puede ser un individuo respetado y respetuoso, amable, solidario, equilibrado.
- Es manipulador y controlador. En ocasiones utiliza a los hijos/as como un medio para poder seguir maltratando.
- Ofrece grandes resistencias a cambiar, pues no reconoce sus actos como delictivos.

Muchas veces las mujeres presentan signos evidentes de la situación de violencia que se ejerce sobre ellas, especialmente físicos. En otros muchos casos las señales no son tan evidentes, por lo que la detección se puede apoyar en la observación de indicios de tipo psicosocial, socio sanitarios, laborales o económicos, que constituyen evidencias o pruebas relevantes para poder orientar y apoyar a la mujer.

La orientación

Las mujeres deben estar informadas y saber cómo tienen que actuar para su propia protección.

Por eso, es necesario emprender medidas de información y sensibilización.

Ante una situación de violencia de género hay algunas cuestiones generales que las mujeres y las personas que las rodean han de tener en cuenta:

- Denunciar desde los primeros momentos. Los malos tratos se agravan progresivamente con el paso del tiempo. No denunciar por miedo nunca tiene resultados positivos. Volverá a suceder y cada vez será peor. Para la mujer tomar esta decisión no es fácil, por lo que una vez informada de su derecho a hacerlo, es conveniente respetar sus tiempos en el proceso de toma de decisiones, con el objetivo de establecer el plan de protección y evitar la victimización secundaria.
- La victimización es el proceso por el que una persona sufre las consecuencias de un hecho traumático. La victimización secundaria se refiere a las consecuencias psíquicas (no deliberadas pero efectivas) que la víctima recibe en su relación con los/as profesionales que la asisten

(incomprensión, interrogatorios, reconstrucción de los hechos, demora de los procesos, etc.).

Cuando existe la sospecha o la certeza de que una mujer está siendo víctima de violencia, se deben seguir, en términos generales, las siguientes pautas de actuación:

- Establecer una comunicación fluida con la mujer empleando técnicas como la escucha activa. Este marco de escucha y comunicación es básico, ya que el silencio contribuye a la prolongación y la cronificación de la situación de violencia de género, hace a las mujeres más vulnerables y las expone a un mayor deterioro, llegando incluso a peligrar su vida.
- Generar procesos adecuados para que la mujer pueda verbalizar o relatar su historia de maltrato, sus experiencias y sentimientos, sus necesidades y demandas.
- Apoyarla en la expresión de sus sentimientos, su canalización y la comprensión de lo que le está ocurriendo, así como en el desarrollo que permitan afrontar el problema, lo que la ayudará a generar el proceso de ruptura y a adoptar la determinación de solicitar ayuda externa.
- Promover una relación profesional de apoyo a la mujer en la toma de decisiones.
- Orientarla sobre sus derechos y las oportunidades que tiene a su alcance para poner fin al círculo de la violencia. La orientación consiste en estimular los procesos de análisis, abriendo el abanico de posibilidades para salir de la situación, pero nunca debe ser una imposición por parte del/a profesional.
- Desarrollar actuaciones encaminadas a una atención que incluya información, orientación y asesoramiento, al menos en las áreas social, psicológica, jurídica y sanitaria.
- Poner en comunicación a la mujer con los recursos especializados en esta materia, si no se dispone de los medios y programas apropiados en los recursos de base, al objeto de que pueda recibir la asistencia social integral que precisa.

El Tratamiento de la Violencia de Género

Ofrece a las mujeres víctimas de violencia una atención inmediata y a distancia las 24 horas, ante una situación de emergencia, a través de un centro coordinador preparado para dar una respuesta a la situación de crisis, bien por sí mismo o movilizándolo otros recursos.

Se solicita a través de la Administración Local: cabildos y ayuntamientos.

Algunos elementos claves para seguir avanzando son:

- El abordaje integral y la calidad de las actuaciones.
- La intervención con perspectiva de género.
- La colaboración y la coordinación interinstitucional.

- La transversalidad de género.
- La formación en género, igualdad y violencia contra las mujeres.
- La coordinación.
- La participación social.
- Los diagnósticos, protocolos de actuación y acuerdos de colaboración interinstitucionales.
- La investigación, estudio y análisis.
- Los equipos multidisciplinares e interdisciplinares. Los espacios para contrastar experiencias y aprendizajes.
- El conocimiento sobre buenas prácticas.
- Las evaluaciones y reprogramaciones.

El Tratamiento de la Violencia de Género

Integración de la perspectiva de género en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas públicas, considerando sistemáticamente las diferentes situaciones, necesidades y problemas, condiciones, limitaciones, prioridades e intereses de hombres y mujeres, a efectos de promover la igualdad de oportunidades y evitar el impacto diferencial en función del género. Se trata de una estrategia que persigue: integrar la igualdad de oportunidades en las políticas y prácticas cotidianas de los poderes públicos, evitar los desequilibrios y desigualdades existentes en la sociedad, involucrando tanto a mujeres como a hombres y acabar con cualquier tipo de discriminación basada en el sexo.

PROGRAMA DE ATENCION AMBULATORIA A LAS ADICCIONES ANTARIS 2010

Nuestro Programa de Intervención tiene como características las siguientes:

- El modelo se estructura en torno a las diferentes fases de tratamiento (recepción, acogida y valoración diagnóstica, desintoxicación, deshabituación-rehabilitación e incorporación social). Estas fases se superponen concurriendo a veces de forma paralela.
- Atención personalizada con una amplia oferta de recursos y programas (todos los que dependen de la Red Pública Asistencial Andaluza) que son ofertados en función de las necesidades y circunstancias de cada persona.
- Abordaje interdisciplinar para responder a las distintas demandas con un claro afán de adaptación a sus necesidades.
- El modelo de atención es de aplicación a todas las conductas adictivas por consumo de sustancias y a las adicciones comportamentales (juego patológico, internet...). Seguimos un modelo comunitario y psicoterapéutico, por lo que los objetivos que nos planteamos van encaminados tanto a la consecución de recursos personales que permitan la incorporación al medio, como preparar a éste para que esto sea posible.

Los objetivos son evaluados periódicamente y redefinidos a lo largo del proceso terapéutico. Las actividades y estrategias se caracterizan por su diversidad y flexibilidad.

LA ATENCIÓN A LA PROBLEMÁTICA CONJUNTA DE DROGODEPENDENCIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES

Un estudio realizado por la FUNDACIÓN ATENEA / JUNIO 2009⁵

Introducción

Según la bibliografía consultada, el perfil⁶ de esas mujeres se centra en una mujer: Entre los 31 y los 40 años, con una edad media de 36.

- En el 51% de los casos solteras, pero con un porcentaje importante de mujeres separadas (34,5%), con hijos/as.
- En el momento de solicitar tratamiento, la mayoría convivía con su familia de origen.
- Posee un nivel de estudios medio, trabaja como empleada, aunque hay un porcentaje importante que poseen un nivel cultural bajo y no tiene una profesión definida.
- La demanda de tratamiento suele ser por la adicción al alcohol y/o cocaína, con una adicción de 11 años de evolución.
- Se inició en el consumo a los 19 años con una pareja consumidora.
- Es maltratada por esta pareja desde los 22 años durante un periodo aproximado de 8 años, sin pedir ayuda.

En el caso de mujeres que tienen problemática de consumo de drogas y de maltrato por género, nos damos cuenta de que es complejo indagar qué fenómeno sucede antes, porque además estas mujeres suelen contar con una historia vital, de antecedentes situados en maltratos infantiles, o desestructuración familiar, etc, muy importantes.

En este contexto, el uso indebido de drogas se constituye en ‘factor desencadenante’ en tanto propicia violencia en el ámbito familiar, o en ‘efecto’ en tanto las drogas se convierten en un refugio o escape de una persona para sobrellevar situaciones de violencia intrafamiliar.

Así, estas dos circunstancias están muy relacionadas, y son los aspectos más visibles y dramáticos de una realidad estructural más profunda, centrada en la desigualdad por género. Forman parte de las situaciones que puede vivir una mujer o que pueden afectar de mayor manera a una mujer por el hecho de serlo.

⁵ ASECEDI. Diagnóstico y atención de la violencia de género en las personas en tratamiento en centros de día.

⁶ Blanco, Pilar. *Perfil psicopatológico. Psico y socioterapia de la mujer adicta maltratada.*

Todo este círculo tiene tras de sí una estructura social y cultural profundamente asentada y ampliamente aceptada, muchas veces de manera inconsciente hasta por la propia población femenina. Esa estructura se basa en una cultura androcéntrica en la que sigue existiendo discriminación hacia las mujeres, que genera aspectos excluyentes por formar parte de la población femenina, y que se incrementa aún más por factores que generan exclusión social en la población (drogodependencia, discapacidad, etc). Así, una mujer drogodependiente cuenta con un estigma social muy marcado, mucho mayor que en el caso de los hombres⁷.

Partimos de la hipótesis de que la atención a mujeres drogodependientes no ha sido tenido en cuenta desde su especificidad, no ha habido una consideración de los factores de género en el tratamiento de la población drogodependiente, que se ha centrado en los varones, ya que es la población que tradicionalmente acude más a solicitar tratamiento. La mujer no acude a solicitar ayuda porque cuenta con ese "peso social" (vergüenza, miedo...) que lo obstaculiza, que se suma a las cuestiones atribuidas al hecho de "ser mujer" como tener hijos/as a los que cuidar, etc, además de las cuestiones individuales de cada una de ellas. Los recursos de atención tampoco suelen tener en cuenta que, además del escaso porcentaje de población femenina adicta que acude a los recursos, hay una cantidad de mujeres drogodependientes que desarrollan su adicción a escondidas. El resultado final es que los dispositivos de atención a drogodependientes, por lo general, ni ofrecen una ayuda específica a las mujeres con problemas de adicciones, ni las apoyan para que den el primer paso en la solicitud de ayuda.

Si además añadimos el maltrato por la pareja u otras cuestiones asociadas que se generan por esa desigualdad estructural a la que sigue estando sometida la población de mujeres, pensamos que las redes de atención o las redes asistenciales a las que puede llegar una mujer con alguna problemática por género o incrementada por factores de género, por lo general, se muestran perdidas en la atención que pueden o deben ofrecer.

Según el análisis de la información recopilada en la tarea previa de revisión documental, no existen de forma generalizada recursos asistenciales que tengan en cuenta el tratamiento a las mujeres desde lo que se denomina "perspectiva de género" ya que los servicios de atención a personas con problemas de drogodependencia no tienen entre sus objetivos atender otro tipo de problemas como el maltrato. Estos recursos se suelen centrar en la consecución de la abstinencia sin ahondar en las causas, principalmente por falta de formación de los profesionales o porque tienen un número elevadísimo de personas usuarias a las que ofrecerles una ayuda urgente, por lo que no están adaptados a las necesidades particulares de estas mujeres.

⁷ Martínez Redondo, Patricia. Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. ASECEDI. 2008

Por su parte, también se ha observado que desde la red de atención al maltrato, no se cuenta con espacios específicos para la atención a este grupo de mujeres con adicción, ni tampoco con una atención específica en los recursos existentes. Una mujer en consumo activo puede presentar un estado de desestructuración y desestabilización tal que sea muy complejo intentar atajar su problemática de violencia, sobre todo porque debido a los efectos de su consumo quizá no sea consciente de ésta.

