

Adicciones, Violencia de género y abordajes centrados en el trauma



Financiado por:



ASOCIACIÓN
DIANOVA ESPAÑA

28028 Madrid
Tel.: +34 91 468 87 65
Fax: +34 91 468 87 87
dianova@dianova.es

Edición

Asociación Dianova España

Gibet Ramon

Ilustración de portada: Gibet Ramon

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

dianova | 

ÍNDICE

VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIONES: ESTUDIO DE SU RELACIÓN E IMPLICACIONES EN LOS ABORDAJES TERAPÉUTICOS.

Paula Lozano Garbaccio..... 4

FEMINIZAR LA ATENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS Y SALUD MENTAL; ENFRENTANDO LA CEGUERA DE GÉNERO.

Berenice Domínguez Gómez y Alicia Salamanca Fernández 23

RELACIÓN ENTRE ADICCIONES Y VIOLENCIA DE GÉNERO.

Xochitl Quetzalli Mejía Mencías 32

EXPERIENCIA EN LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

Davinia Ramírez y Elena Caballero 41

VIOLENCIA DE GÉNERO Y TRAUMA: UNA INTERVENCIÓN CON MUSICOTERAPIA PARA MUJERES DENTRO DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Xóchitl Palma Islas 55

VIOLENCIAS INSTITUCIONALES HACIA LAS MUJERES QUE USAN DROGAS:
REVICTIMIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN

Laia Plaza Hernández y Gisela Hansen 63

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO 74

SI QUIERES PARTICIPAR 77

VIOLENCIA DE GÉNERO
Y ADICCIONES:
ESTUDIO DE
SU RELACIÓN E
IMPLICACIONES EN
LOS ABORDAJES
TERAPÉUTICOS .

*GENDER-BASED
VIOLENCE AND
ADDICTIONS: STUDY OF
THEIR RELATIONSHIP
AND IMPLICATIONS
FOR THERAPEUTIC
APPROACHES.*

Paula Lozano Garbaccio

Psicóloga, Universidad de Barcelona

RESUMEN

La violencia de género y las drogodependencias son dos graves problemas de salud pública. Este estudio analiza su relación en mujeres y la implicación en los abordajes terapéuticos. Se realizó una búsqueda de artículos científicos publicados en los últimos nueve años, donde se seleccionaron diecinueve estudios. También se llevó a cabo el análisis de un grupo focal. Los resultados muestran una asociación de la violencia de género y las adicciones en las mujeres. Los autores y los resultados del grupo focal coinciden en la necesidad de abordajes integrados en los programas, la recuperación de las adicciones, así como de las violencias para dar respuestas realmente integrales.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, drogodependencia, mujeres, abordajes integradores, perspectiva de género.

ABSTRACT

Gender violence and drug addiction are two serious public health problems. The study analyzes the relationship between both difficulties in women, and the implication of therapeutic approaches. A search of scientific articles published in the last nine years was conducted, and nineteen studies were selected. Focus group analysis was also carried out. The results show an association of gender violence and addictions in women. The authors and the focus group results agree on the need for integrated approaches in addiction recovery programs and violence to provide comprehensive responses.

KEY WORDS

Gender-based violence, drug addiction, women, integrative approaches, gender perspective.

INTRODUCCIÓN

La «violencia de género» (VG), o contra la mujer, es un tipo de violencia que reciben las mujeres y las niñas por el mero hecho de serlo (Pandea et al., 2019; Roca, 2014). Así, de acuerdo con la Asamblea General de Naciones Unidas (1993), es “cualquier acto de violencia basado en la identidad de género y que da como resultado un daño psicológico, físico o sexual, así como amenazas, privación de la libertad y coacción” (p. 4).

Es universal y sus raíces nacen del patriarcado (Roca, 2014). La Organización Mundial de la Salud (OMS; 2013) la reconoce como un “problema global de salud pública” (p. 8), estimando que una de cada tres mujeres alrededor del mundo, alguna vez, ha sufrido VG. Asimismo, un tercio es ejercida por la pareja o expareja y, cada año, un 38% de los feminicidios son cometidos por estas (Pandea et al., 2019). En lo referente al Estado español, la Delegación del gobierno contra la violencia de género (2019) concluye que “del total de mujeres de dieciséis o más años residentes en España, el 32,4% ha sufrido al menos un tipo de violencia por parte de su pareja o expareja” (p.75), siendo un total de 6.605.825 mujeres. Finalmente, cabe destacar que, las consecuencias de la VG son múltiples y graves. De hecho, se enumeran preocupantes secuelas de índole psicológica como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y las drogodependencias (Sugg, 2015).

Respecto a las anteriores, en los datos registrados por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC, 2018) se evidenció que 275 millones de personas alrededor

del mundo consumieron una sustancia psicoactiva, lo que supone un incremento del 22% respecto al 2010. Estos datos son relevantes dado que se estima que al menos el 8% de las personas que empiezan a consumir, terminarían por desarrollar una adicción (UNDOC, 2021).

Así también, es imprescindible concebir las adicciones como un problema de salud pública, donde el 13% de la población mundial lo padece (OMS, 2022). No obstante, su epidemiología es distinta según la cultura y las políticas de acceso: cuanto menor es la percepción de roles de género tradicionales, menor diferencia hay en el consumo entre sexos (McHugh et al., 2018).

En lo relativo al consumo femenino, se propone el «efecto telescopio», el cual explicita que, a comparación de los hombres, las mujeres avanzan de forma más rápida hacia un consumo patológico; también experimentan un craving más intenso y un mayor riesgo de recaída, lo que genera un peor pronóstico para ellas. Esto debe analizarse de manera cuidadosa, es decir, no aludir la mayor complejidad del problema de las adicciones en las mujeres a su “naturaleza patológica”, sino a todo un entramado de variables psicosociales que deben ser atendidas en un análisis riguroso (Hansen, 2020).

Mientras que solo una de cada siete personas recibe tratamiento, se estima que únicamente el 20% de ese grupo en tratamiento son mujeres (UNDOC, 2017). De hecho, la mayoría de las terapias están diseñadas desde una óptica androcentrista (Hansen, 2020). Por ello, se plantea la demanda de su abordaje desde la perspectiva de género como un

determinante que condiciona el proceso terapéutico y que es necesario tener en cuenta en el diseño del tratamiento (Martínez-Redondo y Arostegui, 2019, 2021).

La incorporación de la PG en los recursos de salud suscita medidas que cubran las particularidades y problemas asociados a la realidad de hombres, mujeres y otras identidades de género, superando el enfoque androcéntrico como 'lo neutro'. De la misma manera que trata de legitimar las diferencias y corregir las desigualdades; busca la autonomía y el empoderamiento y analiza los condicionantes de género (Hansen, 2020). De lo contrario, un abordaje neutro podría caer en el reduccionismo, obstaculizando un cambio (Roca, 2014).

Asimismo, las investigaciones apuntan a una intersección entre las drogodependencias y la VG (Hansen, 2020). Se ha visto que las víctimas de violencia son de dos a seis veces más proclives a padecer una adicción (Sugg, 2015). Es más, se calcula que el 25% de las mujeres víctimas ha consumido alguna sustancia como mecanismo de afrontamiento (Martínez-Redondo y Arostegui, 2021).

La relación entre ambos fenómenos es compleja, pues distintos autores han encontrado evidencias en ambas direcciones e incluso generando una complejidad superior cuando ambos problemas están instaurados y se agudizan mutuamente (Hansen, 2020). Así, las mujeres víctimas de VG son más proclives a desarrollar una adicción, de la misma manera que el consumo incrementa el riesgo a experimentar violencias y/o disminuye la capacidad de reacción para

identificar la situación y solicitar ayuda, agravándose con la sensación de culpa por el consumo. De este modo, se hipotetiza que ambas se retroalimentan e influyen mutuamente (Martínez-Redondo y Arostegui, 2021; Radcliffe et al., 2021).

Específicamente, la VG en mujeres que además presentan un Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) aumenta la dificultad de acceso a los tratamientos y la adherencia a largo plazo en los programas. Asimismo, se establecen diversas barreras como la falta de formación específica en violencias y adicciones de los equipos profesionales, o los entornos de tratamiento altamente masculinizados, entre otros. Cabe destacar también que, por lo general, en los dispositivos asistenciales de adicciones no poseen protocolos unificados para intervenir en ambas problemáticas de manera sistematizada. Como resultado, las mujeres que sufren ambas problemáticas deben acudir a los diferentes dispositivos para tratar cada necesidad concreta, sin tener la posibilidad de ser atendidas bajo una única intervención integrada, lo cual dificulta la adherencia al tratamiento, puede cronificar las situaciones e incluso se pueden recibir intervenciones de diversos profesionales con enfoques polarizados, teniendo esto último un impacto significativamente negativo en la adherencia de las mujeres a los servicios de atención (Hansen, 2020; Martínez-Redondo y Arostegui, 2021).

En consecuencia, los objetivos del presente estudio son: (a) analizar la prevalencia y la relación expuesta entre la violencia de género y las adicciones en las mujeres; (b) evaluar las implicaciones de dicha relación en los abordajes y tratamientos específicos de las adicciones;

(c) recopilar evidencias y buenas prácticas para el abordaje conjunto de la violencia de género y las adicciones desde una perspectiva de género.

METODOLOGÍA

La apuesta metodológica fue la siguiente: (a) realizar una revisión narrativa de la literatura científica, (b) y un análisis cualitativo de la información de un grupo focal de mujeres que habían sufrido VG y se encontraban en tratamiento por el problema de consumo.

Para la búsqueda bibliográfica, se utilizaron las bases de Pubmed/MEDLINE, PsychINFO y Web of Science. A su vez, también se incluyeron estudios y monografías de organismos institucionales con amplio conocimiento en la temática internacionales, europeos y nacionales. Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: (1) el rango de fechas de publicación fue el correspondiente a nueve años, entre el 2013 y el 2022; (2) el lenguaje escogido, el inglés y el castellano; (3) el grupo de edad, de los dieciocho años en adelante y la muestra únicamente de mujeres; (4) en lo relativo a la metodología se emplearon: estudios teóricos y estudios experimentales; (5) y los términos de búsqueda fueron: (*"intimate partner violence"* OR IPV OR *"Gender-based violence"* OR *"battered women"*) AND (SUD OR *"substance use"*, *"drug addiction"*) AND (*"comorbidity"*) AND (*"treatment"* OR *"intervention"* OR *"psychotherapy"*) AND (*"women"* OR *"gender"* OR *"gender-based treatment"*).

Por lo que respecta al grupo focal, se establecieron los tópicos principales a recopilar: (1) la relación entre la adicción y la violencia; (2) las necesidades que presentan e identificar si estas están siendo abordadas desde la red de las adicciones; (3) conocer sus experiencias en los servicios de atención a las drogodependencias para extraer indicadores de buenas prácticas. Esta se realizó en el mes de abril del 2022 y tuvo dos horas de duración. El grupo focal incluyó a nueve mujeres adultas de 22 a 56 años. Todas ellas estaban un tratamiento residencial en una comunidad terapéutica (CT) profesionalizada de media-larga estancia y pasaban por un periodo sin consumo.

RESULTADOS

El análisis cualitativo del grupo focal se muestra en la Tabla 1. Por lo que respecta a la revisión, finalmente se incluyeron 19 artículos. A continuación, se hace una síntesis de la evidencia empírica y se relaciona con las experiencias de las participantes.

Tabla 1: Análisis cualitativo del grupo focal

| Categorías | Definición | Respuestas |
|----------------------|--|---|
| Trauma | Síntomas característicos del TEPT | <p>“Así me evadía y no me venían las imágenes y recuerdos”.</p> <p>“Cuando no consumes te vienen los recuerdos”.</p> <p>“Las cosas se me hacen más difíciles sin consumir”.</p> |
| Tipos de violencias | Se han descritos diversos tipos de VG en la literatura (Echeburúa y Muñoz, 2017; Pandeia et al., 2019). | <p>“Maltratos en la edad adulta”.</p> <p>“Abusos sexuales”.</p> <p>“Maltrato psicológico (...). También me han pegado en la calle”.</p> <p>“Jugó con mi cerebro y me moldeó a su semejanza”.</p> <p>“Violencia física y violencia psicológica”.</p> <p>“Violencia verbal”.</p> <p>“Violencia psicológica”.</p> |
| Antecedente familiar | Experiencias de violencia dentro de la familia primaria a lo largo de las primeras etapas del desarrollo (Cohen et al., 2013). | <p>“Maltratos en la familia”.</p> <p>“Violada con 14 años por mi sobrino”.</p> <p>“Mi madre a normalizado desde siempre la violencia, ya sea psicológica o física. La promovía. Cuando mi padre la golpeaba a ella, yo tenía que estar callada, sin moverme... Empecé a ver esas cosas normales”.</p> <p>“Me acuerdo de ver a mis padres pegándose. Un día mi padre sacó un cuchillo. Mi madre nos abandonó”.</p> <p>“Mi madre me echó de casa”.</p> <p>“De la familia tengo mucho maltrato psicológico”.</p> |

| Categorías | Definición | Respuestas |
|----------------------------|---|---|
| Mecanismo de afrontamiento | El consumo se inició como mecanismo para tolerar el malestar del maltrato (Nydegger y Claborn, 2020). | <p>"Hasta que no consiguió que consumiera no paró".</p> <p>"El padre de mi hijo me maltrataba psicológicamente (...). Empecé a consumir con él".</p> <p>"Para poder estar con él tenía que consumir, porque estando serena no podía soportar que me tocara".</p> |
| Desigualdades | El género se establece como un determinante en las desigualdades sociales (Martínez-Redondo y Arostegui, 2019). | <p>"Debería ser igual las cantidades de hombres y mujeres".</p> <p>"Son mayoría".</p> <p>"La televisión es de ellos".</p> <p>"El gimnasio es de los hombres".</p> <p>"No se le da la importancia necesaria (al género)".</p> <p>"Hay micromachismos (en la CT)".</p> |
| Habilidades terapéuticas | Actitudes y capacidades del profesional hacia los usuarios. | |
| Negativas: | | <p>"No me escucha"</p> <p>"Sólo me da pastillas"</p> <p>"No me deja hablarle"</p> <p>"En el CAS (...) tampoco me he sentido escuchada".</p> <p>"No me dejaba explicarle nada".</p> <p>"Te puede hacer sentir incómoda. O que te corten, eso dificulta más el tratamiento".</p> <p>"A veces solo están escribiendo con el ordenador y no te están ni mirando".</p> |

| Categorías | Definición | Respuestas |
|-------------|---|--|
| Positivas: | | <p>“La empatía, que la persona sea abierta”</p> <p>“La atención que tiene hacia ti”.</p> <p>“La atención, que se involucra y se interesa”</p> <p>“Su humanidad, su sensibilidad. Que esté más involucrado”.</p> <p>“Que nos involucren a nosotras también”.</p> <p>“Saber ponerse en el lugar de la otra persona”.</p> |
| Integración | Abordajes completos que traten las múltiples problemáticas de las usuarias. | <p>“Somos personas y nuestros problemas son variopintos”.</p> <p>“Antes de llegar a la adicción hay mucha ‘mierda’ detrás y si no llegas a la raíz del asunto no trabajas la adicción. Es un parche. Una tirita”.</p> |

La relación entre la violencia de género y el consumo

En lo relativo a la adicción en mujeres y la VG la investigación postula la existencia de una relevante asociación. Ahmadabadi et al. (2019) hicieron un estudio longitudinal donde se evaluó si haber sido víctima de VG a los 21 años suponía un factor de riesgo para desarrollar una drogodependencia a los 30, los resultados mostraron una relación significativa. Folch et al. (2021) expusieron que, de una muestra de 120 mujeres consumidoras, el 45% había sido víctima de VG solo en los doce meses anteriores.

En el artículo de Ogden et al. (2022) la VG se mostró como una variable predictora del posterior consumo en mujeres. El testimonio de tres participantes del grupo focal ilustra que su consumo se inició después de la violencia: *“(mi expareja) hasta que no consiguió que consumiera no paró, y luego pues consumía con él. Me tenía controlada”, “el padre de mi hijo me maltrataba psicológicamente (...). Empecé a consumir con él.”*

La evidencia recopilada por Fernández-Montalvo et al. (2017) sugiere que, de una muestra de 180 mujeres con una adicción, el 74.4% habían sido víctimas

de abuso en algún momento de su vida, siendo la violencia psicológica el tipo más común (66.1%). De igual forma, Nydegger y Claborn (2020), con muestra compuesta por 30 mujeres consumidoras, exponen que todas presentaban antecedentes de VG. Durante los tres meses que duró el estudio, 23 de ellas (un 76%) confirmaron haber consumido como estrategia de afrontamiento para paliar los síntomas psicopatológicos. Benoit et al. (2016) llevaron a cabo una revisión de 63 artículos publicados en 12 países, donde algunos de los principales hallazgos fueron que las mujeres con adicción presentaban una mayor prevalencia de VG que las de la población general y un uso más elevado de las sustancias psicoactivas entre las víctimas que habían sufrido violencia en algún momento de su vida. Del grupo focal, se extrae que la mayoría de las participantes (77%) había experimentado situaciones de violencia y/o abuso como maltratos en la edad adulta, abusos sexuales, maltrato psicológico, violencia vicaria y violencia física.

Asimismo, haber sufrido algún evento traumático y haber sido víctima de abusos físicos y/o sexuales en las primeras etapas del desarrollo se consideró un factor de riesgo significativo para desarrollar un consumo problemático. De hecho, se estima que hasta un 80% de las mujeres que se encuentran en tratamiento por TCS ha sufrido algún tipo de violencia que se inició en la infancia (Cohen et al., 2013). Así lo muestra el 66% de las participantes, las cuales expresaron tener antecedentes de violencia y/o abuso en el contexto intrafamiliar en edades tempranas: *“maltratos en la familia”, “violada con 14 años por mi sobrino”, “mi madre ha normalizado desde siempre la violencia, ya*

sea psicológica o física”, “me acuerdo de ver a mis padres pegándose”.

Otra posible implicación en la relación estudiada es la alta tasa de comorbilidad, concretamente con el TEPT (Fonseca et al., 2021). De hecho, de acuerdo con Weaver et al. (2015), se postula al TEPT como variable mediadora: la violencia sería un evento traumático que produciría unos síntomas en la víctima, y esta, con el fin de regularlos, empezaría a consumir. McKee y Hilton (2019) también describen un consumo más problemático en las mujeres víctimas de VG que cumplían con los criterios para el diagnóstico de TEPT. A su vez, la exposición repetida a eventos traumáticos en la infancia mediante un historial de abusos sexuales y/o físicos reiterado ha mostrado una asociación del 30 al 60% con el consumo problemático y el TEPT (Martínez-Redondo y Arostegui, 2021).

De diferente forma, Simonelli et al. (2014) exponen dicha relación de un modo bidireccional, asumiendo que el consumo en sí mismo es también un factor de riesgo para ser víctima de VG. Sin embargo, afirman que cuando se juntan ambas situaciones se crea una dinámica donde las vulnerabilidades se ven notablemente incrementadas. De lo recogido en el grupo focal, se extrae que algunas de las usuarias utilizaban el consumo como mecanismo de afrontamiento: *“así me evadía y no me venían las imágenes y recuerdos”, “cuando no consumes te vienen los recuerdos”, “las cosas se me hacen más difíciles sin consumir”.*

La necesidad de un abordaje terapéutico integrado

Teniendo en cuenta los datos anteriores, y las altas tasas de prevalencia de VG en mujeres con adicciones, por lo que respecta a los tratamientos se ha visto fundamental contemplar los posibles antecedentes de violencia en las usuarias para tenerlo en cuenta en los abordajes integrales.

Ogden et al. (2022) reconocen la necesidad de evaluar la VG en las usuarias de los servicios de atención a las drogodependencias. Si la violencia ha estado o estuviese presente, se deberían adoptar abordajes terapéuticos integrados para ambas problemáticas; sino se corre el riesgo de ofrecer tratamientos menos eficaces (Ahmadabadi et al., 2019). Salter y Breckenridge (2014) exponen que en su muestra de mujeres la mayoría había sido víctima de abusos (lo que se asoció, juntamente, al TETP). Además, señalan que una gran parte de los tratamientos para TCS buscan la abstinencia y que, si la consiguen, pueden derivar en un incremento de los síntomas intrusivos y el malestar emocional, por lo que se deberían contemplar en el tratamiento de manera sistemática.

No obstante, las investigaciones recientes sugieren que, en la mayoría de los recursos de atención específicos del Estado español, la intervención suele ser segmentada: en los servicios de atención a víctimas de VG el consumo es un motivo de derivación y en los centros de tratamiento a las drogodependencias no se aborda específicamente la violencia (Martínez-Redondo y Arostegui, 2019). El grupo

focal también ilustra la necesidad de un tratamiento integral: *“antes de llegar a la adicción hay mucha ‘mierda’ detrás y si no llegas a la raíz del asunto no trabajas la adicción. Es un parche. Una tiritita”*.

Por consiguiente, diversos autores han empezado a sugerir propuestas de intervenciones conjuntas. Si los resultados de McKee y Hilton (2019) son precisos, uno de los abordajes integrados que se ha mostrado probablemente efectivo es el denominado Seeking Safety (SS) de Najavits (2002), el cual trata de forma integral el consumo y el TEPT. Se compone de un tratamiento basado en la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que promueve las estrategias de afrontamiento a lo largo de 25 sesiones. De hecho, el estudio de Cohen et al. (2013), con una muestra compuesta por 288 mujeres, mostró que el tratamiento SS fue más efectivo, tanto en la disminución del TSC como de los síntomas de TEPT. Gilbert et al. (2017) llevaron a cabo un estudio en mujeres víctimas de VG conjuntamente a drogodependencia (N=72). Se utilizó la intervención denominada *Women Initiating New Goals of Safety (WINGS)*, de nuevo basado en la TCC, el cual trata de aumentar la conciencia del consumo, trabajando también la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento. Se aplicó a través de dos sesiones en un formato de terapia grupal. Los resultados fueron favorables mostrando una reducción de la violencia física percibida y en el consumo de sustancias.

Por otra parte, no solo es relevante el abordaje, sino también las habilidades terapéuticas del profesional. Las participantes del grupo focal identificaron como indispensables la empatía,

humanidad, la sensibilidad, entre otras, porque, según expresaron, en diversas ocasiones no se habían sentido correctamente atendidas en algunos servicios de intervención y seguimiento: “no me escucha”, “sólo me da pastillas”, “no me deja hablarle”, “tampoco me he sentido escuchada”.

Intervenciones con perspectiva de género

Como se expuso en la introducción, la PG se muestra ciertamente imprescindible en el abordaje de ambas problemáticas. A continuación, se exponen los principales resultados obtenidos en la investigación.

Las mujeres con adicción presentan menos probabilidades de acceso a los tratamientos. Cuando intentan acceder, deben enfrentarse a más barreras como: mayor estigmatización y más responsabilidades familiares. Presentan adicciones más severas y necesidades más complejas que los hombres, debido a la invisibilización del problema lo cual conlleva a una cronificación y agravamiento (McCrary et al., 2020). La evidencia muestra que ellas avanzan de forma más acelerada hacia un consumo problemático, ya denominado efecto telescopio, y experimentan un craving más considerable, a la vez que presentan un riesgo de recaída mayor, debido a múltiples variables psicosociales y de salud que contribuyen a agravar la situación (Fonseca et al., 2021). La evidencia sugiere que las intervenciones son probablemente mejores cuando se ofrecen abordajes exclusivos para ellas; si bien hasta el momento han sido escasas (McCrary et al., 2020).