En un estudio realizado a nivel internacional, se proponen ideas sobre cómo debe ser un tratamiento de las drogodependencias aplicado desde la perspectiva de género, y cómo se debe promover que las mujeres participen en los tratamientos de desintoxicación, aplicando esa visión desde el género:

PRINCIPIOS RECTORES DEL TRATAMIENTO SENSIBLE A LAS CUESTIONES DE GÉNERO⁸:

- Género: Reconocer que el género es un hecho diferencial.
- Entorno: Crear un entorno basado en la seguridad, el respeto y la dignidad.
- Relaciones: Elaborar políticas, prácticas y programas favorables a las relaciones personales y que promuevan vínculos sanos con los hijos, los familiares, la pareja y la comunidad.
- Servicios: Abordar las cuestiones relativas al uso indebido de sustancias, los traumas y la salud mental ofreciendo servicios de amplio alcance, integrados y culturalmente adecuados.
- Situación económica y social: Dar a la mujer posibilidades de mejorar sus condiciones socioeconómicas.
- Comunidad: Establecer un sistema de atención en la comunidad que incluya servicios de amplio alcance, inspirados en la colaboración.

CÓMO HACER PARA QUE UNA MUJER PARTICIPE EN UN TRATAMIENTO:

1. Pronta intervención y participación en el tratamiento.
 - Programas únicamente para mujeres.
 - Detección precoz en el marco de servicios de atención primaria de salud.
 - Sensibilización y suministro de información realista y exacta.
 - Uso de estrategias motivacionales de participación ajenas a enfoques de confrontación o moralizadores y ofrecimiento de opciones de programas flexibles.
2. Contacto con los servicios de tratamiento psiquiátrico para atender a las necesidades de las mujeres con trastornos concomitantes.

⁸ Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios Monográficos y experiencia adquirida. Oficina contra la Droga y el Delito. Naciones Unidas. Nueva York, 2005. Para conocer más experiencias internacionales sobre atención adaptada a cuestiones de género, se recomienda acudir a este estudio, accesible en la Red.

- Directrices para las entidades que ofrecen tratamiento contra el abuso de sustancias o tratamiento para problemas de salud mental.
- Integración de los servicios, en lugar de fragmentación.
- Reconocimiento precoz de los problemas concomitantes de abuso de sustancias y salud mental y de las necesidades de intervención, a fin de retener a las pacientes.
- Capacitación intersectorial entre los sistemas de tratamiento del abuso de sustancias y los de salud mental, así como entre los servicios de atención de salud y los servicios sociales.
- Cooperación y creación de redes.
- Gestión de casos y atención compartida.

3. Atención a las tradiciones culturales.

- Servicios en la comunidad.
- Desintoxicación en el hogar.
- Adaptación de los métodos de intervención al entorno cultural, respetando la cultura y el idioma.
- En algunas culturas, hacer que personas de la población masculina participen en la planificación y el desarrollo de los servicios a fin de vencer el estigma y los tabúes culturales que afectan a las mujeres.

4. Atención a las sustancias que la cultura tolera.

- Reconocer que el alcohol y el tabaco son drogas.
- Proporcionar información y educación sobre las sustancias lícitas.
- Modificar el uso social reconociendo los problemas que esas sustancias causan.
- Despertar conciencia de que la mayoría de los perjuicios a la sociedad provienen de los aficionados al alcohol en la vida social.

5. Consumo de varias sustancias por las mujeres.

- Analizar los problemas de abuso de sustancias y ofrecer tratamiento para todos ellos en un solo contexto.
- Incorporar enfoques de reducción del daño.
- Ayudar a las mujeres a establecer prioridades.
- Llevar a cabo investigaciones para definir el perfil de las mujeres con problemas de alcoholismo o de drogodependencia.

Además, en este estudio se añaden las recomendaciones fruto de los debates sostenidos en la reunión de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, titulada: "Women's Drug Treatment: Lessons Learned", celebrada en Viena del 15 al 17 de diciembre de 2003

Promoción y establecimiento de redes en el marco político:

Los estudios monográficos y los debates de la reunión de Viena demuestran la necesidad de promover y establecer redes en el plano político con posibles

asociados e interesados para despertar conciencia acerca de la importancia de las cuestiones de género. La promoción y el establecimiento de redes en el plano político también pueden permitir que se supere la estigmatización y se reconozca la necesidad de un tratamiento sensible a las cuestiones de género, tanto en el caso de la mujer como del hombre. Para lograrlo, la promoción debe existir a todos los niveles: internacional, nacional y comunitario.

En los debates celebrados en la reunión de Viena se concretaron las siguientes estrategias:

- a) Realizar actividades de promoción en reuniones y grupos sobre cuestiones normativas a nivel internacional, nacional o local.
- b) Servirse de estructuras como las Naciones Unidas y la Unión Europea para elaborar planes mundiales o regionales de financiación.
- c) Lograr que mujeres de gran relieve aboguen por que se reduzca la estigmatización de las mujeres con problemas de drogodependencia.
- d) Asegurar una notoriedad constante gracias a actividades de investigación, capacitación y actos de afirmación femenina.
- e) Aumentar la sensibilización entre los grupos poco informados, como los medios de comunicación local, y citar ejemplos de casos que demuestren la eficacia en función de los costos.
- f) Lograr que mujeres dedicadas a la política transmitan el mensaje de que, vale la pena invertir en la mujer y que los efectos de los resultados satisfactorios no se limitan a las propias mujeres, sino que también benefician a sus familiares y comunidades.
- g) Promover en reuniones de mesa redonda que interesen a los diversos niveles jerárquicos ideas como la de que la incorporación de la perspectiva de género requiere un enfoque vertical.
- h) Utilizar mecanismos de potenciación de comunidades en general para aumentar la sensibilización; establecer alianzas con posibles asociados o interesados que puedan repercutir en el éxito de los proyectos en las fases iniciales de planificación.
- i) Preparar iniciativas regionales de cooperación para sensibilizar a la población e intensificar su toma de conciencia.
- j) Recurrir, en las comunidades, a los mensajes de salud pública, la educación por personas de igual condición, las consultas comunitarias y la publicidad en favor de los programas para atraer a las consumidoras y los agentes de remisión de casos.

Estudios epidemiológicos, evaluación de programas e investigación sobre los modelos de intervención:

El examen de la bibliografía y los debates celebrados en la reunión de Viena pusieron de relieve la falta de información apropiada sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias. Asimismo, se carecía de datos de evaluación de los programas para mujeres, datos necesarios para obtener financiación, y hacían falta investigaciones básicas sobre las intervenciones

eficaces para el tratamiento de mujeres. Se reconoció la necesidad de (cualitativos y cuantitativos), en las siguientes esferas:

Epidemiológica: ¿Qué sustancias se consumen y cuáles son los métodos de consumo, teniendo en cuenta que en diferentes contextos culturales puede haber modelos diferentes de pautas de consumo de esas sustancias por parte de los hombres y las mujeres?

Investigaciones cualitativas para conocer cabalmente las proporciones de hombres y mujeres entre los consumidores de sustancias ilícitas, dado que los datos sobre la utilización de los servicios tal vez no reflejen las necesidades reales.

Evaluaciones de las necesidades específicas por sexo, y elaboración de instrumentos y herramientas apropiados para aplicar a las mujeres.

Investigaciones sobre el tratamiento relacionadas con:

- Las pautas de comportamiento de las mujeres en lo que respecta a solicitar ayuda y los factores que promueven o refrenan la solicitud de ayuda.
- Las opiniones de las mujeres sobre la prestación de servicios para promover el acceso al tratamiento y la adecuación de los servicios a las necesidades de las mujeres.
- Las diferencias de género en los factores o las intervenciones que contribuyen al inicio del tratamiento, la permanencia en él y sus resultados.
- La evaluación del proceso y los resultados del tratamiento especialmente destinado a las mujeres.

SUGERENCIAS

- Acercamiento a la atención ofrecida a las mujeres con problemas de adicción y maltrato de género en los recursos ya existentes de la red de malos tratos y de la red de drogodependencias.
- Conocimiento de la existencia de protocolos específicos de detección y de atención de ambas problemáticas en las dos redes.
- Valoración de la necesidad del desarrollo de protocolos de atención específica en recursos ya existentes de ambas redes.
- Valoración de la necesidad y viabilidad de la creación de un recurso específico de atención a estas mujeres.
- Propuesta de adaptación de las casas de acogida de mujeres que sufren maltrato a la situación peculiar de las mujeres maltratadas adictas.
- Propuesta de adaptación de los centros de atención a drogodependientes a la situación concreta de las mujeres con esta doble problemática.
- Valoración y satisfacción de las usuarias con los espacios mencionados y la atención que dispensan.

- Propuestas de mejora de esta atención específica al colectivo de mujeres que viven esta doble problemática.

Estudios etimológicos como evolución de programas etimológicos

En el origen de estas dos problemáticas está el concepto de “dependencia emocional”, que surge continuamente en el discurso de las y los profesionales. Insisten en que la dependencia emocional es una patología de la personalidad muy relacionada con la población femenina.

Desde el equipo investigador, se añade que su surgimiento puede estar asociado a la existencia de pautas culturales y valores tradicionales basados en las diferencias por género, asumidos por la sociedad y por la propia población femenina. Estos estereotipos son los que relacionan a las mujeres con una forma de ser determinada orientada al cuidado de los demás, especialmente los hijos/as, la pareja y la familia, que pertenecen a la esfera privada en la que, según esta concepción, es en la que las mujeres ejercen su rol. Todo ello conlleva el desarrollo de una personalidad dependiente en torno a estos escenarios, que incluyen, por ejemplo, una visión romántica de las relaciones por parte de las mujeres, un concepto de amor que se centra en el “aguantar” o en el “soportar” para mantener la familia unida, y una visión de la pareja donde la mujer es la “cuidadora” o la “salvadora”, haciéndose hincapié en el rol tradicional de la mujer “maternal” y “sufridora”. Como resultado de una personalidad dependiente patológica se puede generar una tolerancia hacia posibles situaciones extremas que se asumen dentro de un

Según los datos y la percepción de las y los profesionales, que consideran que la gran mayoría de mujeres drogodependientes sufre o ha sufrido violencia de género.

Según datos del Instituto de la Mujer, y a modo orientativo, en el año 2007 se produjeron 63.347 denuncias por malos tratos por parte de mujeres, y 10.902 por parte de hombres.

Para más información sobre el perfil de mujeres drogodependientes, recomendamos acudir, entre otros, al estudio Mujer y adicción, del Instituto de adicciones, de Madrid Salud, editado en 2005 y disponible en Internet.

Planteamos dos caminos por los que la población femenina puede llegar a la adicción:

- 1.- (Coincidiendo y apuntalando los resultados de la investigación expuesta anteriormente), desde un contexto previo en el que el consumo convive junto a otros factores como el maltrato, los abusos...
- 2.- Desde un contexto en el que la pauta general de inicio de consumo es el comienzo de una relación de pareja con un hombre consumidor.

Así, según se señala en el estudio realizado en País Vasco⁹, la pareja actual de las mujeres que manifestaron haber recibido malos tratos por su pareja o ex pareja también ha sido consumidora o usuaria de drogas en un 55,4% de los casos. El 16,1% de las mujeres declara que en el momento de la entrevista su pareja estaba consumiendo.

Desde un contexto en el que se cruzan las dos situaciones anteriores: mujeres que comienzan su relación con un hombre consumidor, y que poseen una historia personal precedida de maltratos, abusos, etc.

Esta influencia frecuente de las parejas en el inicio del consumo de las mujeres también sigue presente” según las y los profesionales consultados cuando las mujeres empiezan con un tratamiento de desintoxicación. Si el hombre sigue consumiendo es muy difícil que la mujer empiece un tratamiento de desintoxicación, y posiblemente se produzcan abandonos del tratamiento.