Las recientes investigaciones llevadas a cabo en el Estado español proponen varios abordajes con mirada de género. Uno de ellos es el modelo integral de recuperación y liberación de las mujeres de Roca et al. (2013), para intervenir en VG. Este recopila e integra la evidencia de modelos precedentes juntamente a las necesidades recogidas de las víctimas. Sugiere siete fases jerárquicas pero flexibles: vinculación, resistencia, conflicto, puesta en cuestión, confrontación, mantenerse libre y reconstrucción del futuro. La Red Iberoamericana de ONG que trabajan con Drogas y adicciones (RIOD; 2021), también recopila diversas intervenciones llevadas a cabo con éxito en España como: la “Guía para la incorporación de la perspectiva de género a los programas de prevención de conductas adictivas”, la cual propone un modelo de intervención paso a paso.

Cantos et al. (2017) recogen, nuevamente, la necesidad de trabajar contenidos diferenciales en los procesos de intervención, dado que las necesidades entre hombres y mujeres son distintas. Consideran imprescindible que exista una separación de espacios por género para el abordaje de ciertos temas, como: (1) “los sentimientos de culpa por el incumplimiento de los mandatos de género”; (2) las presiones familiares; (3) las relaciones afectivas; (4) fomentar las redes de apoyo entre las mujeres; (5) la autoestima, entre otras.

En relación con lo anterior, del grupo focal se sustrae que las mujeres son una minoría y se las excluye en algunos espacios comunes: “debería ser un poco igual las cantidades de hombres y mujeres”, “son mayoría (los hombres)”, “la televisión es de ellos”, “el gimnasio es de los hombres

(...), te excluyen". Un estudio cualitativo confirma esta idea, y es que la hipótesis principal de Salter y Breckenridge (2014) partía de que los tratamientos para el TCS están frecuentemente pensados desde una perspectiva androcéntrica, por ello se hicieron dos grupos de tratamiento, uno mixto y otro femenino. La muestra femenina mostró una satisfacción mayor cuando su tratamiento fue solo de mujeres.

En contraste con los hallazgos anteriores, diversos autores no han encontrado diferencias entre los tratamientos con PG y los habituales. Najavits et al. (2018) realizaron un tratamiento basado en la PG, donde 66 participantes fueron distribuidas en dos grupos: uno intervenido con el abordaje *Woman's Path Recovery* (WPR), basado en la PG, y el *12-Step Facilitation* (TSF), basado en la evidencia, pero sin enfoque de género. No se mostró ninguna diferencia significativa entre ambos grupos, si bien consiguieron efectos positivos en la reducción del TCS y una mejora general en su bienestar psicosocial. Holzhauer et al. (2020) llevaron a cabo un ensayo aleatorizado para 99 mujeres con TCS, donde se comparó la eficacia de un abordaje basado en la perspectiva de género (FS-CBT), y otro sin ella (GN-CBT), basados en la TCC. En ambas condiciones, los recursos de afrontamiento se asociaron directamente con una tasa de consumo más reducida, concluyendo que no hubo diferencias en la eficacia del tratamiento.

DISCUSIÓN

La violencia contra la mujer y las drogodependencias son dos problemáticas graves de salud pública con un alcance a nivel mundial (OMS, 2013, 2022; UNDOC,

2020). Diversos autores han propuesto una asociación significativa entre ambas variables en muestras de mujeres (Hansen, 2020; Martínez-Redondo y Arostegui, 2021; Radcliffe et al., 2021; Sugg, 2015).

Los estudios de la presente revisión establecen una relación compleja y bidireccional entre los consumos y la violencia experimentada en las mujeres. Benoit (2016), en su estudio con datos recopilados de 12 países, muestra, por un lado, una prevalencia más elevada de VG en las mujeres con una drogodependencia que en las mujeres de la población general y, por otro, un consumo más problemático cuando había el antecedente de violencia. Asimismo, numerosos estudios analizados sobre la relación entre ambas variables apuntan en la misma dirección. Diferentes autores como Ahmadabadi et al. (2019), Cohen et al. (2013), Nydegger y Claborn (2020) y Ogden et al. (2022) han sostenido que la violencia antecede al consumo e incluso que podría ser un factor de riesgo relevante.

Distintamente, Simonelli et al. (2014) proponen un consumo previo a la VG, caracterizándolo como un factor que contribuye al desarrollo de esta última. Fernández-Montalvo et al. (2017) encuentran una prevalencia de VG bastante elevada, observando que el 74% de las mujeres consumidoras la había padecido, si bien se desconoce si el consumo ya se había iniciado en ese momento. A través del análisis del grupo se obtuvo que el 77% de las participantes habían experimentado la VG, siendo tanto psicológica, física como sexual. Tres de las nueve participantes expresan que iniciaron su consumo como respuesta a la violencia ejercida por sus parejas, además de que el 60% de ellas

presentaba un antecedente de violencia familiar.

Asimismo, cabe destacar la relevancia de este antecedente de violencia intrafamiliar en etapas tempranas del desarrollo, el cual se había mostrado como un dato de peor pronóstico (Cohen et al., 2013). Autoras como Martínez-Redondo y Arostegui (2021) coinciden en que un trauma generado en la infancia por un historial de abusos podría derivar en un consumo más problemático.

En relación, Fonseca et al. (2021) y Weaver et al. (2015) han mostrado otra variable implicada: el TEPT. En algunas personas, el antecedente de violencia desencadenaría síntomas acordes con el diagnóstico de TEPT y el consumo sería la estrategia de afrontamiento, como muestran dos de las participantes, coincidiendo con lo expuesto anteriormente en la literatura: una de cada cuatro mujeres utilizaría el consumo como mecanismo de afrontamiento para regular su malestar (Martínez-Redondo y Arostegui, 2021; Sugg, 2015). De igual forma, McKee y Hilton (2019) y Martínez-Redondo y Arostegui (2021) sugieren un consumo más grave para las mujeres que cumplían con los criterios del TEPT y tenían una historia de VG. En consecuencia, la evaluación de los síntomas de trauma en las usuarias y su posterior intervención, si estuviesen presentes, se requiere esencial. De lo contrario, se corre el grave riesgo de no tratar adecuadamente uno de los determinantes del consumo: el malestar emocional provocado por los síntomas de reexperimentación del TEPT, el cual, a su vez, estaría presuntamente relacionado con el antecedente de violencia (Salter y Breckenridge, 2014).

Nuevamente, es pertinente insistir en que, ante una coexistencia tan compleja, los y las profesionales de la salud mental no debemos caer en abordajes reduccionistas que atiendan únicamente el consumo.

En general, estamos ante unos resultados altamente concordantes, donde diversos autores coinciden en sus hallazgos y postulaciones. Los artículos revisados en este apartado revelan que la VG tiene un efecto determinante en el inicio del consumo y en la gravedad de la adicción. Sin embargo, no se debe caer en amplias generalizaciones, ya que, como en la mayoría de las relaciones en psicología son de etiología multifactorial: influirán las variables personales, disposicionales y contextuales de cada persona. Si bien se observa que, tanto el consumo como la violencia podrían ser factores de riesgo y, además, retroalimentarse. Por este motivo, sería conveniente tratar de estudiar de forma exhaustiva los determinantes del consumo, así como la intersección de ambas problemáticas, para ser capaces de incidir en los factores que contribuyen en su inicio, su severidad y los que dificultan su abandono.

La coexistencia de ambas problemáticas dificulta el acceso, la adherencia y la recuperación de las mujeres. Sin embargo, en los servicios especializados no poseen, en general, protocolos definidos e integrados para su tratamiento conjunto (Hansen, 2020; Martínez-Redondo y Arostegui, 2021; Radcliffe et al., 2021; Sugg, 2015).

Así, los resultados obtenidos de la revisión justifican su demanda y desarrollo: Ahmadabadi et al. (2019) y Ogden et al. (2022) exponen la necesidad de un

tratamiento que considere el posible antecedente de violencia en las mujeres que acuden a los servicios de atención a las drogodependencias. La misma evidencia se recoge en el testimonio de las participantes del grupo focal, mediante la categoría 'integración', donde fácticamente se ilustró la necesidad de un abordaje integrador. Esta cuestión conlleva una reflexión importante: si solo se interviene en los síntomas superficiales del TCS y no se abordan las causas que llevaron a las mujeres a desarrollar la adicción, ¿se estará aplicando una intervención terapéutica eficaz?

Partiendo de esta premisa, dos abordajes integradores se muestran probablemente eficaces: el abordaje *Seeking Safety* y el *Women Initiating New Goals of Safety*. Conviene destacar que ambos están basados en el modelo de TCC y se centran en el tratamiento de las adicciones mediante el desarrollo de las estrategias de afrontamiento; el primero trata también el TEPT y el segundo, se enfoca en la VG (Cohen et al., 2013; Gilbert et al., 2017; McKee y Hilton, 2019). El inconveniente radica en que las intervenciones expuestas no son complementarias entre sí y, como se ha mostrado, es esencial aplicar tratamientos integradores para afrontar la problemática desde todas las vertientes. Teniendo en cuenta la literatura revisada, es probable que una usuaria acuda con las tres necesidades: sea víctima de VG, presente síntomas acordes a un TEPT y tenga una drogodependencia (Fonseca et al., 2021; McKee y Hilton, 2019; Salter y Breckenridge, 2014; Weaver et al., 2015), requiriendo, en este caso, una terapia transversal (Martínez-Redondo y Arostegui, 2021; Sugg, 2015).

A continuación, se presenta un problema añadido, más básico y trascendente que el tratamiento en sí mismo. Mediante el análisis del grupo, se encontró otra categoría relevante: las 'habilidades terapéuticas'. Alrededor del 70% expresaba que había tenido experiencias negativas por la atención de diversos profesionales y que este hecho "dificultaba más el tratamiento". Por el contrario, hubo habilidades que se valoraron positivamente. Esto conlleva forzosamente a replantearse qué se está transmitiendo a los y las usuarias y cómo está siendo la calidad de la atención. Los profesionales de la salud mental deberíamos llevar a cabo prácticas rigurosas, eficientes, y basadas en la evidencia, pero también éticas y humanas.

En cuanto al enfoque de género, es innegable que las mujeres con adicción presentan necesidades diferentes a las de los hombres (McCrary et al., 2020), así como distintas y mayores desigualdades (Álvarez-Díaz, 2020; Fonseca et al., 2021; Martínez-Redondo y Arostegui, 2019).

Por un lado, Cantos et al. (2017), Folch et al. (2021), Riod (2021) y Roca et al. (2013) comparten el imperativo de realizar tratamientos con PG, donde se pueda trabajar una resignificación de los mandatos de género a la vez que se recopilan y abordan las necesidades específicas de las mujeres. Asimismo, Folch et al. (2021) exponen que las mujeres son el grupo minoritario en lo que respecta a los tratamientos del TCS, lo que, como resultado, provocaría que las intervenciones estén pensadas desde una mirada androcentrista (Hansen, 2020; Martínez-Redondo y Arostegui, 2021; Salter y Breckenridge, 2014), además de

que se genere una distribución desigual de los recursos y los espacios, como ilustraron cuatro de las nueve componentes del grupo focal. Así lo evidencia el estudio de Salter y Breckenridge (2014) donde el grupo muestral (mujeres) mostró mayor satisfacción cuando su tratamiento fue solo de mujeres y no mixto.

Por ende, es importante recordar que tener en cuenta las necesidades específicas que presentan las mujeres como su mayor riesgo de craving, de recaída y de consumo problemático acelerado; a la vez que sus dificultades y barreras en lo relativo a los tratamientos (Cantos et al., 2017; Hansen, 2020), repercute directamente en el proceso terapéutico, en su recuperación y, por lo tanto, en su salud (Martínez-Redondo y Arostegui, 2019, 2021). Aunque solo una de cada cinco mujeres llegue a los servicios terapéuticos (UNDOC, 2017), cuando lo hacen, merecen tener una respuesta a su problema que sea eficaz, que considere todas las variables, y este hecho pasa, obligatoriamente, por el enfoque de género, lo cual también redundará en disminuir barreras de acceso para las que están por llegar.

Por otro lado, los resultados de Holzhauer et al. (2020) y Najavits et al. (2018) difieren de lo expuesto previamente, ya que no encontraron diferencias significativas cuando compararon experimentalmente el grupo intervenido desde el enfoque de género en oposición a uno con enfoque neutro. Solo RIOD (2021) propone diversas prácticas llevadas a cabo

en el estado español que tenían en cuenta ambas problemáticas, si bien no han sido evaluadas de manera experimental, lo que sugiere que sería conveniente hacerlo para evaluar su grado de significancia. Para construir una evidencia sólida, se debería utilizar el método científico, evaluando y monitorizando los datos que de ellas se extraigan.

No obstante, es importante mencionar que los autores en su conjunto consideran la PG como un factor primordial en los tratamientos. En cualquier caso, la vasta mayoría de las intervenciones mostradas en este último apartado, a pesar de ser sensibles al género, no son integradoras en cuanto a la VG y la adicción, lo que es un inconveniente severo y determinante.

En síntesis, se sugieren diversas implicaciones prácticas después de evaluar los resultados obtenidos. Un primer aspecto a considerar es la necesidad de evaluar en las mujeres consumidoras el posible antecedente de violencia cuando acudan a los servicios especializados, debido a su alta incidencia. Un segundo aspecto señala la relevancia de desarrollar protocolos integrados para llevar a cabo intervenciones que no sean superficiales y que no aborden únicamente el consumo. Asimismo, se recomienda que los tratamientos sean sensibles a las necesidades y vicisitudes específicas derivadas del género. Un tercer aspecto es seguir con la investigación para que la contribución en abordajes eficaces sea suficiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahmadabadi, Z., Najman, J. M., Williams, G. M., Clavarino, A. M., d'Abbs, P. y Smirnov, A. (2019). Intimate partner violence in emerging adulthood and subsequent substance use disorders: findings from a longitudinal study. *Addiction*, 114(7), 1264-1273. <https://doi.org/10.1111/add.14592>
- Álvarez-Díaz, J. A. (2020). The necessary gender perspective for the analysis of health problems. *Cirugía y cirujanos*, 88(3), 383-388. <https://doi.org/10.24875/ciru.19000865>
- Benoit, T. y Jauffret-Roustide, M. (2016). Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances. Strasbourg: Council of Europe. <https://rm.coe.int/improving-the-management-of-violence-experienced-by-women-who-use-psyc/168075bf22>
- Cantos, R., Altell, G., Tudela, M., Martínez, P., González, I. y Romero, V. (2017). Hombres, Mujeres y Drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Estudio realizado por Fundación Atenea Departamento de Investigación, Innovación y Desarrollo con la financiación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://www.drogasgenero.info/documento/hombres-mujeresdrogodependencias-explicacion-social-las-diferencias-genero-consumo-problematico-drogas/>
- Cohen, L. R., Field, C., Campbell, A. N. y Hien, D. A. (2013). Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: A secondary analysis of NIDA Clinical Trials Network "Women and Trauma" Multi-site Study. *Addictive behaviors*, 38(7), 2325-2332. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.03.006>
- Delegación del gobierno contra la violencia de género. (2019). Macroencuesta de Violencia contra la mujer. Ministerio de Igualdad del Gobierno de España. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., Cacho, R. y Azanza, P. (2017). Therapeutic progression in abused women following a drug-addiction treatment program. *Journal of interpersonal violence*, 32(13), 2046-2056. <https://doi.org/10.1177/0886260515591980>
- Folch, C., Casabona, J., Majó-Roca, X., Meroño, M., González, V., Colom-Farran, J., ... y Espelt, A. (2021). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*, 33 (4), 299-306. DOI: <https://doi.org/10.20882/adicciones.1322>
- Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J. I., Coratu, A. M. y Torrens, M. (2021). A gender perspective of addictive disorders. *Current Addiction Reports*, 8(1), 89-99. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>

Gilbert, L., Jiwatram-Negron, T., Nikitin, D., Rychkova, O., McCrimmon, T., Ermolaeva, I., ... y Hunt, T. (2017). Feasibility and preliminary effects of a screening, brief intervention and referral to treatment model to address gender-based violence among women who use drugs in Kyrgyzstan: Project WINGS (Women Initiating New Goals of Safety). *Drug and alcohol review*, 36(1), 125-133. <https://doi.org/10.1111/dar.12437>

Hansen, G. (2020). Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento. (Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona). <https://www.tdx.cat/handle/10803/670557#page=1>

Holzhauser, C. G., Hildebrandt, T., Epstein, E., McCrady, B., Hallgren, K. A. y Cook, S. (2020). Mechanisms of change in female-specific and gender-neutral cognitive behavioral therapy for women with alcohol use disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(6), 541. <https://doi.org/10.1037/ccp0000492>

Martínez-Redondo, P. y Arostegui, E. (2019). Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. Universidad de Deusto.

Martínez-Redondo, P. y Arostegui, E. (2021). Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://www.drogasgenero.info/documento/situacion-en-espana-de-la-violencia-de-genero-y-el-abuso-de-sustancias/>

McCrady, B. S., Epstein, E. E. y Fokas, K. F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol research: current reviews*. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.08>

McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E. y Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical psychology review*, 66, 12-23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>

McKee, S. A. y Hilton, N. Z. (2019). Co-occurring substance use, PTSD, and IPV victimization: Implications for female offender services. *Trauma, Violence & Abuse*, 20(3), 303-314. <https://doi.org/10.1177/1524838017708782>

Naciones Unidas. (1993). Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104, de 20 de diciembre de 1993. <https://www.servindi.org/pdf/DecEliminacionViolenciaMujer.pdf>

Najavits, L. (2002). Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. Guilford Publications.

Najavits, L. M., Enggasser, J., Brief, D. y Federman, E. (2018). A randomized controlled trial of a gender-focused addiction model versus 12-step facilitation for women veterans. *The American Journal on Addictions*, 27(3), 210-216. <https://doi.org/10.1111/ajad.12709>

Nydegger, L. A. y Claborn, K. R. (2020). Exploring patterns of substance use among highly vulnerable Black women at-risk for HIV through a syndemics framework: A qualitative study. *Plos one*, 15(7), e0236247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236247>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>

Oficina de Naciones Unidas contra las Droga y el Delito. (2018). Global Study on Homicide 2018: Gender-related killing of women and girls. United Nations publication. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf

Oficina de Naciones Unidas contra las Droga y el Delito. (2021). World Drug Report 2021. United Nations publication. https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_5.pdf

Ogden, S. N., Dichter, M. E. y Bazzi, A. R. (2022). Intimate partner violence as a predictor of substance use outcomes among women: a systematic review. *Addictive behaviors*, 127, 107214. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107214>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). WHO Drug Information 2022. WHO Drug Information, 36 (1), 2- 261. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352794>

Pandea, A. R., Grzemny, D. y Keen, E. (2019). El género sí importa: manual sobre cómo abordar la violencia de género que afecta a la juventud. Consejo de Europa.

Radcliffe, P., Gadd, D., Henderson, J., Love, B., Stephens-Lewis, D., Johnson, A., Gilchrist, E. y Gilchrist, G. (2021). What role does substance use play in intimate partner violence? A narrative analysis of in-depth interviews with men in substance use treatment and their current or former female partner. *Journal of interpersonal violence*, 36(21-22), 10285-10313. <https://doi.org/10.1177/0886260519879259>

Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogas y adicciones. (2021). La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones. Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral. RIOD. <https://riod.org/publicacion-genero-drogas/>

Roca, N. (2014). ¿Violencia íntima o violencia machista de pareja? Su visibilidad desde una perspectiva de género y feminista. *Notas de la experiencia en España*

Rivista di studi di genere, 11. <http://www.serena.unina.it/index.php/camerablu/article/view/2969/3132>

Roca, N., Porrúa, C., Yepes, M., Martínez, M., Fernández, A. y Ruíz, S. (2013). Procés de recuperació de dones en situació de violència masclista de parella. Descripció i instrumentació. Ajuntament de Barcelona. <https://ajuntament.barcelona.cat/dones/sites/default/files/documentacio/recuperacionmujeresviolenciamasclista2016es.pdf>

Salter, M. y Breckenridge, J. (2014). Women, trauma and substance abuse: Understanding the experiences of female survivors of childhood abuse in alcohol and drug treatment. *International Journal of Social Welfare*, 23(2), 165-173. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12045>

Simonelli, A., Pasquali, C. E. y De Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24496. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>

Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics*, 99(3), 629-649. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012>

Weaver, T. L., Gilbert, L., El-Bassel, N., Resnick, H. S. y Noursi, S. (2015). Identifying and intervening with substance-using women exposed to intimate partner violence: phenomenology, comorbidities, and integrated approaches within primary care and other agency settings. *Journal of women's health*, 24(1), 51-56. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.4866>

FEMINIZAR LA
ATENCIÓN EN
DROGODEPENDENCIAS
Y SALUD MENTAL:
ENFRENTANDO LA
CEGUERA DE GÉNERO

Berenice Domínguez Gómez

Psicóloga feminista, especializada en
drogodependencias, género y violencias.
Espai Ariadna y PVMA (FSYC).

Alicia Salamanca Fernández

Doctoranda en Estudios de género y
feminismos en UCM.
Directora de Aloges (Grup ATRA).
Docente en Univ. Internacional de Valencia (VIU).

RESUMEN

Este artículo pretende hacer un análisis actual que apunte a la ceguera de género en el ámbito de drogodependencias y salud mental. La literatura recoge la necesidad de aplicar la perspectiva de género en ambos sectores, ya sea en investigación y modelos de atención, aun así, el término ceguera de género sigue presente en estudios y programas, y por tanto, ignora las consecuencias. Para finalizar, se aportarán diferentes praxis profesionales que ayudan a minimizar este impacto a partir de un marco de interpretación que sitúa al género en el centro del análisis y dimensiona este problema.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, drogodependencia, mujeres, ceguera de género., perspectiva de género.

KEY WORDS

Gender violence, drug adiction, women, gender blindness.

Ceguera de género: ¿Qué es y qué impacto tiene?

La atención de la salud mental y de las drogodependencias, continúa teniendo un abordaje masculinizado a pesar de los años que se lleva incidiendo con la necesidad de aplicar la perspectiva de género. La feminización de la atención en drogodependencias y salud mental implica un cambio en el orden de las prioridades que necesariamente pone en el centro las experiencias de las personas y está relacionada con la forma de realizar las investigaciones, plantear los modelos, diseñar los programas de abordaje y construir los centros de atención.

Los sesgos derivados del enfoque androcéntrico con el que se implementaron los abordajes de salud mental y drogodependencias, nos han mostrado la invisibilización de las mujeres afectadas por estos fenómenos, por lo que la necesidad de implementar la perspectiva de género se volvió imperativo, sin embargo, en todo este tiempo nos damos cuenta que esa aplicación ha sido mayoritariamente cosmética, siendo la “ceguera” la máxima expresión de la falta a la hora dimensionar al género como categoría significativa para el abordaje e interpretación de los problemas de salud y por lo tanto de los tratamientos que se realizan. Esta “ceguera de género” se mantiene presente, ya sea por la falta de formación, el menosprecio del género en los fenómenos estudiados, las resistencias al asumir el género como categoría de análisis, entre otras. (Ferrer-Pérez V & Bosch-Fiol E, 2019).

Conceptualizando la ceguera de género en el abordaje de las

drogodependencias y la salud mental, se entiende como aquel fenómeno que genera un fracaso en reconocer las especificidades de género y atribuciones que producen un impacto negativo y por ende se generan predictores que limitan la recuperación de las mujeres. Mantener la ceguera de género en el ámbito de la salud implica entre otros aspectos, no tener en cuenta los puntos de vista de las mujeres. Además, supone aceptar como válidos los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo y prestar atención a la situación de las mujeres únicamente en determinados contextos de drogas y de salud mental y siempre desde una mirada individualista y no social.

Esto se puede ver claramente en los estudios e investigaciones sobre drogodependencias en los que ha sido habitual ignorar el género como factor evidente. Por defecto, la práctica masculina ha predominado como la general.

Las primeras contribuciones a la investigación sobre el consumo de drogas han proyectado una imagen de los usos de drogas en las mujeres como una forma desviada de la feminidad “normal” y explicada con frecuencia desde las deficiencias físicas o mentales, (Romo, 2010: 269). Las mujeres son consideradas la excepción a la norma y se considera que transgreden la norma de género en la medida que no cumplen su rol como hijas, ni como madres, ni como esposas. El hecho de concebir que los roles de género (cuidadoras, trabajadoras, salvadoras...), han supuesto una forma de eliminación de los deseos y de ocultación de los síntomas y a la vez han generado estereotipos de género, han puesto límites al abordaje biopsicosocial.