Además de por la influencia de la pareja, los equipos de profesionales y el equipo investigador consideramos que las mujeres no suelen acudir a tratamiento por estas otras cuestiones:

El tratamiento de las drogodependencias tradicionalmente se ha enfocado a la población masculina porque acude en mayor medida a los recursos¹⁰.

Las mujeres drogodependientes suele estar peor consideradas socialmente que los hombres drogodependientes.

Según datos de la Delegación Nacional sobre Drogas, sólo el 16% de mujeres adictas acude a tratamiento frente al 84% de varones¹¹.

Desde este punto de vista, las y los profesionales vuelven a poner el punto de atención en lo que denominan “drogodependencia invisibilizada” (alcohol, tranquilizantes). La mujer consume en el ámbito privado por el miedo a ser rechazada socialmente.

⁹ <<los chicos llegan por su grupo de iguales, por sus amigos...y la mujer tiene que ver más con la pareja>> [profesional recurso de atención ambulatoria a personas drogodependientes. Red de Córdoba] <<y muchas mujeres suelen recurrir a la adicción empujadas por su afán de “cuidar” o de “salvar” de las drogas a su pareja masculina consumidora, o también, y ante una situación extrema en la que ven imposible que su pareja abandone el consumo, optan por caer ellas también>> [profesional recurso de atención residencial a mujeres drogodependientes. Red de Madrid]

¹⁰ Para más propuestas sobre una intervención en drogodependencias con perspectiva de género, recomendamos consultar la siguiente bibliografía: Mujer y adicción. Instituto de Adicciones. Madrid Salud. Edición de 2005. Y Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Patricia Martínez Redondo. ASECEDI. 2008. Ambos accesibles en Internet.

¹¹ Según el estudio La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados, la pareja [como ayuda al tratamiento] aparece en menor medida (7,3%) y es que esto puede resultar lógico si tenemos en cuenta que muchas de las parejas de mujeres toxicómanas son a su vez adictas o están en tratamiento simultáneamente.

Circunstancias familiares. Precisamente porque la red asistencial no está adaptada a las circunstancias específicas de las mujeres, como la presencia de hijos/as a su cargo. A las mujeres con hijos/as les resulta muy complicado compatibilizar su atención con un tratamiento, especialmente si este es en un recurso residencial.

De la presencia de los hijos e hijas, se habla también como elemento positivo que puede servir a las mujeres para frenar su consumo. se añade que el problema es que se considere a los hijos e hijas como argumento central esgrimido en el abandono del consumo de las mujeres. La desintoxicación de las mujeres drogodependientes -al igual que se hace en el caso de los hombres drogodependientes- debe plantearse desde el beneficio personal que reporta para ellas mismas.

Por estos motivos señalados las mujeres solicitan la ayuda de los recursos de atención muy tardíamente, y ya en situaciones extremas. Por eso la población femenina presenta una serie de problemáticas asociadas por las que el proceso de rehabilitación es más complejo.

Por último, las y los profesionales llaman la atención sobre otro perfil de mujeres que pocas veces se tiene en cuenta, que es la mujer responsable del tratamiento de su marido drogodependiente, y que se desconoce si tiene un consumo problemático de ciertas sustancias (lo que han denominado “drogodependencia asolapada”) o si está sufriendo maltrato por su pareja.

Protocolos de detección del maltrato y/o adicción

Los recursos visitados que se incluyen en la red de atención a personas drogodependientes, por lo general señalan que no cuentan con un protocolo en el que se incluyan preguntas específicas para detectar una posible situación de violencia de género no manifestada en la mujer drogodependiente que acude al recurso a solicitar un tratamiento, y exponen que podría ser interesante que existieran.

En la investigación se observa que los pocos recursos de esta red que incluyen preguntas concretas para pronosticar una situación de maltrato son los que cuentan con programas de atención específica a la mujer drogodependiente, o aquellos recursos de tipo residencial exclusivos para mujeres; aunque tampoco todos ellos.

Estos recursos de la red de atención a drogodependencias en los que se incide de manera específica en la atención a la mujer adicta señalan que no consideran el maltrato como algo aislado, porque suele ser el resultado de una personalidad dependiente que hay que tratar en su trasfondo. Las y los profesionales, dentro del diagnóstico psicológico, tratan de detectar posibles personalidades dependientes en las usuarias, que bajo esa patología pueden tolerar situaciones de maltrato y

aceptar de una manera normalizada violencia de género ejercida contra ellas, o pueden acudir al consumo abusivo de sustancias.

Según lo expuesto, el equipo de investigación considera que teniendo en cuenta esta “normalidad” con la que las mujeres maltratadas por sus parejas asumen este tipo de violencia, es complejo que sean capaces de detectar o de evaluar como “negativa” esta situación, y por lo tanto, difícilmente pueden responder afirmativa o negativamente ante una pregunta directa sobre si ha recibido algún tipo de maltrato físico o psíquico por su pareja. Un escenario de dependencia emocional - como lo denominan las y los profesionales entrevistados que lleva asociado una situación de maltrato implica que éste sea complicado de detectar para unas mujeres que lo han interiorizado como “normal” en su vida cotidiana, o que ni siquiera han realizado el proceso de interiorizarlo porque no lo han identificado y entonces tampoco han podido decidir si valorarlo con aprobación o censura, o que en muchos casos creen que lo merecen y que en otros tantos es complejo admitir frente a una persona desconocida

También, creemos que sigue considerándose como una situación perteneciente a la vida privada (a pesar de que cada vez hay más conciencia de que se trata de un problema social). Por ejemplo, sigue sin abordarse la construcción de las relaciones heteroafectivas en nuestra sociedad.

Muchos de estos recursos de atención a drogodependientes dicen recibir a estas mujeres derivadas de otros recursos, y reciben también el informe o historial de la persona donde se puede hacer referencia a una situación de maltrato por la pareja.

Después de analizar toda esta información que hemos expuesto, podemos concluir que en los recursos de la red de drogodependencias no existen protocolos formales de detección de situaciones de maltrato.

En cuanto a la existencia de protocolos formales de detección de la drogadicción en las mujeres que llegan a los recursos de la red de atención al maltrato de género, las y los profesionales cuentan que tampoco existe por lo general un protocolo. La investigación así lo certifica.

Así pues, resumiendo, en cuanto a la existencia de protocolos de detección de situaciones de adicción o de maltrato (dependiendo de qué red de recurso hablemos), no suelen existir.

A nuestro modo de ver, es fundamental establecer protocolos de detección de la drogodependencia en los recursos de maltrato, y del maltrato en los recursos de drogodependencias. Desde ahí es desde donde parte la posibilidad de una intervención posterior que posibilite la atención integral.

Protocolos de atención y/o atención específica

En conclusión, la investigación muestra que desde los recursos de atención a drogodependientes no se ofrece una atención específica a las mujeres drogodependientes con problemática de malos tratos.

Por su parte, según señalan los equipos de profesionales y tal como se ha podido observar en la investigación, desde los recursos de atención a mujeres maltratadas por lo general no ofrecen atención a mujeres maltratadas con problemas de adicción. Cuando acude una mujer en estas circunstancias lo primero que se plantean es si la mujer está consumiendo activamente o si está mínimamente estabilizada o en tratamiento. Si no es así, le proponen la necesidad de que comience un tratamiento en un recurso especializado de atención a personas drogodependientes y, en algunos casos, si tiene necesidad de alojamiento lo gestionan con otros recursos (Samur Social, etc). Si la mujer si ésta estabilizada en su consumo, y esta abstinencia se verifica con controles de orina, sí pueden valorar la intervención desde el recurso de atención a mujeres maltratadas, y el alojamiento en estos centros de mujeres. Este es el discurso de los y las profesionales de la red de malos tratos en las entrevistas, aunque la realidad muestra que en la práctica este proceso suele realizarse escasas veces.

Además señalan que la problemática de la adicción genera dificultades de convivencia entre las mujeres maltratadas y las que además cuentan con un problema de adicción, ya que son recursos que no están pensados ni preparados para atender esta problemática.

En cuanto a la protección legal con la que pueden contar estas mujeres, los profesionales más relacionados con el ámbito jurídico hacen referencia a la Ley de Protección a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género, pero señalan que se trata de una ley muy generalista que no tiene en cuenta circunstancias más concretas, como el maltrato de género, o las mujeres con discapacidad o las mujeres extranjeras en situación no regularizada. Además, y aunque la ley es un paso muy importante y novedoso, hace falta dotarla de presupuesto y sobre todo de recursos. Desde el punto de vista jurídico, también, la existencia de drogodependencias en la mujer puede influir en las medidas que se acuerden, por ejemplo, con respecto al cuidado de los hijos e hijas.

Así, según los resultados de las entrevistas, no existen protocolos de atención específica en los recursos existentes de las redes de malos tratos y drogodependencias. En algunos recursos con atención específica a mujeres de la red de drogodependencias, sí se proporciona una atención que puede considerarse integral y que incorpora la perspectiva de género.

Los resultados de la encuesta relativos al conocimiento de los recursos y a la atención que han recibido las mujeres son los siguientes. El 55% de las mujeres drogodependientes maltratadas por sus parejas que contestaron la encuesta, nunca se ha planteado asistir a un recurso de la red de atención a mujeres maltratadas. Un 25% de mujeres con este perfil no se decidió por motivos como la



vergüenza, o el miedo. En un 10% el motivo es porque considera que tiene otros problemas más urgentes por resolver.



"Este programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal"

¿HA RECIBIDO ATENCIÓN EN RECURSOS DE MUJERES MALTRATADAS?	
Nunca me lo he planteado	55%
Me lo he planteado, pero no me decidí por vergüenza, miedo.	25%
Me lo he planteado pero no acudí porque tengo otros problemas más urgentes que resolver.	10%
Sí acudí, y me derivaron a otro centro de ayuda a mujeres.	5%
Sí, acudí y me derivaron a un centro para personas con problemas de drogas.	5%

Los porcentajes de la tabla anterior ofrecen, además, otras posibles interpretaciones: que las usuarias consideren que su problemática de drogodependencia es la más urgente de solucionar, que no identifiquen su situación de maltrato o no quieran reconocerlo, o que desconozcan los recursos de la red de malos tratos a los que pueden acudir para solicitar ayuda.

Así, cuando se les pregunta sobre qué problemática creen que necesitan ayuda, efectivamente, predomina la adicción a sustancias sobre cualquier otra, aunque tras la adicción se sitúan problemas en la relación de pareja y problemas familiares.

¿EN QUÉ PROBLEMÁTICA CREE QUE NECESITA USTED AYUDA?	
Relación de pareja	45%
Salud	25%
Problemas familiares	45%
Adicciones a sustancias	85%
En el trabajo	15%
En las relaciones sociales	10%
Psicológicos	40%

En este sentido, se observa que las mujeres con este doble perfil no acuden a la red de maltrato cuando se deciden a solicitar ayuda para resolver sus problemáticas. La encuesta señala la práctica totalidad de las mujeres drogodependientes maltratadas encuestadas no han acudido nunca a recursos de atención a la violencia de género.

Coordinación entre recursos y derivaciones de mujeres usuarias

Desde la investigación se comprueba que esta visión de segmentación en el tratamiento implica la escasa participación coordinada de recursos de las dos redes, y la atención excesivamente parcelada e individualizada en diferentes recursos muy especializados por sectores de intervención (especialmente de un tratamiento de la adicción sin aplicar la perspectiva de género). De esta forma, no se produce una atención integral de calidad hacia las mujeres, no se aborda por completo su problemática, y no se profundiza en las causas y en las consecuencias. Esta segmentación se observa que también se produce dentro de una misma red de recursos.

Nuestra percepción es que esta atención segmentada que se realiza con las mujeres y la independencia de los recursos puede ser fruto del desconocimiento recíproco que existe entre las redes. También, esta falta de conocimiento mutuo provoca que la coordinación entre ambas sea escasa y se realice en momentos muy puntuales para casos muy concretos, y que esta ignorancia a cerca de las redes de atención entre los propios recursos puede provocar que las mujeres pasen por muchos servicios antes de dar con el que puede ofrecerles ayuda.

En esta pauta de escasa coordinación, los recursos de drogodependencias señalan que no suelen coordinarse con la red de malos tratos, algo que también se observa en la investigación (pensamos que es porque suelen centrarse en la desintoxicación sin atender la problemática de género). Por su parte, algunos recursos de atención a mujeres maltratadas sí dicen que cuando reciben a una mujer maltratada con síntomas de adicción activa conocen recursos de drogodependencias, y se coordinan con ellos para establecer una derivación. En algunos casos, también, indican que establecen un seguimiento para intentar que esa mujer, una vez desintoxicada, vuelva al recurso de mujeres maltratadas a recibir la atención específica en referencia a su problema de maltrato por género. Pero creen que en líneas generales los recursos no se conocen.

La investigación muestra que desde estos recursos de malos tratos sí existen mayores pautas de coordinación con la red de drogodependencias, aunque no contamos con información contrastada que corrobore ese proceso de seguimiento para intentar que las mujeres regresen al recurso de malos tratos. A pesar de que la coordinación entre las dos redes mencionadas es prácticamente inexistente, hay algún ejemplo de que a veces sí parece realizarse, y de manera ágil. Lo que pretendemos matizar es que son casos particulares y que, sobre todo, se realizan de manera no protocolizada.

En cuanto a la segmentación en el tratamiento, las y los propios profesionales señalan además que la atención que se ofrece a estas mujeres en particular, se ve muy determinada por el tiempo de estancia que pueden estar en los recursos. Una vez cumplen el tiempo de estancia máxima, pueden encontrarse de nuevo en situación de desatención. Así pues, desde los recursos y desde la propia persona

usuaria, se establecen prioridades en las que se intentan cubrir las primeras necesidades (alojamiento, manutención...etc) Por otra parte, estos tiempos limitados de estancia muchas veces no permiten que se trate la problemática de la usuaria en su conjunto.

FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Para incrementar este conocimiento mutuo entre redes (que favorezca esta coordinación y produzca mejoras en las derivaciones), las y los profesionales indican que sería necesario que:

- La formación en ambos temas -malos tratos y drogodependencias- fuera transversal en estos recursos.
- Las y los profesionales de la red de maltrato conozcan aspectos relacionados con el consumo de drogas y especialmente de su incidencia en la población femenina.
- También sería necesario que esta formación en violencia de género, o en perspectiva de género, fuese para todos los servicios públicos (comisarías, tribunales, Sanidad...).

Además, en un primer escalón, habría que formar más en drogodependencias a los recursos médicos de "puerta de entrada", a los médicos de cabecera, por ejemplo, para que fueran capaces de identificar situaciones de adicción encubierta en sus pacientes. Así, se produciría la derivación correspondiente y necesaria hacia los recursos de tratamiento de drogodependencias.

Desde el equipo investigador añadimos:

- Los profesionales de la red de drogodependencias también deben contar con formación relativa a la violencia de género, las maneras de detectarla, sus causas y consecuencias. En la mayoría de los casos, la formación que los profesionales de la red de drogodependencias pueden tener de estas problemáticas es una formación por interés personal.
- Recalamos la importancia de la formación en ambas problemáticas en los servicios sociales y sanitarios de "puerta de entrada".

Además de la formación, es necesario que exista sensibilización frente a ambas problemáticas desde las dos redes.

En los recursos de adicción sólo se conoce la problemática de violencia desde un plano superficial y pocas veces existe un planteamiento de la adicción desde una perspectiva de género. Y, también, cuando se afirma conocer en qué consiste actuar desde la perspectiva de género en la mayoría de los casos ese conocimiento es también muy trivial. Lo llamativo, a nuestro parecer, es que en la red de malos tratos, que en teoría debe partir desde una intervención integral centrada en el género, se suele desconocer la adicción entendida desde esta perspectiva.

También, y aunque afirman conocer la relación que puede existir entre maltrato y adicción, en el discurso de ambas redes no dan muestras de saber cómo es dicha relación, por qué se produce, y cómo plantear un tratamiento conjunto.

Sobre la sensibilización hacia estas problemáticas nos encontraríamos con que aunque se verbaliza que las y los profesionales de ambas redes deben ser sensibles ante dichas circunstancias, la investigación muestra que en algunos casos no existe un conocimiento real de qué significa esa sensibilización y hacia dónde debe ir dirigida.

Hay que destacar que en un mismo recurso se ha accedido a profesionales que cuentan con más formación, sensibilización y concepción de lo que son ambas problemáticas, y profesionales que desconocían estas realidades en su profundidad. Aquellos profesionales que parecían contar con una base teórica más sólida sobre alguno de estos aspectos es porque trabajaron previamente en dicho sector, o porque han tenido un interés personal en recibir esta formación, o porque en su carrera universitaria recibieron formación. Además, en los recursos en los que trabajan especialmente si son de la red de atención a drogodependencias no se suele insistir en que los profesionales cuenten con formación en perspectiva de género.

En cuanto a la atención específica que se ofrece en la red de maltrato y la red de drogodependencias, por lo general no suele existir una atención integral, aunque desde los equipos profesionales consultados de las dos redes implicadas se manifiesta que sería lo indicado. La red de drogodependencias no cuenta con una atención integral porque no suele aplicar un tratamiento de la adicción desde la perspectiva de género, y la red de maltrato, porque uno de sus criterios de exclusión es el consumo activo, y así no contempla ese tratamiento conjunto de ambas problemáticas. Algunas veces lo que se establecen son derivaciones de usuarias de una red a otra, pero no es frecuente, porque además existe bastante desconocimiento mutuo, y las derivaciones suelen producirse a Servicios Sociales generales. Estas derivaciones que se establecen entre las redes de drogodependencia y de atención a mujeres maltratadas en bastantes ocasiones no llegan a buen puerto, ya que las mujeres se quedan a mitad de camino al no estar suficientemente concienciadas y motivadas para dar el paso definitivo. Así mismo, esto puede producirse porque no existe tampoco” de forma generalizada formación ni sensibilización desde los equipos profesionales, porque los recursos están saturados de usuarias y no puede personalizarse demasiado la atención, o porque al no ser frecuente que las mujeres acudan a estos recursos no están lo suficientemente preparados para atenderlas.

Para favorecer el buen resultado de las derivaciones entre recursos habría que fomentar el conocimiento mutuo y la formación trasversal y de perspectiva de género en ambas redes.

ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS EXISTENTES DE LAS DOS REDES

En cuanto a la necesidad de la adecuación de los recursos ya existentes, tanto de la red de drogas como de la red de atención al maltrato, para hacer frente a esta doble problemática y ofrecer una atención integral, desde los recursos de atención a personas drogodependientes se piensa de forma general que los recursos de ambas redes tendrían que tener en cuenta esta doble problemática: los de drogas atendiendo el maltrato y los recursos de protección a mujeres maltratadas ampliando el perfil de posibles usuarias hacia aquellas con problemas de adicción, estableciendo un tratamiento conjunto y un seguimiento del tratamiento de desintoxicación por parte del centro de adicciones.

Desde los recursos de la red de drogodependientes especializados en la atención a mujeres, en algunos se defiende que sí deberían adaptarse estos recursos y en otros casos se valora que una “readaptación” supone que siempre habrá carencias en la atención porque, por ejemplo, los recursos residenciales para mujeres maltratadas no están diseñados desde su origen para afrontar esta situación y por lo tanto no están preparados para ello.

Por parte de los recursos pertenecientes a la red de atención a mujeres maltratadas, se considera en cambio que deben readaptarse los de atención a personas drogodependientes, ya que en los recursos de mujeres (recursos de tipo residencial) es muy complejo mantener a una mujer con consumo activo en el recurso porque mantiene sus deseos de consumir y genera muchos problemas de convivencia con otras mujeres residentes.

Desde los recursos de atención a drogodependientes se considera por lo general que deberían adaptarse las dos redes, pero que las casas de acogida de mujeres maltratadas también deberían adaptarse a la llegada de mujeres con adicción. Hay recursos de esta red que opinan que debe ser la red de drogas la que se adapte, porque es la que está más preparada. Del mismo modo, esta visión es la que predomina de forma prácticamente abrumadora en la red de atención a los malos tratos.

Las y los profesionales de algunos centros visitados de la red de drogodependientes en los que se trata a mujeres adictas de manera específica consideran sus recursos como centros integrales de intervención de la mujer, tanto en su problema de adicción como en el resto de la problemática que sus usuarias puedan presentar por género. En concreto, son centros de tipo residencial.

Según dicen, y según se observa en la investigación, esta “especialización” muchas veces se ha producido más por la necesidad de adaptarse a las circunstancias generadas por la llegada a los recursos de mujeres adictas maltratadas, que por haberse creado específicamente como centros de atención a mujeres con este doble perfil.

Se han visto en situaciones en las que debían mantener a las usuarias drogodependientes en situación de maltrato por sus parejas dentro de su recurso porque al intentar establecer las derivaciones pertinentes a la red de atención a mujeres maltratadas, la normativa de estos recursos en general no permite una situación de consumo de sustancias.

Algunos de estos recursos que se consideran a sí mismos como “especializados”, según las y los profesionales y según se ha observado en el análisis, sí se han creado desde esa filosofía que considera que la atención a la mujer debe ser integrada, en un mismo recurso y atendida por los mismos profesionales, ya que la problemática que puede presentar una mujer adicta y maltratada por su pareja o ex pareja requiere de una terapia integral porque es posible que proceda de las mismas causas.

A modo de conclusiones y otras propuestas

Uno de los resultados más significativos de la investigación apunta que una de las causas de que las mujeres consumidoras de drogas y maltratadas por su pareja o ex pareja no acudan a los recursos de atención o no reciban una atención integral y completa es que las redes de asistencia a las que acuden, desde los centros de atención primaria hasta la red especializada de atención a drogodependencias, adolecen de una formación en género necesaria para actuar de manera apropiada e integral y ofrecer un tratamiento que tenga en cuenta la interrelación de la adicción con factores de género.

Actuar desde la perspectiva de género es tener en cuenta que las mujeres van a partir siempre de unos presupuestos de desigualdad estructural por el hecho de ser mujeres y que se pueden incrementar con otros elementos generadores de exclusión añadidos (drogodependencias, discapacidad, etc). Esta desigualdad estructural a la que se unen otros elementos se debe valorar a la hora de indagar en la causa de la problemática que se presente y en las consecuencias que se deriven, además de en el planteamiento de la intervención. En este sentido, desde las redes asistenciales existentes tiende a ofrecerse una atención muy fragmentada y, a la larga, incompleta; aún más cuando se unen dos problemáticas que incrementan el riesgo de exclusión en las mujeres, como la adicción a sustancias, o que son propias de la desigualdad por causa del género, como el maltrato de la pareja o análogos. Cuando acontecen simultáneamente ambas situaciones no suele saberse qué recurso las debe atajar, ni tampoco cómo hacerlo.