A partir de estas limitaciones, se establecen pautas diferenciales que tienen un impacto en la recuperación de las mujeres. La intención se basa en entender qué afecta a las mujeres por el hecho de ser mujeres, entendiendo “mujeres” como una categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad comprendiendo cómo afecta esto en los procesos de drogodependencias, (Martínez,2009).

La ceguera de género tiene un impacto negativo muy importante, hace que la escasa sensibilización en las diferencias de género esté más presente en el ámbito social y de la salud; acentúa las carencias en la producción de conocimiento e investigación sobre las mujeres en relación al consumo problemático de sustancias, la salud mental y en general una invisibilización social del consumo y que por consecuencia tiene una afectación en las mujeres. Los tratamientos diferenciales también son un elemento de esta ceguera de género, reproducen discursos androcéntricos, normativa interna que no se ajusta a las características de las mujeres y, por tanto, un diseño que conduce desde la rigidez y la estaticación.

Por tanto, la ceguera de género impide visibilizar las especificidades, obstáculos y necesidades que viven las mujeres en el ámbito de las drogodependencias y minimiza las respuestas adecuadas que se ofrecen en el sistema de salud. La ceguera de género ha contribuido al desconocimiento en varios niveles: social, médico, antropológico, sociológico y psicológico, por mencionar algunos. Esta resistencia a incorporar nuevas miradas analíticas supone ignorar la brecha de género, de tal magnitud, que exige un debate crítico sobre la inutilidad de

su aportación en programas, documentos y praxis profesionales cotidianas.

Etioopatogenia: Salud mental y violencias

De acuerdo a la estrategia de salud mental (2022-2026). Diversos estudios e investigaciones ponen de manifiesto una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las mujeres, presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés, somatizaciones y trastornos de alimentación. Sin embargo, entre estos acceden más a los servicios de salud mental los hombres que las mujeres. El impacto de la salud mental puede deberse a factores de riesgo psicosociales asociados con determinantes socioeconómicos y por razón de género; como sobrecarga laboral y de cuidados, brecha salarial y discriminaciones que condicionan una mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la discriminación socioeconómica y la violencia de género. De esta manera, la violencia está en muchas ocasiones en el origen del trastorno mental, y padecer un trastorno mental o una adicción, particularmente si es grave, incrementa, por otra parte, el riesgo de sufrir violencia y el maltrato empeora la sintomatología y el curso de un trastorno mental preexistente.

La violencia de género ha pasado desapercibida en diferentes ámbitos del mundo de las drogodependencias, desde su impacto en el uso o abuso de drogas por parte de las mujeres hasta los problemas que les genera a las mujeres víctimas cuando deciden iniciar un programa de

recuperación si es que tienen problemas de adicción (Romo,2021).

Las historias de vida de las mujeres nos permiten, por un lado, ver las relaciones entre la violencia vivida y el consumo de drogas en los diferentes momentos vitales y, de la otra, constatar que estas violencias son continuadas y se encuentran prácticamente a lo largo de toda la vida. Este hecho es común en muchas historias de vida de mujeres drogodependientes, y permite plantear un cambio de foco en la mirada: hablar de violencias machistas en el ámbito de las drogas y no a través de episodios aislados, y poder hablar de vidas violentas y violentadas. Esta mirada es importante porque nos permite explicar su historia de consumo, reconocer los elementos que se tienen que incorporar para identificar las violencias vividas y definir el marco de trabajo para acompañar las mujeres (Derechos Sociales, 2023).

Según datos recogidos de la Investigación sobre violencia contra las mujeres con enfermedad mental de 2017:

- 3 de cada 4 mujeres con enfermedad mental grave (EMG) han sufrido violencia en el ámbito familiar y/o en la pareja alguna vez en su vida.
- El 75% de las mujeres con problemas de salud mental ha sufrido violencia en el ámbito familiar o en pareja, el 40% no la identifican como tal. Existe otro 40% que ha sufrido violencia sexual.
- El 52% de las mujeres con EMG que conviven con familiares han sido victimizadas en el último año.

- El último dato y no menos alarmante, en la mitad de los casos, la/el profesional de referencia en la Red de Salud Mental de la mujer no conocía la existencia del maltrato ocurrido durante el último año.

Atender estas problemáticas manteniendo la ceguera de género implica hacer un análisis deficiente del consumo y de salud mental, fragmentando la atención al separar sus experiencias cuando éstas se interrelacionan con las violencias. Sumado a esta invisibilización, en el caso de las mujeres que usan drogas, el estigma empeora sus procesos de recuperación, debido al cuestionamiento, la culpa y el castigo que reciben.

Estigma y afectación

El término estigma es utilizado, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador, los griegos crearon el término estigma para referirse a signos corporales con los cuales se puede exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba; en palabras de Goffman (2006), construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar la inferioridad y dar cuenta del peligro que representa una persona.

Por lo tanto, el estigma hace referencia a la atribución de cualidades negativas y despectivas sobre un colectivo de personas, las cuales pasan a ser vistas, pensadas y tratadas a través de un prisma construido en base a prejuicios y falta de información (Rovira, 2022). Siguiendo al autor, existen tres niveles de estigma:

1. **Estigma estructural:** Aparece cuando reglas, leyes y procedimientos políticos de entidades públicas o privadas en posición de poder restringen los derechos y las oportunidades a las personas estigmatizadas.
2. **Estigma social o público:** es el estigma de la población en general, o de grandes grupos sociales que dan apoyo y actúan en función de los estereotipos imperantes de los consumidores de drogas y personas que presentan problemáticas de adicciones.
3. **Estigma personal:** Aquel estigma que experimenta la propia persona en un proceso de diferentes subtipos: percibido, experimentado e internalizado. Por ejemplo: enfermo, fracasado, delincuente, culpable, adicto, etc.

De acuerdo con Gisela Hansen (2019), el estigma no solo influye en las personas consumidoras antes de iniciar un tratamiento, sino también durante su realización y después de él. Las personas que sufren un trastorno adictivo son vinculadas de forma estereotipada, con la violencia, el narcotráfico y la prostitución sobre todo en el caso de las mujeres consumidoras. El estigma es la violencia más importante y transversal que sufren todas las mujeres drogodependientes, ya que se fija como parte de la identidad personal, por tanto, una mujer rechazada por su condición de consumidora de drogas tendrá una incidencia considerable en la configuración identitaria que presente y en el conocimiento que tiene de sí misma. Es importante revisar qué violencias institucionales, a través de nuestros programas y servicios estamos

reproduciendo con nuestras prácticas, porque, aunque la mirada estigmatizante es humana tiene un peso sobre estas personas y está presente en nuestras intervenciones (Altell, 2019).

¿Por qué es importante aplicar Perspectiva de género en la intervención?

En este punto la perspectiva de género ha contribuido a hacer más visibles a las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad. Es un cambio de paradigma necesario para abordar esta realidad a partir de un contínuum en el acompañamiento social, que garantice los derechos de las mujeres que sufren violencias y las sitúe en el centro de la intervención, con el objetivo de garantizar una recuperación integral.

Sin embargo, durante el recorrido realizado para introducir la perspectiva de género en el abordaje de drogodependencias, nos damos cuenta que aún sigue habiendo carencias en su aplicación, no obstante, también nos ha permitido visibilizar las múltiples opresiones que siguen interviniendo en las personas que se atienden.

Si bien es cierto que el trabajo en patología dual ya nos mostraba un camino con múltiples variantes, el feminismo del que deriva la perspectiva de género, nos obliga a realizar abordajes más profundos que nos permitan ofrecer una atención integral que permee en lo complejo del fenómeno.

La perspectiva de género es transformadora y contribuye a la igualdad de género y a la

mejora de la calidad e impacto de los programas y proyectos sociales (López, 2007: 28). Asimismo, se pone énfasis en los obstáculos que tienen las mujeres por participar en las diferentes áreas de la sociedad no como seres vulnerables sino como personas que tienen vulnerados sus derechos (López, 2007: 34).

Siguiendo a Carmen Meneses, la autora destaca la importancia de que los programas de intervención se adecuen a las circunstancias particulares de los usuarios y las usuarias considerando sus especificidades culturales y modelos ideales de feminidad y masculinidad existentes en cada sociedad (Meneses et al, 2007).

Desagregar los datos estadísticos por sexos ha sido una forma de saber qué es lo que ocurre a mujeres y hombres en determinadas enfermedades, esta praxis ha contribuido a poner una mirada de género y ha sido un primer paso para visibilizar las diferencias, Valls (2021).

Buenas praxis conclusivas

Para ello y siguiendo Mujeres para la Salud (2019) y a Altell (2023) se hacen unas sugerencias en el abordaje de salud mental y drogodependencias con perspectiva de género:

- Incremento de la detección de problemas de salud mental en el nivel de atención primaria. El riesgo de “patologizar” los problemas cotidianos con un incremento descontrolado de la demanda de servicios asistenciales

de salud mental.

- En relación a la salud mental, se deben romper ciertas barreras internas y externas. Las internas hacen referencia a la culpa, la vergüenza y la dependencia emocional de las mismas mujeres, que comportan una justificación de las conductas y las externas que se relacionan con la carencia de credibilidad de su mensaje, la creencia de manipulación y otros estereotipos.
- Priorizar la educación emocional y desarrollar habilidades relacionales para la expresión de necesidades y deseos y de emociones negadas tradicionalmente, generar empatía fomentando la autoestima de género, identificar y aceptar los sentimientos, las necesidades y los deseos, construir un deseo nuevo que no se centre en la feminidad, sino que integre una diversidad de experiencias, mantener comportamientos de autocuidado y autorrefuerzo encaminadas a aumentar la autoeficacia, autoafirmación y desarrollar estrategias de autorresponsabilización.
- Red de dispositivos y servicios de atención a la salud mental orientada a satisfacer las necesidades de la población en las distintas etapas de la vida en coordinación con atención primaria y otros sectores, servicios sociales, educativos, judiciales, etc. Una perspectiva de trabajo que se centre en las mujeres y que evite la segmentación del abordaje y focalizarnos en la persona en su conjunto, sin separar las problemáticas.

- Incorporar la perspectiva de los derechos en el abordaje profesional: Entender la relación profesional-usuaria como parte de la intervención. Acompañar la agencia personal de las mujeres desde un trabajo orientado hacia la autonomía, con el objetivo de evitar planteamientos capacitistas y conseguir que tengan su espacio legítimo dentro de la sociedad respetando sus ritmos y esperar que estén preparadas para tomar las decisiones que sean más beneficiosas.
- Mejoría de la eficacia de los tratamientos y los procesos de recuperación, para ello se hace necesario implementar una diversidad de modalidades terapéuticas.
- Mayor horizontalidad en las relaciones, vínculos y praxis profesionales desde un abordaje de recuperación, transformación y resiliencia.
- Generar y crear grupos con mujeres, con el fin de facilitar espacios de comprensión y apoyo mutuo que contribuya al alivio emocional,

aumente la seguridad de las mujeres y proporcione información derechos y saberes compartidos. Aclarar las expectativas propias, reconocer las fortalezas y habilidades, a afrontar sentimientos, acompañamiento en la crianza de los menores y personas a cargo, como también reconocer los trabajos domésticos. Y, por último, la importancia de la formación específica de los equipos profesionales, formación que ayude a identificar los ejes de desigualdad, detectar las posiciones interseccionales en el vínculo y trabajar las consecuencias del estigma en la persona.