Si una mujer adicta maltratada llega a un recurso de malos tratos, debe establecerse una derivación al recurso de drogodependencias para que realice una estabilización en el consumo. Una vez lograda esa desestabilización y desintoxicación, ese recurso podría establecer de nuevo la derivación a la red de malos tratos para continuar con el tratamiento desde un punto de vista del género.

Si una mujer en estas circunstancias acude primeramente a un recurso de la red de drogas, también debería procurar esa primera estabilización en el consumo y averiguar si el consumo se debe a una situación de violencia de género soterrada. Si se descubre que es así, a la vez que se está realizando el tratamiento de desintoxicación, debe sensibilizarse a la mujer en cuanto a su problemática de género para ir preparando la posterior derivación al recurso de malos tratos.

En ambos casos la derivación debería prepararse correctamente para que la mujer realizara “físicamente” el recorrido de un recurso a otro, ya que como hemos visto, ese suele ser un problema frecuente. Tal vez habría que acompañar (literalmente) a la usuaria de un recurso a otro.

Esta preparación también debe incluir sensibilización hacia la mujer sobre su problema, para que se concencie, la decisión de acudir sea suya y el resultado de la derivación se materialice.

Además, se requiere la formación transversal en perspectiva de género, maltrato y drogodependencia en mujeres en los equipos profesionales de las dos redes de recursos.

Una segunda alternativa, estaría centrada en una atención integral en los recursos residenciales de la red de drogodependencias a partir de su adecuación teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Los recursos de la red de drogodependencias ya existentes podrían readaptarse a la realidad de maltrato, porque como se ha visto, son los espacios donde predominantemente llegan las mujeres con estos problemas a solicitar ayuda y además cuentan con las herramientas necesarias para tratar a una mujer en la situación desestabilizada provocada por un consumo abusivo y sostenido en el tiempo.

Así pues, habría que formar en violencia y perspectiva de género a los profesionales, que en ese tratamiento y en las terapias correspondientes ofrecieran un tratamiento de desintoxicación clínico apoyado en terapias psicológicas y acciones socioeducativas que tengan en cuenta el género.

Posiblemente, y también desde esta red, sería desde donde se formalizaran de hecho, como ya hemos visto, ya existen recursos residenciales (pisos de reinserción y/o comunidades terapéuticas) únicamente para mujeres que incorporen el trabajo desde una perspectiva de género.

Evite, así mismo, diferenciar a las mujeres por “etiquetas” (maltratadas, drogodependientes) puesto que se tendería a la diferenciación entre las propias usuarias del recurso y podría generarse otra forma discriminación, esta vez entre las propias mujeres integrar la perspectiva de género a la intervención con mujeres en los recursos de drogodependientes, tanto ambulatorios como residenciales. En el caso de que acudieran mujeres adictas maltratadas, podrían

ofrecer una atención clínica y psicológica desde la perspectiva de género, que también debe aplicarse en el caso de mujeres drogodependientes sin problemas de maltrato. Está demostrado que las causas y las consecuencias del consumo de drogas en mujeres son distintas que en la población de varones, y que es necesario diseñar programas sensibles a estas diferencias. Así pues, como hemos visto, la formación en perspectiva de género es esencial para tratar a las mujeres en los recursos de drogodependencia ofrecer una atención que tenga en cuenta la variable género en los recursos de drogodependencias ya existentes, porque de hecho la perspectiva de género debe estar presente en todos los recursos y servicios que ofrezcan ayuda o atención a la población de mujeres, y a la población en general.

Por otro lado, y en cuanto a los recursos residenciales de la red de malos tratos, pensamos que según están planteados sería complejo que acogieran de manera prolongada una mujer en situación de consumo activo y se planteara desde ese mismo recurso la estabilización en el consumo (sin tramitar una primera actuación desde la red de drogodependencias), pero eso no tiene por qué implicar que dichos recursos no puedan ofrecer una “acogida de urgencia”, o que los recursos de “primera línea” de esta red de maltrato no cuenten con una formación en drogodependencias y género y puedan ofrecer una primera atención y orientación a las mujeres maltratadas drogodependientes que acuden hasta ellos, además de establecer una derivación con recursos de drogodependencias.

En el estudio de ASECEDI¹² ya se cuestionan la necesidad de la atención a mujeres con estas dos problemáticas. A continuación incluimos las propuestas, que coinciden con las que aquí exponemos:

- En centros de drogodependencias: intervenir en problemática malos tratos, junto a asociaciones y profesionales especializadas.
- En casas de acogida y centros de emergencia: permitir la estancia de mujeres drogodependientes estando fuertemente coordinadas con el centro de atención a drogodependencias, realizando un trabajo conjunto. Para esto es necesario establecer programas y protocolos de atención.

Se hace hincapié en la relevancia del papel de los recursos de drogodependencia en la atención a la mujer adicta maltratada, (lo que coincide con la propuesta de esta investigación) y aporta una razón fundamental (las mujeres en otros recursos no pueden contar que son drogodependientes):

OTRAS PROPUESTAS PARA TENER EN CUENTA:

- El mayor problema es que las mujeres no llegan a los recursos a solicitar ayuda, por lo que los recursos no están preparados para proporcionarla. Habría que promover de alguna forma que se incrementara la demanda de atención por parte de la población femenina para propiciar una atención específica hacia las mujeres.

¹² Op.Cit 4. Pág 978

- Los resultados de la encuesta demuestran que las mujeres desconocen en qué red se encuentran y en qué tipo de recurso son tratadas. Debe informarse más a las mujeres o transmitir la información de otra manera de tal forma que llegue mejor- para que ellas conozcan la atención que están recibiendo y desde qué servicios. De esta forma, además, se les hace más partícipes del proceso y de alguna forma también parte responsable de este, no solo meras receptoras pasivas.
- En algunos casos, especialmente en los barrios más desfavorecidos de las ciudades, sería interesante promover recursos de “emergencia social” en los que las personas pudiesen encontrar ayuda básica, y concentrada en un mismo espacio. Que se tomaran como centro de referencia, ya que las personas no suelen tener conocimiento de todas las redes de atención que existen, y muchas veces se encuentran perdidos a la hora de acudir a un recurso. De esta forma, quizá una mujer drogodependiente maltratada daría un primer paso para salir de esta situación, al conocer este recurso de “primera línea” de acceso directo para los/as usuarios/as.
- Por otro lado, las y los profesionales deben tener en cuenta que el número de mujeres que atienden no es el número real de mujeres que existen con estas problemáticas.
- En este sentido, sería fundamental que existiera sensibilización desde las instituciones políticas gestoras de los recursos de atención, además de en los equipos profesionales técnicos.
- Además, sería interesante que existiera una red de trabajo on line que pusiera en contacto a los profesionales de los recursos que trabajan de forma coordinada con una usuaria. En esa red de trabajo -privada y segura- podría tener acceso a los historiales sistematizados, ordenados y actualizados de las usuarias, con todas las consideraciones al derecho a la intimidad y en concordancia con al ley de protección de datos.
- Para fomentar el conocimiento mutuo de los recursos de ambas redes, sería interesante que los profesionales de ambas redes ofrecieran cursos o charlas en estos recursos. Estos encuentros podrían coordinarse también en esta plataforma on line, que podría crearse desde las instituciones políticas responsables del área de drogodependencias pertinentes, a nivel provincial, por ejemplo.
- Además de los protocolos de atención desde una perspectiva de género, es fundamental establecer protocolos de detección de la drogodependencia en los recursos de maltrato, y del maltrato en los recursos de drogodependencias. Desde ahí es desde donde parte la posibilidad de una atención posterior acertada.
- La coordinación para establecer las derivaciones entre recursos debería ser más estrecha para que las mujeres “no se queden en el camino” y la derivación no se convierta en un mero trámite.
- Teniendo en cuenta que los recursos residenciales para mujeres drogodependientes (pertenecientes a la red de drogas) se han convertido en algunos casos en recursos de protección para mujeres adictas

maltratadas, habría que ofrecer más protección para estos recursos y más ayudas.

- Es fundamental tomar conciencia de cómo las parejas-hombres intervienen, obstaculizando el tratamiento de las mujeres, y que los recursos de atención actúen en consecuencia.
- Es muy importante trabajar no sólo con las mujeres drogodependientes maltratadas, sino también con los hombres que ejercen este maltrato. Trabajar desde el género es hacerlo hacia y con los dos géneros. Sin embargo, no hay que olvidar que el déficit en la atención a las mujeres sigue siendo muy amplio

ATENCIÓN A LA PROBLEMÁTICA CONJUNTA DE DROGODEPENDENCIA Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA POBLACIÓN DE MUJERES

Es necesario introducir en los programas de atención un acercamiento a las cuestiones relacionadas con las dificultades de acceso a los tratamientos y permanencia en los mismos por parte de las mujeres drogodependientes. Quizás cabe preguntarse si hay obstáculos que las afecten de forma diferencial a los varones, pero numerosos estudios y publicaciones recientes avalan la pertinencia de un enfoque que incorpore lo cualitativo de las diferencias construidas por una cuestión de género.

De los diferentes estudios se extrae que las redes de atención no están preparadas para facilitar el acceso a los tratamientos por parte de las mujeres que tengan problemas de drogodependencias. 'La drogodependencia' se ha venido considerando como un problema eminentemente "masculino" (la demanda de tratamiento por parte de mujeres se sitúa en general en un 15-20%¹³), por lo que el tipo de itinerarios y tratamientos responden a una perspectiva androcéntrica del mismo. De esta forma, muchas mujeres no acceden a los mismos, y se produce además una invisibilización del consumo femenino, principalmente alcohol y psicofármacos¹⁴. Aquellas que sí demandan tratamiento encuentran una atención-opciones que, en muchos casos, va a contribuir al abandono del mismo éste no está preparado para la diversidad de problemáticas que interaccionan con la drogodependencia: malos tratos en la pareja; concepción del cuerpo y sexualidad; autoestima de género; "cargas familiares" no compartidas; presencia de hijos/as en el tratamiento; etc. Se produce una discriminación estructural difícil de detectar si no se tienen las herramientas de análisis necesarias.

¹³Datos referentes a 2002, obtenidos del Instituto de la Mujer a partir de los informes del Observatorio Español sobre Drogas (OED), Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio del Interior.

¹⁴Romo Avilés, Nuria et al. 'Género y Uso de Drogas. De la ilegalidad a la legalidad para enfrentar el malestar'. Trastornos Adictivos, año 2006; 8(4) 243-50 [<http://www.doyma.es>, fecha de consulta 04/10/2007]; Valls Llobet, Carme (2006) Mujeres Invisibles, Mondadori De Bolsillo, especialmente los capítulos "XV. La invisibilidad de las mujeres en los tratamientos" p.263 y "XVII. La prevención de las adicciones y promoción de la salud"

Los propios análisis que se realizan a la hora de examinar el consumo de las mujeres resultan muchas veces parte del problema, ya que aparecen definidas recurrentemente como "más patológicas que los varones, asociadas al ejercicio de la prostitución, y al abandono de sus responsabilidades como madre"¹⁵.