A manera de conclusión es importante destacar la necesidad de fortalecer la perspectiva de género como elemento vertebrador, con el objetivo de realizar cambios genuinos y profundos en el abordaje, investigación y aportación de conocimiento en salud mental y drogodependencias que se han visto impactadas y requiere de medidas que reduzcan la ceguera de género que actualmente continúa afectando de forma grave a las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Altell G, (2019) XV Jornada Anual de la Federación Catalana de drogodependencias. Barcelona.
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022). Madrid. Ministerio de Sanidad.
- FEAFES (2017). Álava. Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.
- Ferrer-Pérez, V. A. y Bosch-Fiol, E. (2019). El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja: de la “ceguera” de género a la investigación específica del mismo. Anuario de Psicología Jurídica, 29, 69-76. <https://doi.org/10.5093/apj2019a3>
- Goffman, E. (2006). Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Hansen, G. (2019). Estigma, consumo de drogas y adicciones Conceptos, implicaciones y recomendaciones. RIOD. [Recuperado de: <http://bitly.ws/vEYI>]
- López, I. (2007). El enfoque de género en la intervención social. Cruz Roja. [Recuperado de: <http://bitly.ws/vETt>]
- Martínez P, (2009) Extrañándonos de lo normal. Madrid. Horas y horas.
- Meneses C, Castaños M, Palop M, Rodríguez M y Tubert S (2007). Intervención en Drogodependencias con enfoque de género. Madrid. Instituto de la mujer.
- Muruaga S y Pascual P, (2019). Psicoterapia de Equidad Feminista. Madrid. Asociación de Mujeres para la Salud.
- Romo, N. (2006) Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. En Monografía Humanitas, Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Barcelona, volumen 5 Pp. 69-83. [Recuperado de: <http://bitly.ws/vETL>]
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. Revista Española de Drogodependencias, nº 35 (3) 269-272.
- Rovira, J. (2022). Estigma i drogues. Estrategia de formación a la XAD. Barcelona. Federación Catalana de Drogodependencias.
- Salud mental, perspectiva de género y atención a las violencias machistas desde los servicios sociales (2023). Departamento de Derechos Sociales.
- Valls, C (2021). Tu cuerpo no existe. El País.

RELACIÓN ENTRE
ADICCIONES Y
VIOLENCIA DE
GÉNERO.

*CONNECTION
BETWEEN
ADDICTIONS AND
GENDER VIOLENCE.*

Xochitl Quetzalli Mejía Mencías

Psicóloga, Universidad de Barcelona

RESUMEN

La violencia de género y las adicciones son problemáticas complejas que encuentran su origen en los macrosistemas sociales que imperan en la cultura, muchas veces sumado a una organización legal permisiva, un marco de creencias y valores arraigados y una carencia de intervenciones eficaces. Aunque estos dos temas parecen no tener relación entre sí, hay una creciente evidencia que sugiere que existe una conexión entre las adicciones y la violencia de género. En el presente artículo se analiza la relación entre estos dos fenómenos, cuál es su conexión, el panorama en México y se proponen las intervenciones necesarias para el abordaje y atención efectivas de las adicciones y la violencia de género.

PALABRAS CLAVE

Adicciones, violencia, género, México.

ABSTRACT

Gender violence and drug addiction are two serious public health problems. The study analyzes the relationship between both difficulties in women, and the implication of therapeutic approaches. A search of scientific articles published in the last nine years was conducted, and nineteen studies were selected. Focus group analysis was also carried out. The results show an association of gender violence and addictions in women. The authors and the focus group results agree on the need for integrated approaches in addiction recovery programs and violence to provide comprehensive responses.

KEY WORDS

Addictions, violence, gender, México.

INTRODUCCION

Las adicciones son una problemática que afecta a millones de personas en todo el mundo. Ya sea a través del consumo de drogas, alcohol o cualquier otra sustancia, las adicciones pueden tener efectos devastadores en la vida de quienes las padecen. Sin embargo, cuando hablamos de adicciones y violencia de género, la situación se vuelve aún más preocupante.

La violencia de género es un fenómeno que afecta a un gran número de mujeres en todo el mundo. A menudo, esta violencia es perpetrada por hombres que tienen problemas de adicción. Ya sea por el consumo de drogas o alcohol, las adicciones pueden tener efectos desinhibidores en las personas, lo que puede llevar a comportamientos violentos.

Es importante entender que la violencia de género no es causada por las adicciones en sí mismas, sino por los problemas que subyacen a estas adicciones. Las adicciones suelen ser el resultado multifactorial de traumas, problemas emocionales o psicológicos, y la falta de habilidades para afrontar situaciones difíciles entre otros. Estos problemas subyacentes pueden incluir actitudes machistas y violentas, que se ven exacerbadas por el consumo de sustancias.

Es fundamental abordar la violencia de género y las adicciones de manera conjunta. Los programas de rehabilitación para personas con adicciones deben incluir un enfoque en la violencia de género y la importancia de la igualdad de género. Del mismo modo, los programas de prevención de la violencia de género

deben tener en cuenta la importancia de abordar las adicciones y los problemas subyacentes que las causan.

Adicciones y violencia de género: ¿Cuál es la conexión?

La violencia implica una evidente violación a los derechos humanos de las personas, sea cual sea el género de la misma. Sin embargo, los tipos de violencia que afectan desproporcionadamente a las mujeres, a diferencia de los hombres, están relacionados con la violencia de género, que es ejercida, principalmente, por ellos. Los actos de violencia por parte de las mujeres hacia los hombres pueden explicarse a partir de diferentes factores de carácter biológico, individual, relacional, pero no a partir de desigualdades de poder socialmente construidas que favorezcan estructural e ideológicamente a las mujeres; como sí lo es en el caso de la violencia que los hombres ejercen contra ellas (Frías., 2016).

Hay varias maneras en que las adicciones y la violencia de género pueden estar relacionadas. En primer lugar, el uso de sustancias puede ser un factor de riesgo para la violencia de género. Los estudios han demostrado que las personas que abusan de sustancias tienen una mayor probabilidad de perpetrar violencia doméstica contra sus parejas o familiares, en comparación con aquellos que no consumen sustancias (Cunradi et al., 2012; Stuart et al., 2013). La explicación de esta conexión puede ser que las drogas y el alcohol pueden disminuir la capacidad de las personas para controlar sus impulsos y pueden aumentar la agresividad.

Hay varios estudios que han investigado la relación entre la adicción y la violencia de género. Diversos estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS., 2013), encontró que el consumo de drogas y alcohol aumenta el riesgo de violencia en las relaciones íntimas.

En segundo lugar, la adicción puede ser una consecuencia de la violencia de género. Las personas que han sido víctimas de violencia doméstica pueden desarrollar adicciones como mecanismo de afrontamiento o como una forma de escape de la situación de abuso (Ramos., 2001; Kilpatrick et al., 2000). La adicción también puede ser un síntoma de trastornos de salud mental, como el trastorno de estrés postraumático, que pueden ser resultado de la violencia de género.

En tercer lugar, las adicciones y la violencia de género pueden ser el resultado de factores subyacentes, como la exposición temprana a la violencia o la falta de habilidades de afrontamiento. La investigación ha demostrado que los niños que crecen en hogares violentos tienen una mayor probabilidad de desarrollar adicciones en la edad adulta, así como de perpetuar la violencia de género en sus propias relaciones (Riggs et al., 2000).

Además, la adicción y la violencia de género tienen un impacto negativo en la salud mental de las personas. Las personas que sufren de adicciones y/o violencia de género son más propensas a desarrollar trastornos de salud mental como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático. También pueden experimentar problemas físicos como problemas cardiovasculares, problemas

digestivos y problemas de sueño.

La adicción y la violencia de género también pueden tener un impacto en la economía y la sociedad. Los costos de la atención médica, la terapia y el tratamiento pueden ser significativos, y la pérdida de ingresos debido a la incapacidad de trabajar puede ser un problema importante. Además, la violencia de género puede contribuir a la pérdida de productividad y la disminución de la calidad de vida.

La violencia de género y las adicciones en México

La violencia de género es un problema grave y persistente en México, que afecta a mujeres de todas las edades, clases sociales y orígenes étnicos. Según cifras oficiales, en México se registraron más de 1.1 millones de casos de violencia de género en 2020, lo que representa un aumento del 3.6% respecto al año anterior. Sin embargo, se estima que la cifra real de casos es mucho mayor, ya que muchos casos no se denuncian por miedo, vergüenza o falta de confianza en las autoridades.

La violencia de género en México se manifiesta de muchas formas, incluyendo la violencia física, sexual, psicológica y económica. La violencia física y sexual es especialmente preocupante, ya que puede resultar en lesiones graves e incluso la muerte de la víctima. Además, la violencia psicológica y económica puede tener un impacto a largo plazo en la salud mental y económica de las mujeres, y limitar su capacidad para escapar de situaciones abusivas.

La violencia de género en México está fuertemente arraigada en las desigualdades de género y la cultura patriarcal que subyace en la sociedad mexicana. Estereotipos de género, normas sociales y roles tradicionales de género a menudo contribuyen a la normalización y justificación de la violencia contra las mujeres. Además, la discriminación y la marginalización de las mujeres en muchos aspectos de la vida social y económica pueden aumentar su vulnerabilidad a la violencia de género.

A pesar de que México cuenta con un marco legal y político para abordar la violencia de género, la implementación efectiva de estas medidas es limitada. La falta de recursos, la falta de capacitación adecuada para las autoridades y la cultura de impunidad son algunos de los obstáculos que impiden la protección efectiva de las mujeres contra la violencia de género.

Además, la falta de acceso a servicios de apoyo y protección, como refugios y servicios de asesoramiento, puede dificultar la recuperación de las víctimas de la violencia de género. Para abordar la violencia de género en México, es necesario un enfoque integral que aborde las causas estructurales de la violencia, como la discriminación de género y la desigualdad social y económica. Esto debe incluir medidas para promover la igualdad de género y erradicar los estereotipos de género, así como políticas que promuevan la igualdad económica y social para las mujeres. Además, es esencial mejorar la implementación de las leyes y políticas existentes en materia de violencia de género, y aumentar el acceso a servicios de apoyo y protección para las víctimas.

Hasta ahora, no existe suficiente información estadística para llevar a cabo un análisis sobre la relación entre violencia y el uso de sustancias en México. En cuanto a la violencia contra las mujeres en nuestro país, no existen fuentes de información para evaluar con precisión la escala y la naturaleza de su vinculación con el uso de drogas. Sin embargo, podemos dibujar un panorama general con base en encuestas realizadas en los últimos años e inferir lo siguiente:

- Debido al consumo de alcohol, la violencia en contra de las mujeres por parte de su pareja empeora: según los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2016) muestra que 20.5% de las mujeres casadas o unidas de 15 años y más que ha vivido violencia de pareja a lo largo de la relación cree que el maltrato que recibe inició o empeoró, debido a que su pareja bebe o bebía alcohol. La limitación de este indicador es que se refiere a la violencia en general, no indaga esta relación en el caso de la violencia sexual, no incluye el consumo de drogas y sólo se pregunta a las mujeres casadas o unidas y alguna vez unidas, dejando fuera a las mujeres solteras que también están en riesgo de padecer esta situación.
- Parece que el consumo de drogas tiene un efecto que potencia la violación sexual de pareja en contra de las mujeres: según los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011), 85.2% de las mujeres casadas o unidas que habían sido violadas por sus parejas en el momento de una discusión habían consumido drogas de

manera conjunta con sus parejas. Una limitación de este dato es que solo se refiere a las mujeres con una pareja conyugal al momento de la encuesta, y no se pregunta a todas las mujeres independiente su situación conyugal, que están expuestas a sufrir este delito en el ámbito familiar, laboral, educativo y comunitario.

- El consumo de drogas puede propiciar que una persona sea víctima de un delito cuando se encuentra bajo sus efectos: la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2011) señala que 4.5% de los hombres que han consumido alguna droga declaró haber sido víctima de algún delito cuando se encontraba bajo el efecto de alguna droga. Ninguno de los delitos mencionados se relaciona con violencia sexual. Este dato no se obtuvo para las mujeres debido a la insuficiencia muestral, sin embargo, de los casos de mujeres encontrados se identificaron delitos de “violación” y “violación y robo de dinero”.
- Cuando las adolescentes han sido víctimas de una agresión sexual, pueden no reconocer que han consumido alcohol o drogas: según resultados de la Encuesta nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012), 10.3% de las adolescentes han sufrido problemas de salud debido a agresiones sexuales, de las cuales 9.6% señaló que no sabía o no respondió a la pregunta de si estaba bajo los efectos del alcohol o drogas cuando ocurrió la agresión, lo que puede interpretarse como una respuesta evasiva por el estigma social que culpabiliza a la víctima.

¿Cómo abordar la conexión entre adicciones y violencia de género?

Es importante abordar la conexión entre adicciones y violencia de género de manera integral. Esto significa que las intervenciones deben abordar tanto la adicción como la violencia de género. Algunas de las estrategias que se han utilizado incluyen:

- Intervenciones en el consumo de sustancias: Las intervenciones que se enfocan en reducir el consumo de sustancias pueden ayudar a prevenir la violencia de género y a reducir los efectos nocivos que las adicciones pueden tener en la vida de las personas. Hoy en día contamos con la información necesaria para reconocer los tratamientos en adicciones que tienen evidencia científica de efectividad, por tanto es recomendable continuar evaluando los programas que se ofrecen a la población.

Además, los tratamientos de rehabilitación deberían estar diseñados con una perspectiva de género clara, lo cual significa sensibilizar y capacitar al equipo técnico en temas de equidad y género, diseñar e implementar planes de tratamiento con perspectiva de género, garantizar el acceso al tratamiento a las mujeres; tomando en cuenta las necesidades únicas que estas presentan.

Es necesario psicoeducar a la familia y personas significativas de las mujeres, con el objetivo de evitar que sean los principales obstáculos para el

acceso al tratamiento. Las mujeres siguen siendo percibidas como las principales y únicas proveedoras del cuidado de la familia por lo que el estigma y rechazo social retrasa o impide la posibilidad de tratamiento.

- Intervenciones en la violencia de género: Las intervenciones que se enfocan en prevenir y reducir la violencia de género pueden ayudar a reducir la probabilidad de que las personas que abusan de sustancias perpetren o sean víctimas de violencia doméstica. La educación y la sensibilización son fundamentales para abordar la violencia de género. Se requieren de esfuerzos a largo plazo para educar a la sociedad en general sobre lo que es la violencia de género, cómo reconocerla y como prevenirla. La educación puede proporcionar una comprensión más profunda de la desigualdad de género y fomentar un cambio cultural que aborde la discriminación y la violencia basada en el género.

Las víctimas de violencia de género necesitan apoyo emocional, financiero y legal. Los servicios de apoyo y las organizaciones pueden ofrecer asesoramiento, refugio seguro y acceso a servicios de salud y asistencia legal. Es importante que las víctimas se sientan respaldadas y seguras para poder denunciar el abuso y buscar ayuda.

Es fundamental que las personas que asisten y acompañan a las víctimas en las diferentes organizaciones estén capacitadas y sensibilizadas sobre el abordaje a las víctimas de violencia.

- Abordar las causas subyacentes: Las intervenciones que se enfocan en abordar las causas subyacentes de la adicción y la violencia de género, como la exposición temprana a la violencia o la falta de habilidades de afrontamiento, pueden ayudar a prevenir ambas.

Actualmente tenemos la certeza que los programas de prevención efectivos son aquellos que se centran en la adquisición de competencias y habilidades necesarias para hacer frente a las conductas de riesgo. Ya no podemos seguir centrandolo en simplemente charlas únicas, campañas informativas y anuncios en medios de comunicación. No es que estos tengan ningún impacto, sin embargo no es suficiente; es necesario implementar programas sostenidos en el tiempo, que integren a la familia y a la comunidad para generar verdaderos cambios en la sociedad.

Los programas centrados en desarrollar un pensamiento crítico sobre los valores y creencias respecto a los roles de género impactan favorablemente en la equidad de género.

Además, y no menos importante, es poner atención en las leyes y políticas públicas ya que desempeñan un papel fundamental en la prevención y el abordaje de estos fenómenos. Las leyes y políticas deben ser claras y coherentes, y deben proteger los derechos de las víctimas.

CONCLUSIÓN

La conexión entre adicciones y violencia de género es compleja y multifacética. Existen varias maneras en que estos dos temas pueden estar relacionados, y es importante abordar la conexión de manera integral. Al implementar intervenciones que abordan tanto la adicción como la violencia de género, podemos ayudar a prevenir estos problemas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Es necesario seguir investigando esta conexión para poder desarrollar intervenciones más efectivas y personalizadas.

Es importante que se realice más investigación para comprender mejor la relación entre estos dos problemas y para desarrollar estrategias efectivas para prevenir y tratar la adicción y la violencia de género. También se debe trabajar en la eliminación de la discriminación de género, el empoderamiento de las mujeres

y la promoción de una sociedad más justa e igualitaria para prevenir la violencia de género.

En México, sin lugar a duda es importante continuar con los estudios relacionados con el uso de drogas y violencia sexual, para que se profundice en el significado que tiene el consumo del alcohol y otras drogas en las mujeres que han sufrido violencia, teniendo presente análisis multidisciplinarios, que incluyan la mirada de la perspectiva de género, a fin de diseñar políticas para reducir las violencias contra las mujeres y el uso de sustancias psicoactivas. Para ello el primer paso es una actualización de los instrumentos de recolección de información, donde se pueda relacionar de manera más directa la relación existente entre la violencia sexual contra las mujeres y las drogas.

BIBLIOGRAFÍA

Browne, A., & Bassuk, S. S. (1997). Intimate violence and traumatic stress: Similarities and differences in the experience of women and their children. In Y. Danieli

CRIM-UNAM. (2012). Retratos de la violencia contra las mujeres en México. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2011. Coord. Irene Casique y Roberto Castro, en Cuadernos de trabajo sobre género. México: INMUJERES. Disponible en: http://web.inmujeres.gob.mx/transparencia/archivos/estudios_opiniones/cuadernos/ct35_3.pdf

Cunradi, C. B., Mair, C., Ponicki, W., & Remer, L. (2012). Alcohol outlet density and intimate partner violence-related emergency department visits. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.

Day, A. (2013). Commentary on Stuart et al.(2013): Domestic violence and interventions to reduce alcohol use.

INEGI. Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (ENA).

INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016 (ENDIREH).

Frías, S. (2016). Violentadas, Nexos. Disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=28501>

Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L., & Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

OMS. (2013a). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, DC.: Organización Panamericana de la Salud.

OMS. (2013b). Violencia infligida por la pareja y alcohol. Nota descriptiva. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_intimate_es.pdf

Ramos, Luciana. Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. *Liber Addictus*, 1-9, número 50, junio, 2001. Disponible en: https://www2.sepdf.gob.mx/proesa/archivos/proyectos/secundaria/mejor_me_cuido/violencia_genero_adicciones.pdf

Riggs, D. S., Caulfield, M. B., & Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of clinical psychology*.

EXPERIENCIA EN LA
INCORPORACIÓN
DE LA PERSPECTIVA
DE GÉNERO EN EL
TRATAMIENTO DE
ADICCIONES.

*EXPERIENCE IN THE
INCORPORATION
OF THE GENDER
PERSPECTIVE IN
THE TREATMENT OF
ADDICTIONS.*

Davinia Ramírez

Trabajadora social y mediadora familiar con
formación especializada en género y adicciones

Elena Caballero

Trabajadora social con formación
especializada en género y adicciones

RESUMEN

Históricamente en Canarias, en torno al 87% de las personas que acuden a solicitar tratamiento a los recursos de adicciones son hombres, en contraposición a los datos estadísticos que señalan un aumento de la prevalencia del abuso en mujeres. La Fundación Canaria Yrichen ha iniciado un proceso de incorporación de la perspectiva de género en la atención y tratamiento de adicciones a través de la evaluación, deconstrucción estructural y puesta en marcha de proyectos específicos que favorecen una intervención profesional especializada para las mujeres. Se contemplan los malestares de género en la valoración, el trabajo integral y coordinado, así como la formación y supervisión continua.

PALABRAS CLAVE

Perspectiva de género, adicciones, tratamiento, mujeres, violencia de género.

ABSTRACT

Historically in the Canary Islands, around 87% of the people who seek treatment in addiction resources are men, in contrast to the statistical data that show an increase in the prevalence of abuse among women. The Yrichen Foundation of the Canary Islands has initiated a process of incorporating the gender perspective in the care and treatment of addictions through the evaluation, structural deconstruction and implementation of specific projects that favor a specialised professional intervention for women. Gender discomfort is considered in the assessment, comprehensive and coordinated work, training, and continuous supervision.

KEY WORDS

Gender perspective, addictions, treatment, women, gender violence.

INTRODUCCION

En los años noventa se comienza a constituir *La Red Pública de Atención a las Drogodependencias* en Canarias, formada por los CAD (*Centros de atención a las drogodependencias*) constituida principalmente en torno a la problemática de la heroína y la aparición de la metadona como tratamiento de reducción de daños. Esta opción de tratamiento se mantiene en la actualidad.

Paralelamente a las iniciativas ambulatorias, aparecen los recursos residenciales; las comunidades terapéuticas y pisos de apoyo al tratamiento, la relación entre el consumo de heroína y la exclusión social impulsó en aquel momento proyectos que generarían garantías de estancia y cobertura de necesidades básicas así como acciones de reinserción social.

El contexto histórico de ese momento en la Islas Canarias (extrapolables en muchos aspectos a otras zonas del territorio nacional), generaba un marco estructural en el campo de las adicciones que podemos describir considerando, entre otros, los puntos que se señalan a continuación, elaborados a partir del estudio y análisis interno:

- Mirada Androcéntrica en el tratamiento de adicciones.
- Modelo médico, la patología como centro.

- Barreras de acceso al tratamiento, la existencia de muchos requisitos de entrada a los recursos.
- Violencia de género invisibilizada tanto en el diagnóstico como en el tratamiento.
- Recursos de reducción de daños inexistentes, mientras que los existentes no se diseñan desde un enfoque de género.
- Nulo trabajo integral, desconocimiento de los recursos existentes en la red.
- Falta de trabajo coordinado en red. Recursos estancos.
- Disparidad en la distribución geográfica de los recursos en la isla. Municipios en los que no existen recursos y municipios con muchos recursos.
- Brechas de acceso al tratamiento y brechas en la intervención.

Como se ha señalado, *“La falta de perspectiva de género en el abordaje de las adicciones provocan que las mujeres acudan en menor medida a los recursos institucionales y, si lo hacen abandonan antes que los hombres”*. (Martínez, P., 2020; Pikara Magazine)¹

Para contextualizar este aspecto, es necesario mencionar los factores que influyen en las brechas de acceso al tratamiento atendiendo al género,

¹ <https://www.pikaramagazine.com/2020/04/por-que-las-mujeres-con-problemas-de-adiccion-abandonan-el-tratamiento/>

obstáculos que han persistido por el desconocimiento general de las necesidades específicas de tratamiento de las mujeres con adicciones. Señalamos a continuación algunas de estas brechas extraídas del artículo “Bordear las barreras sociolaborales”² realizado para la UNAD, Red de Atención a las Adicciones, en el año 2020 por parte de profesionales de la Fundación Canaria Yrichen. Entre ellas, destacan: ubicación de los centros fuera del territorio urbano; la rigidez de horarios de actividades que muchas veces no son compatibles con la vida familiar y/o laboral; listas de espera; escasa coordinación de los servicios de atención; falta de detección del problema en centros de atención primaria; escasa información de los y las profesionales de opciones especializadas de tratamiento para problemáticas adictivas; obstáculos sociales, culturales y personales basados en la estigmatización sobreañadida que supone para las mujeres el uso indebido de las sustancias; vergüenza, culpa, miedo de perder la custodia de los hijos e hijas; falta de apoyos familiares y de la pareja; falta de confianza en la eficacia del tratamiento, etc. Sin olvidarnos de la *violencia institucional* a las que se ven expuestas las mujeres enfrentándose al *fenómeno de la puerta giratoria*³, acudiendo a recursos que deberían nutrirse o coordinarse entre sí en pro al trabajo integral, y que, sin embargo, se limitan a derivar casos de un recurso a otro.