Hasta hace poco, la mayoría de los estudios sobre las características de los consumos de drogas y de las drogodependencias han centrado su atención en la incidencia en varones y mujeres, basándose en una diferencia sexual-biológica para explicar las diferencias percibidas, y muchos/as profesionales creerían con esto estar practicando un análisis "de género". Pero la denominada 'perspectiva de género' implica algo más. Aplicado a un estudio de las drogodependencias, supondría identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo específicos por rol de género, más allá de exponerlo como *características* del sexo femenino (o masculino) en su consumo de sustancias. Supone identificar qué las afecta por el hecho de ser 'mujeres' como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad, entendiendo cómo afecta eso en los procesos de drogodependencia. Aplicar la perspectiva de género a nuestros programas significa por tanto identificar problemáticas que pueden presentarse (y que de hecho se presentan) para así poder incorporarlas en nuestro análisis de la realidad y que sea posible actuar conscientemente sobre ellas.

Pero si no se elaboran intervenciones centradas en la problemática específica por cuestiones de género, en parte es porque desde los medios profesionalizados y especializados en la intervención en las drogodependencias no se manejan las claves necesarias para su análisis. Los y las profesionales en general carecen de formación en esta materia, y mucho menos especializada en su ámbito, el de las drogodependencias.

Es por ello que nuestras propuestas están dirigidas a la formación de los equipos profesionales y edición de materiales, ya que consideramos imprescindible dicha formación específica para poder incorporar la perspectiva de género a los tratamientos.

Por último, el estudio realizado por ASECEDI para detectar violencia de género en la pareja en las personas usuarias de los Centros de Día ha puesto de relieve la necesidad de actuar sobre este problema. Más del 50% de las mujeres atendidas refiere haber sufrido maltrato en el ámbito de la pareja. Siendo que la violencia de género es resultado de un entramado complejo que debe ser abordado necesariamente desde la perspectiva de género, necesitamos formación especializada en el tema.

¹⁵Meneses Falcón, Carmen (2002) "Vulnerabilidad y violencia en las mujeres consumidoras compulsivas de drogas", en II Simposium Nacional: Tratamiento de Adicción en la Mujer. [<http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/resumenes/Carmen%20Meneses.htm>, fecha de consulta 19/12/2004].

La intención de empezar por estas cuestiones para hablar de drogodependencias y género es asentar unas bases mínimas que pongan de manifiesto la minusvaloración e invisibilización que afectan a muchas mujeres por una construcción social del género, y que nos va a afectar en nuestra identidad y subjetividad de forma determinante. En una problemática como las drogodependencias encontraremos elementos que tienen que ver con estas dinámicas, y la perspectiva de género ofrece herramientas para poder intervenir. Debe, por tanto, convertirse en un referente analítico, un marco de interpretación de la realidad, como puedan ser las teorías explicativas de los procesos de desadaptación social o el enfoque multisistémico en drogodependencias

Una de las primeras observaciones que debemos hacer es que identificamos “género” con “mujeres”, y quizá ese sea el principal problema en drogodependencias y otros ámbitos de conocimiento e intervención: se está estableciendo un sinónimo entre género y mujer. Pero ya hemos visto que esto no es así: “género” se refiere a ambos sexos, y se puede trabajar desde una perspectiva de género con hombres. Sin embargo, es necesario el trabajo específico con mujeres y el conocimiento de otro tipo de teorías explicativas de la realidad, puesto que uno de los principales problemas que estamos observando es el androcentrismo de los programas de tratamiento. Como se señalaba en la introducción, la pauta cultural y estadística de la drogodependencia es la masculina. Muchos/as profesionales señalan que no hay demanda de tratamiento por parte de mujeres, pero ¿significa esto que haya menos mujeres drogodependientes?

Suelo plantear, además, que posiblemente la respuesta a esta cuestión sea más compleja de lo que parece (un sí o un no basado en estadísticas y estudios) porque, por ejemplo, desde otras redes de atención a mujeres se observa con frecuencia consumos abusivos de alcohol y medicamentos recetados (ansiolíticos, sedantes, inductores del sueño, antidepresivos...). Estas mujeres no suelen acceder a las redes de atención a las drogodependencias. Se suele afirmar que el número de varones drogodependientes es mucho mayor que el número de mujeres, pero el problema es que muchos de los consumos problemáticos por parte de la población femenina, permanecen invisibilizados (alcohol en soledad; psicofármacos, etc.). A raíz de esto, entramos en el problema de la medicalización del cuerpo de las mujeres; este fenómeno es complejo de exponer, pero el resultado es que muchas mujeres presentan una serie de problemas con cuadros de ansiedad, dolores de cabeza y fatigas crónicas, anemias, dolores musculares, dificultades para conciliar el sueño. y la respuesta es pautar medicamentos, no una intervención integral que ahonde en las causas de esos malestares diversos (situadas seguramente en su vida cotidiana), para poder resolverlos sin que la persona tenga que estar tomando medicación de forma crónica o de por vida sin ser necesario.

Debemos, pues, poner el punto de atención en tratar de comprender otro tipo de experiencias y ser capaces de trabajar con ellas. De esta forma, también podremos analizar que son muchos los factores que interactúan (subjetividad de

las mujeres, diseño de los programas y atención prestada, entorno social y familiar, etc.) para que tanto la entrada en los tratamientos, como la permanencia en los mismos, se vea dificultada por cuestiones de género para las mujeres (y de ahí la escasa demanda que llega a nuestros centros de atención especializada).

Uno de los problemas que se señala es la falta de apoyo familiar y el mayor deterioro social.

Exponíamos en la parte de teoría de género, que “el género” marca una serie de roles (actitudes, cualidades, etc.) que definen al hombre y la mujer, y que cuando no se cumplen, o tratamos de comportarnos de otra forma (mujeres que trabajan en empleos “tradicionalmente masculinos” como la construcción, fontanería, etc., u hombres que quisieran gozar de la comodidad de una falda en verano o ejercer de “amos de casa”...) se ponen en marcha toda una serie de mecanismos sancionadores. En el caso de las mujeres hay tres roles fundamentales en nuestra sociedad que nos definen como ‘buenas mujeres’: madres, esposas e hijas.

Cuando una mujer es la que trasgrede, se da un proceso de doble penalización moral y social la sociedad en su conjunto (de la que las mujeres formamos parte, evidentemente) elaboramos unos valores sociales y mandatos implícitos, elaboramos estados de opinión generalizados, que llevan al rechazo de la anormalidad y excepción que suponen las mujeres que desarrollan conductas disruptivas.

De un hombre “se espera”: ellos son, en el imaginario colectivo, los agresivos, los que desarrollan conductas fuera de la ley; existe la identidad ‘hombre-delincuente’, cruzada por diversas variables que producen estereotipos en su concepción (mismamente la de ‘hombre heroinómano delincuente’). De una mujer “no se espera”: son las sumisas, las ‘no agresivas’, las mantenedoras de la paz social.

La mayor transgresión imaginada y concebida socialmente para una mujer es la de ‘prostituta’, estigma identitario por excelencia. A todas las personas les es costoso reconocerse como “drogodependiente”, pero en las mujeres se presenta esta cuestión de la doble penalización social; actualmente, muchas personas afirmarían que la sociedad está cambiando y que el papel de las mujeres no es el mismo que hace años, pero cuando es una mujer la que lleva un estilo de vida asociado al deterioro y la marginación se la evalúa en una incomprensión mayor, derivada del proceso no imaginado (en cuanto a construcción mental) de la transgresión.

Esto se traduce en la mayor falta de apoyos dentro del entorno social inmediato, con las consecuencias que se derivan para la buena marcha del tratamiento.

ASECEDI

No es casual que la mayoría de las profesiones “feminizadas” son extensiones de estos roles, extensiones del cuidado: educadoras, trabajadoras sociales, psicólogas, limpiadoras, etc. Habría mucho que hablar acerca de las profesiones

tradicionalmente “femeninas” y tradicionalmente “masculinas” y analizar qué cualidades-habilidades son necesarias, si se favorece el desarrollo por igual en niños y niñas, etc. Es un campo muy rico para examinar el “género”.

Destaca así mismo el cuestionamiento de la maternidad (si son madres), así como la presencia de los hijos e hijas en el tratamiento.

Respecto a lo primero: ¿por qué cuando una madre reconoce abuso de sustancias pedir tratamiento y ayuda es un reconocimiento bastante explícito se aparece como realidad inherente la posibilidad de retirada de custodia? Podemos examinar la cuestión de los varones en cuanto a qué ponen en juego cuando piden tratamiento, pero desde luego, mientras la responsabilidad del cuidado y de la atención de la familia siga cayendo ideológica y simbólicamente en la figura femenina, serán ellas las que pongan en juego dicha cuestión de forma subjetiva y social. Existe un mandato de maternidad, o más específicamente: de la perfecta maternidad, que no se acerca precisamente a la imagen de mujer con problemas de abuso de alcohol, o heroína, etc. y que en los varones no recae de esa forma. En los procesos de los hombres, tengan hijos o no, éstos no aparecen tan automáticamente. Pueden desvincularse “fácilmente”, tanto social como personalmente. En los procesos de las mujeres que son madres, esto no es así: forma parte central de sus preocupaciones o si no, de las de los/as profesionales.

La consecuencia es que el temor a la pérdida de custodia y al juzgamiento como madres existe en las mujeres (de forma “real” o formal, pero se da), interviniendo de forma determinante en su tratamiento (ya sea ambulatorio o residencial).

Sin embargo, ningún recurso residencial está preparado para trabajar con esta realidad.

Hay excepciones, con recursos preparados para trabajar con mujeres embarazadas y/o hijos/as de corta edad, pero no está incorporado a los tratamientos de forma general el trabajo con la presencia de hijos e hijas (y está por ver cómo podría organizarse dicha cuestión, pero al menos que se pudiese contemplar y tener en cuenta

Evitemos designarlo como “cargas familiares”. Este término designa como “carga” la presencia de hijos/as, personas a las que cuidar, etc. De esta forma se negativiza algo que es necesario para la vida humana: el cuidado. Y se invisibiliza que en todo caso, es “una carga” porque entra en conflicto con las necesidades impuestas desde el Mercado Laboral.

Debemos recordar que estamos estableciendo análisis generales, pero no está de más señalar que no podemos esencializar las experiencias de hombres y mujeres por el hecho de serlo: encontraremos varones que no se desvinculen, y mujeres que por supuesto quieran hacerlo.

Tampoco está de más señalar que en otros procesos, como los de malos tratos, a las mujeres no sólo no se las separa de sus hijos, sino que se diseñan los centros de acogida teniendo en cuenta la posibilidad de que vengan acompañadas por menores.

Podríamos preguntarnos por qué en drogodependencias esto ni se ha contemplado, o por qué genera tantas resistencias, y encontraremos que existe una culpabilización de la mujer que es drogodependiente que, en la vida de estas mujeres, y de sus tratamientos, ser madres influye por muchos motivos).

De hecho, a esto se suma otro obstáculo: si son madres, y no están durante el consumo, durante el tratamiento cuando se tienen que ir a recursos residenciales como:

Comunidades Terapéuticas o Pisos de Apoyo al Tratamiento - ¿quién cuida?, ¿quién ejerce esa labor? Normalmente es la familia de origen (principalmente las abuelas) la que se hace cargo del “menor/es desatendido/s”, y, por los mismos mecanismos recogidos en los puntos anteriores, a las dificultades descritas se suman los juicios de valor y presiones al respecto por parte del entorno familiar y relacional más inmediato.

Así mismo, pocos son los recursos destinados en la fase de incorporación laboral a sensibilizar o negociar (en el sentido de desarrollar programas de empleo) con el tejido empresarial que los cuidados no son una labor que deban resolver o conciliar las mujeres como algo persona

También es habitual encontrar que existen pocos recursos específicos para mujeres, o que el número de plazas para mujeres en centros mixtos aparece limitado y no va en función de la posible demanda (por ejemplo: hay 4 plazas para mujeres, y si hubiese que quisiesen entrar, 1 no podría y tendría que esperar). De momento, es una realidad estadística que son menos las mujeres que piden tratamiento, por lo que no se trata de aumentar el número de plazas para mujeres, sino de permitir que la lista de espera-posibilidad de entrada en recursos sea para ambos sexos (por ejemplo: si hay plazas, que las puedan ocupar indistintamente hombres o mujeres, según demanda y lista de espera). Sin embargo, frente a esto, muchos profesionales contemplan “el problema de la sexualidad”. Debemos incorporar también la perspectiva de género a la descripción que hagamos de la realidad, ya que nuestra observación puede partir de una discriminación aunque sea de forma inconsciente; la sexualidad definida como problemática asociada a la presencia de mujeres es un tema recurrente en los talleres y estudios. Suelo devolver que la sola vinculación de la sexualidad a la presencia de mujeres es un acto injusto y cargado de prejuicios y minusvaloración hacia ellas aunque no nos demos cuenta, porque: ¿acaso en la relación heterosexual participan sólo ellas? Sin embargo, el peso de nuestra observación sigue cayendo sobre las mujeres. y también nuestras valoraciones y juicios al respecto. Por supuesto que en una Comunidad mixta, por ejemplo, nos encontraremos con problemas relacionados con la sexualidad y las relaciones hetero-afectivas. Darle la vuelta a la observación

sería comentar que “el problema es que hay chicos”. Pero no se hace; y la propuesta no es en absoluto que debamos darle la vuelta en ese sentido. Sólo se trata de llamar la atención sobre la perspectiva que nos lleva a afirmar, como de hecho se hace, que los problemas vienen porque “hay chicas”. Los problemas en las relaciones hetero-afectivas afectarán de forma distinta a hombres y mujeres (y dentro de eso: de forma diferente según la persona), pero solemos juzgar el uso que las mujeres hacen de la sexualidad para conseguir cosas, por ejemplo.

Ante esto, suelo preguntar si alguien de las y los profesionales presentes- piensa o tiene la percepción de que en general se piense “qué mal, qué problema: los drogodependientes, que delinquen para conseguir dinero con el que financiarse el consumo”.

Nadie levanta la mano, claro. Pero existe cierto juicio moral (hablando de forma general) hacia que las mujeres usen la sexualidad para conseguir cosas¹⁶. No podemos seguir cerrando las puertas a las mujeres para prevenir estas situaciones, sino tratar de formarnos e incorporar a las plantillas personal especializado en sexualidad.

Sin embargo, la sexualidad no forma parte central de ningún tratamiento. El proceso de tratamiento está tan orientado hacia la pauta masculina de consumo, que no suele dar prioridad a este trabajo de forma protocolizada (con excepción de la cita psicológica, que suele ser un espacio privilegiado para la intervención en todos los temas que afecten a la persona). Pero es una realidad contrastada que las mujeres drogodependientes ponen en juego su cuerpo y sexualidad en el consumo de sustancias.

En los cursos de formación afirmo que la sexualidad de una mujer *siempre* va a estar en “el juego”; la forma en que una mujer vive.

Suelo poner el ejemplo de la minusvaloración de género hasta en actividades como la prostitución: si es un hombre el que se acuesta con mujeres por dinero, recibe el nombre de ‘gigoló’ y hasta tiene canciones que celebran al hombre joven que se acuesta con mujeres mayores ricas que le mantienen. Otro tema será la prostitución masculina homosexual, que sufre de la homofobia y otros mecanismos de discriminación dentro del mismo sistema de dominación patriarcal (al hombre que se acuesta con hombres también se le desprecia y se le llama ‘chapero’). básicamente relacionada con su sexualidad y subjetividad como eje de vulneración y de poder. El cuerpo de las mujeres, y su sexualidad, es un cuerpo sometido, objetualizado y sujeto a disposiciones creadas socialmente. Es más: las mujeres *son* su cuerpo.

Cuerpo para los otros, para procrear o para entregarse, para ser objeto de admiración, mirada, silbido, violación... Pero a la vez: cuerpo como acceso al

¹⁶ La teoría del cuerpo como espacio político privilegiado que se transforma en base de vulneración y de poder, la encontramos en Foucault, M.1980 Vigilar y castigar, pp.11-37

reconocimiento social (examinemos la cuestión de “la belleza” por ejemplo), a bienes materiales y simbólicos, o como “arma de seducción para conseguir lo que quieren”.

Paradójicamente, el cuerpo y la sexualidad son el eje de la opresión y condición femenina, a la vez que son fuente de su poder, por objetos valorados y deseados en la sociedad. Si volvemos a centrarnos en las mujeres con problemas de drogodependencias que llegan a nuestros centros, encontraremos que, igual que los hombres tienden por construcción social de género a la agresividad y trasgresión en forma de robo o atraco para autofinanciarse, ellas recurren a lo “más fácil” también por construcción de género: su cuerpo. Y no hace falta ejercer la prostitución como tal, baste con juntarse con “fulanito” y estar de acompañante en robos, trapicheos, consumos, e incluso proceso de tratamiento. Se obtiene su protección y el reconocimiento de los demás, y además no están solas. No podemos quedarnos solamente en señalar la conducta observada como una problemática específica, sino analizar por qué se da y qué trasfondo tiene. Tarea será poner la sexualidad y el cuerpo, sus significaciones e importancia en la subjetividad femenina, como un eje central en los tratamientos.

Y a esto se suma las denominadas relaciones de dependencia respecto a sus parejas: lo que observamos como problema en el manejo de los afectos, abandonos de tratamientos, “bidependencia”, etc. A profesionales del ámbito nos sorprende o puede. Siempre me ha resultado curiosa la expresión “favores sexuales”, ya que redundante en su valoración social a la vez que su denigración: valorado por lo de “favores”, y denigrado por la connotación negativa que pueda atribuírsele a que una mujer ejerza dicha acción.

Ante esta afirmación, hay personas que comentan que esto se debe a una cuestión de “mayor fuerza física, por naturaleza” de los varones. En los debates se suele alcanzar la conclusión de que para atracar a una persona no es necesario ser especialmente fuerte, y que en muchos casos, juega un papel más importante ser capaz de cometer el atraco. La identidad “agresor” está vinculada y construida en torno a los hombres, no a las mujeres (que por el contrario, estamos vinculadas a la idea de ‘víctima propicia’, de estar en desventaja frente al varón). Por supuesto, muchos hombres no se ven capaces de cometer actos delictivos o agresivos, y existen mujeres que sí lo han sido, pero hablamos de construcciones sociales de género, que marcan pautas de comportamiento diferenciado para cada sexo y que suelen ser ‘lo generalizado’. parecer inaudito que las mujeres dejen tratamientos por sus parejas o por iniciar una relación, pero las personas que trabajan con mujeres víctimas de malos tratos están más que acostumbradas a la realidad de las mujeres que vuelven con el maltratador.

¿Lo podemos dejar en algo inexplicable? Es un problema derivado de la construcción social del género, por la cual muchas mujeres no nos sentimos completas si no es teniendo una pareja. Si no la tenemos, la queremos, pero, en cualquier caso, forma parte central de nuestras vidas. Siguiendo los análisis de Marcela Lagarde y de los Ríos

(1989), encontramos que el amor está arraigado en el *ideal de género* para las mujeres, y que es un amor que se caracteriza por la *entrega* en dos variantes:

- La entrega de cuidados y atención para cubrir las necesidades de los otros (“la familia”);
- Rol de madre (y rol de hija para cuidar al padre y/o la madre ya mayores);
- y la entrega al hombre, la pareja. Rol de esposa-compañera. En algunos casos muchos de esto significa la entrega de una misma.

Los mandatos e ideales de género actúan con fuerza constitutiva de la identidad y subjetividad, de lo que yo quiero y deseo. El orden amoroso tradicional convierte a la mujer en ser para otro y además: *de ese otro* (¿nos suenan expresiones como ‘soy tuya’, ‘haz conmigo lo que quieras’, ‘poséeme’ o el cuento donde el Príncipe Azul rescata a la Princesa?). En el caso que nos ocupa, por estas relaciones de subordinación y entrega absoluta podemos entender conductas de alto riesgo que implican el no uso de preservativos, o el contagio de VIH por usar la jeringuilla “después que él”, etc.

Por último, centramos también nuestra atención en la realidad de las rivalidades entre las propias mujeres en grupos, pisos y comunidades terapéuticas. Se vuelve a reducir a lo natural: *somos así*. Pero reflexionemos sobre la socialización dentro del género femenino: realmente no se construye una valoración más allá de la proporcionada por nuestro cuerpo o conseguir un varón, a la par que se inhabilita la posibilidad de un pacto intragénero¹⁷; existirá una competencia en ese sentido, y siempre habrá elementos de juicio con que mirarnos: la que triunfa en los negocios pero que dejó de lado la familia; la que es una *pobre* ama de casa, que no hace otra cosa y no sabe nada; la que está solterona; la que está sola; la puta; la arpía; la vieja amargada; la loca. Y las mujeres formamos parte del engranaje de la cultura, tenemos bien aprendido e interiorizado la no aceptación ni reconocimiento de cada una de nosotras tal como somos, en la diversidad de la experiencia. De ahí que sea tan difícil desactivar los mecanismos de juzgamiento y competencia entre ellas al trabajar en grupo.

Desde el feminismo se han acuñado términos como ‘sororidad’ o ‘reconocimiento de la autoridad femenina’. Los grupos de trabajo con mujeres son una buena herramienta para trabajar estos problemas. Pero trabajar específicamente con mujeres no garantiza que estemos incorporando la perspectiva de género. Un primer ejercicio necesario será recuperarlas-recuperarnos a nosotras mismas, poner en el centro nuestra autoestima como construcción social, como mujeres, haciendo consciente el proceso intrínseco de minusvaloración. Y apostar por trabajar en drogodependencias desde la *aceptación de la trayectoria vital* de cada una de ellas.

¹⁷ Para examinar esta cuestión: Elena Simón Rodríguez Democracia Vital. Mujeres y hombres hacia la plena ciudadanía Narcea, s.a. de ediciones, Madrid 1999.

Hasta hace pocos años pasaba algo parecido con los problemas de salud mental y la interacción en/con las drogodependencias.

La conceptualización de la ‘Patología Dual’ y la interacción de diversos equipos profesionales especializados ha hecho posible que se intervenga de forma integrada y específica acorde a las necesidades diferenciales derivadas de dicha concurrencia de problemáticas.

Propuestas de intervención

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN QUE TENGAN EN CUENTA LA MATERNIDAD-PATERNIDAD DE LAS PERSONAS DROGODEPENDIENTES:

- Facilitar servicios de guardería/ludoteca para facilitar la asistencia a citas. Difundir información al respecto.
- Habilitar una sala de espera específica para las personas drogodependientes que acuden con sus hijas e hijos al centro. Dotarla de cuentos y juguetes para facilitar la espera. Este mismo espacio podría servir para que las mujeres puedan dar de mamar a sus bebés e idealmente podría dotarse de un cambiador para bebés.
- Atender con máxima puntualidad, reduciendo todo lo posible el tiempo de espera cuando una persona acuda al centro, acompañada de menores.
- Flexibilizar los horarios de atención.
- Incorporar la maternidad (y la paternidad) en los protocolos de evaluación e intervención.
- Desarrollar “talleres” para trabajar específicamente habilidades de maternaje y paternaje.
- Aprovechar recursos existentes para las mujeres de la población general (por ejemplo, campamentos de verano). Difundir esta información en los centros de atención a drogodependientes.
- Crear plazas residenciales para madres con menores a su cargo.
- Promover la formación de profesionales sanitarios u otros (centros de salud, salud mental, tutela o protección de menores) con perspectiva de género, para aumentar su sensibilidad hacia la problemática de la drogodependencia.

ACERCA DE LA INVISIBILIZACIÓN DEL CONSUMO EN MUJERES (PSICOFÁRMACOS).

- Subvención, por parte de la administración pública, de campañas de sensibilización dirigidas tanto a la población general como a asociaciones de mujeres.

Partimos de la base de que en el caso concreto de los psicofármacos, la invisibilización del consumo no está primariamente ligada al estigma (como puede ocurrir con adictas a otras sustancias) sino al desconocimiento y a la

consideración del consumo de psicofármacos ansiolíticos como "normal", en especial cuando el paciente al que se le prescribe es una mujer. Se comenta en el grupo que si bien son frecuentes las campañas de prevención y sensibilización al respecto del consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (aun reconociendo que adolecen a menudo de falta de enfoque de género), no existen ese tipo de campañas para el consumo de psicofármacos, lo que perpetúa dicha invisibilización.

- Subvención de actividades de formación dirigidas a los equipos profesionales de atención primaria. Puede suponerse que gran parte de las problemáticas por psicofármacos son de origen yatrógeno, bien por prescripción errónea de los mismos, bien por falta de exhaustividad en el seguimiento de la pauta prescrita y de la sintomatología que justificó la prescripción. La formación previa es un paso necesario para garantizar la implicación constructiva de dichos equipos de trabajo en actividades y programas dirigidos a detectar y trabajar con estas problemáticas. No se trataría de confrontar, sino de sensibilizar y atraer.
- Subvención de actividades de formación dirigidas a los equipos profesionales especializados en drogodependencias, ya que la población objeto de intervención puede presentar características diferenciales que requieran formación especializada.
- Creación de un grupo de expertos/as para el desarrollo de un protocolo de detección, valoración y atención de las problemáticas relacionadas por el consumo.

Dicho grupo estaría compuesto tanto por profesionales procedentes de equipos especializados, como por personal de atención primaria.

- Puesta en marcha de programas de atención y búsqueda de espacios cercanos para la implementación de la atención terapéutica, por entender que estas mujeres difícilmente se sentirán "drogodependientes" y en consecuencia, aun entendiéndolo y demandando algún tipo de atención, no acudirán a los dispositivos especializados.

(CADs/UCAs, Centros de Tratamiento, Centros de Día, etc.). Se propone la habilitación de un espacio en el Centro de Salud para la puesta en marcha de sesiones de tratamiento preferentemente grupales realizadas por profesionales especializados, en coordinación con el personal médico de cabecera que se hagan cargo de valorar y supervisar las pautas de reducción y con los/as trabajadores/as sociales de cada Centro de Salud. Se trataría de facilitar el acceso al tratamiento y la adherencia al mismo.

- Coordinación con asociaciones de mujeres, ONG's, servicios sociales, etc., para dar a conocer el programa y establecer canales de derivación bidireccionales.

MALOS TRATOS

- incluir dentro de los planes de formación de los centros contenidos referidos a género y a violencia de género.
- incluirlo también en los planes de formación regionales, provinciales y locales.

Acogida:

- Crear cauces de derivación hacia nuestros centros de tratamiento desde: urgencias hospitalarias, servicios sociales comunitarios y servicios específicos de violencia de género.
- Que existan en nuestras historias clínicas un apartado destinado a detectar mediante indicadores la existencia del maltrato, en la actualidad o en el pasado (no es conveniente abordarlo en la primera consulta).
- En caso de que se produzca algún tipo de demanda por parte de la paciente referida a violencia de género, si es una emergencia derivarla. En caso contrario, no juzgarla, no catalogarla sólo como víctima.
- Población susceptible de la intervención: mujeres adictas víctimas de violencia, mujeres víctimas de violencia con un problema de adicción, varones adictos maltratadores que acuden a tratamiento y mujeres que acuden acompañando a varones adictos.

Por último, queremos dejar recogidos una serie de puntos-base desde los que poder diseñar propuestas de mejora de las redes de atención e intervención en drogodependencias, desde una perspectiva de género. Algunos de ellos han sido tratados en las propuestas grupales, pero de esta forma dejamos elaborado un listado que recogería algunas de las ideas-líneas de actuación principalmente necesarias en esta materia:

1. Debe regir un PRINCIPIO DE FLEXIBILIZACIÓN en los tratamientos para adaptarse a las situaciones complejizadas que presentan muchas mujeres por su historia y situación familiar.
2. ¿Es necesario crear recursos de atención especializados en drogodependencias y malos tratos? ¿O podemos adaptar los recursos existentes al tratamiento integral de la problemática?

Propuestas:

- 1.- En centros de drogodependencias: intervenir en problemática malos tratos, junto a asociaciones y profesionales especializadas.
- 2.- En casas de acogida y centros de emergencia: permitir la estancia de mujeres drogodependientes estando fuertemente coordinadas con el centro de atención a drogodependencias, realizando un trabajo conjunto. Para esto es necesario establecer programas y protocolos de atención.

3.- Los Centros de Día de atención integral en régimen ambulatorio, deben contar con guarderías o usar servicios comunitarios.

4.- Los Centros Residenciales: deben estar habilitados para trabajar con mujeres, y con menores a su cargo. 'Habilitados' implica cambiar contenidos de tratamiento y disposiciones temporales: flexibilizar visitas, llamadas, etc.²¹; hay que empezar a contar con las mujeres que no se van a un recurso sin sus hijos, o para las que cortar la relación sentimental o de pareja puede ser motivo de abandono del tratamiento.

5.- Un problema añadido es que en muchas provincias se reciben personas derivadas desde otras provincias de la misma Comunidad Autónoma. No hay recursos propios en cada ciudad-provincia, con lo que si hay menores, ¿qué sucede con su escolarización, entorno inmediato de relaciones, etc. si se trasladan con su madre? Este problema es consecuencia de que se sigue respondiendo a un patrón androcéntrico en el diseño y puesta en marcha de recursos. ¿Podríamos apostar por recursos residenciales más pequeños, adaptados en cada ciudad?

6.- Debemos especificar que estas medidas y nivel de concreción son muy importantes: los recursos residenciales establecen por lo general un periodo no voluntario de entre 15 – 30 días de incomunicación con el exterior. También se dan los programas que prohíben las relaciones entre personas en tratamiento (aunque no estén en el mismo recurso residencial; si las dos personas están en el mismo recurso residencial, establecer relación de pareja puede ser motivo de expulsión y están prohibidas las relaciones y contactos sexuales de ningún tipo). La experiencia pone de manifiesto que estas disposiciones deben ser por lo menos revisadas, ya que muchas mujeres, por la importancia de lo relacional en sus vidas, no se adaptan bien a la incomunicación inicial e incluso llegan a abandonar el recurso por este motivo; tampoco siguen la prohibición sin más, siendo necesario empezar a abordar otro tipo de intervenciones más encaminadas al trabajo de las relaciones heteroafectivas y autoestima de género.

Principio que rige los tratamientos desde hace tiempo que en muchos casos encuentra problemas para ser llevado a cabo: saturación profesional, atención centrada en la persona que demanda tratamiento, familias que no van a asistir al centro- no van a desplazarse, etc. ¿Podemos coordinarnos con otros recursos que faciliten el acceso a las familias (servicios sociales; centros de atención primaria; etc.)?

7- Drogodependencias y salud mental.

Problemas de abuso de sustancias derivados de la medicalización de los problemas de las mujeres. Propuesta: intervención coordinada en centros de atención primaria para prevenir estas situaciones.

8. Es necesario un abordaje que ponga en interacción la drogodependencia y factores asociados al género. Debemos desarrollar grupos de intervención

específica con mujeres en los Centros de Día. La experiencia de asociaciones de mujeres, y recursos especializados en violencia de género, etc. puede nutrir nuestra experiencia (así como bibliografía especializada), pero es necesario crear un espacio específico en nuestros centros, ya que en otros grupos externos a la Red, generalmente las mujeres no pueden contar que son drogodependientes o directamente lo esconden.

9. De cara a la incorporación laboral: hay que poner el peso en las dificultades en tanto que mujeres, no que drogodependientes. Podemos desarrollar acciones dirigidas a incidir sobre:

- la segregación horizontal: programas de formación en profesiones tradicionalmente masculinas, con mejores condiciones laborales, pero diseñando a su vez acciones de intermediación en la contratación y/o prospección de empleo;
- la segregación vertical: formación en habilidades para el liderazgo, proyectos de autoempleo;
- la conciliación de la vida personal y laboral: no debemos perder de vista nuestra capacidad como agentes sociales para generar una sensibilidad respecto a los cuidados como una responsabilidad social; las mujeres no pueden seguir resolviendo de forma individual una cuestión estructural. Podemos poner en marcha programas de guarderías comunitarias (como fórmula de autoempleo, por ejemplo), experiencias de auto organización, etc.

La bibliografía consultada más relevante fue la siguiente:

- Diagnóstico y atención de Violencia de Género en las personas en tratamiento en Centros de Día. Seminario. ASECEDI.
- La violencia contra las mujeres. Informe de los malos tratos en España.
- Alberdi, Inés y Matas, Natalia. Fundación La Caixa. 2002
- "Mujeres víctimas de maltrato doméstico". J. Amor, Pedro e A. Bohórquez, Isaura.
- Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados.
- Elisabete Arostegi y Aurora Urbano.
- Documentación del Primer Encuentro de personas expertas, "Mujer y drogas", diciembre de 2006.
- "Perfil psicopatológico. Psico y socioterapia de la mujer adicta maltratada". Blanco Zamora, Pilar. Fundación Instituto Spiral.
- "Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención". Chait. L y Zulaica Calvo, B.
- "La demanda de las mujeres consumidoras en la red asistencial". Comas, Domingo. _Primer simposium internacional sobre adicción en la mujer.
- Madrid, octubre de 2000. Instituto de la Mujer. Madrid, 2001.
- Evaluación de la Aplicación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 De Diciembre, de Medidas De Protección Integral Contra La Violencia De Género. Ministerio de Igualdad. Madrid, 2008.
- "Percepción de las mujeres maltratadas sobre la atención sanitaria recibida". Nure Investigación. Madrid, 2006
- Tratamiento de abuso de sustancias y atención para la mujer: estudios monográficos y experiencia adquirida. Oficina contra la droga y el delito, de Naciones Unidas. Nueva York, 2005.
- El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino. Instituto de la Mujer. Madrid, 2000.
- El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Instituto de la Mujer. Madrid, 2007.
- Realidad Social de las mujeres sin techo, prostitutas, ex reclusas y drogodependientes en España. Equipo de Investigación Sociológica (EDIS). Coord. de la investigación. Gómez González, Enrique. Madrid, 2003-2004.
- Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto de la Mujer. Madrid, 2007.
- Adicciones en Mujeres. Colegio Oficial de Psicólogos de Las Palmas. 2008 (2ª edición)
- Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Martínez Redondo, Patricia. ASECEDI. 2008
- Estudio internacional sobre género, alcohol cultura. Proyecto Genacis. Sociedad española de toxicomanías. 2004
- Mujer y adicción. Aspectos diferenciales y aproximación a un modelo de intervención. Instituto de adicciones. Madrid Salud. 2005