Además de las mencionadas, se detectan brechas en la intervención

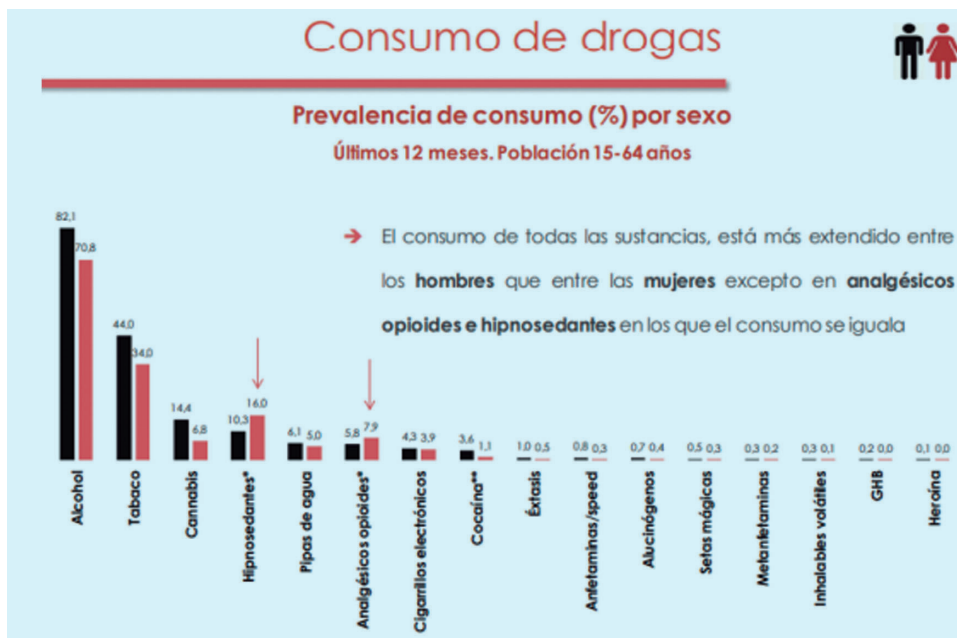
de los recursos que tratan problemáticas de adicción; recursos no diseñados con perspectiva de género; recursos calificados como “mixtos”, donde realmente encontramos que son recursos creados para hombres donde acceden mujeres “siempre que no perjudicasen el proceso de ellos”; la exposición constante a espacios donde se reproducen los estereotipos de género e incluso violencia de género; una elevada hiper-medicalización de las mujeres; profesionales con formación basada en un enfoque androcéntrico de las adicciones y de la sociedad de la que formamos parte; escasa o nula cultura de trabajo en red; invisibilidad de los recursos donde sí acuden las mujeres; malestares de género invisibilizados; escasa cultura de trabajo integral; recursos estancos y asistenciales; entrevistas estandarizadas desde recursos, procesos y metodologías de trabajo basados en la norma y sistemas de sanciones; confusión entre la segregación de datos por sexo y el trabajo con perspectiva de género; y poca conciencia de la influencia del sistema sexo-género en el que estamos inmersos/as.

Datos, mujeres y adicciones

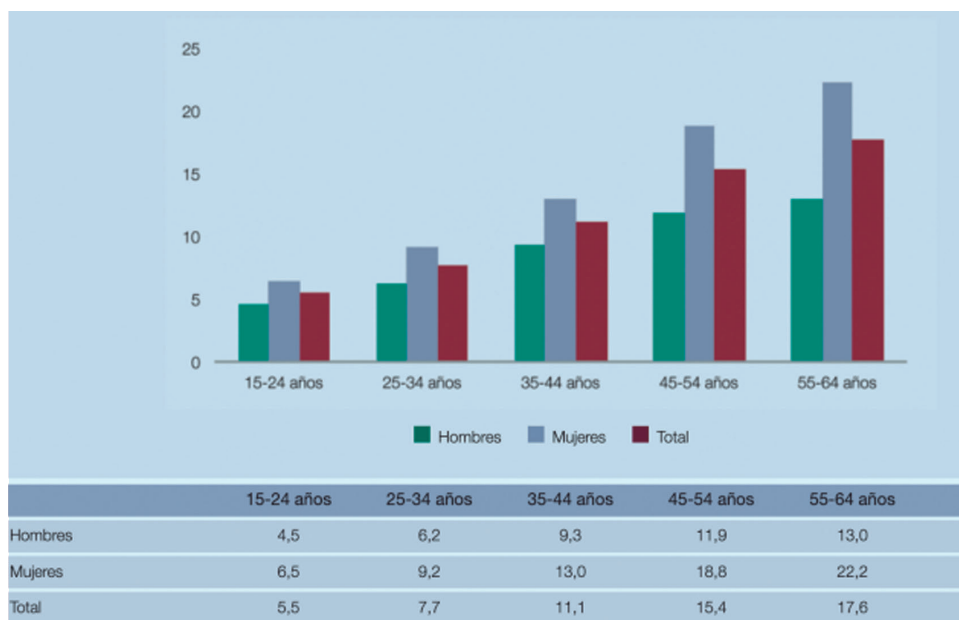
A continuación, se analizan algunos datos relevantes. Como se puede observar en las siguientes gráficas, el consumo de hipnosedantes y/o analgésicos opioides es significativamente más elevado en mujeres que en hombres:

2 Este artículo se elaboró a partir de entrevistas internas realizadas a mujeres de la Fundación y material extraído del manual “Intervención en Drogodependencias con enfoque de género” (1ªed) de Castaños, M; Meneses, C; Palop, M; Rodríguez, M y Tubert, S (2007).

3 Esta figura metafórica recoge la realidad de muchas personas que no consiguen avanzar en sus itinerarios y que permanecen vinculadas durante largos periodos de tiempo al mismo o a los mismos recursos, como si ante una “puerta giratoria” se encontrasen (Matulic, 2014).

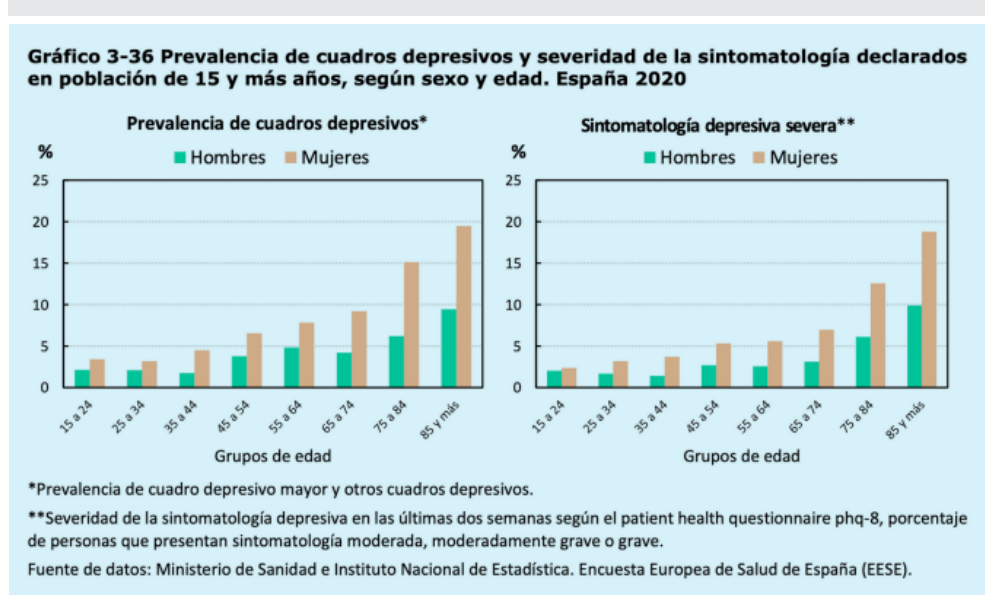


Fuente: Encuesta Sobre Alcohol y Drogas en España (2022)



Prevalencia del consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos meses en la población de 15-64 años, según edad y sexo(%). España, 2019/2020.Fuente: OEIDA. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES).

Las siguientes gráficas muestran cómo las prevalencias de trastornos por ansiedad y cuadros depresivos en mujeres son sistemáticamente más elevadas que en hombres:



El Informe de la investigación INTERLEAVE sobre mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias basadas en el género (Plaza-Hernández, L. et al., 2022), observó lo siguiente:

La mayoría de mujeres que usan drogas declara haber sufrido violencia psicológica (86,64%) y/o física (74,23%); el 44,62% reporta violencia sexual en la edad adulta y el 24,62% violencia sexual en la infancia.

Por contextos, destaca la *alta prevalencia de la violencia institucional* (35,02%), lo cual abre la posibilidad de mejorar las estrategias de intervención, tanto en los servicios generalistas, como por ejemplo en los centros de salud y servicios sociales, y también en los servicios

especializados para personas que usan drogas.

Tanto los hombres cis-género que usan drogas y/o alcohol (86,22%) como los que no (51,97%) *son principalmente reportados como agresores por las mujeres que usan drogas*, lo que muestra la estructuralidad de las VBG, en tanto que relaciones de poder de género.

Desde una mirada interseccional, la *pobreza* (32,41%) *destaca en cuanto a eje de opresión*, además de la identidad de género y el uso de drogas.

Solo el 24,49% de profesionales (el 27,63% de las mujeres y el 11,7% de los hombres) declara trabajar desde una perspectiva de género.

El 54,39% de profesionales reconoce no tener conocimientos sobre la intersección entre el uso de drogas y las violencias de género y machistas. *De hecho, a través de los grupos focales y de las entrevistas, queda demostrado que la mayoría de profesionales no establece conexión entre el uso de drogas de las mujeres y las VBG/VM experimentadas.*

Según las mujeres que usan drogas (75,79%) y el personal que trabaja con ellas (83,78%), los servicios integrados para mujeres que usan drogas y sufren o han sufrido violencia de género o machista incorporan mejor la perspectiva de género.

Fundación Canaria Yrichen

Las primeras acciones de la Fundación Canaria Yrichen datan en torno a los años 80 en el barrio de la Pardilla del municipio de Telde de la Isla de Gran Canaria. Como muchas otras iniciativas de la época, la principal inquietud de este grupo de personas que se asocian, era dar respuesta a la problemática de la heroína de ese momento histórico.

Inicialmente, en 1989, se ponen en marcha acciones ambulatorias para realizar desintoxicaciones, inducciones de metadona y ofrecer espacios de apoyo y escucha. En 1999 se funda un piso de apoyo al tratamiento, dirigido inicialmente a hombres y es a partir del año 2000 que se inaugura el centro de día. Ambos recursos fueron diseñados para hombres dónde entraban mujeres. Eran recursos mixtos en los que la realidad es que compartían espacios de 10 a 15 hombres con 3 a 4 mujeres. Con los datos recogidos a nivel interno para la elaboración de memorias,

encontramos que se comienza a diferenciar la variable sexo en nuestro registro de datos de solicitud de tratamiento a partir del año 1999. No es hasta el año 2016 cuando segregamos todos los datos en relación al perfil de las personas tratadas por sexo y, cuando comenzamos a tomar conciencia de la no incorporación de la *mirada de género* en todos nuestros proyectos y actuaciones.

En la medida que se han detectado las brechas de acceso al tratamiento y en la intervención se han puesto en marcha proyectos específicos para *ellas*, observamos que acuden más mujeres a solicitar atención.

En el año 2022, el 27% de las personas dadas de alta en alguno de los proyectos orientados a tratamiento en la Fundación son mujeres. Es el mejor dato el porcentaje que hemos tenido en la historia de Yrichen. Entre otros factores sociales que están influyendo, consideramos que el trabajo que se está realizando para reducir las brechas de acceso anteriormente mencionadas influye directamente en este resultado.

En 2016 aprovechando la sinergia del contexto insular, en el que se empezaba a cuestionar la escasa prevalencia de mujeres en los recursos ambulatorios y residenciales y se profundizaba más allá del discurso “menos mujeres que hombres con problemática adictiva”, se comienza a estudiar la estructura y funcionamiento interno de la Fundación.

A continuación se detalla el proceso seguido a partir de ese momento, para incorporar la perspectiva de género en la estructura del recurso.

En el año 2019 comenzamos el trabajo con asesoría externa con Patricia Martínez Redondo, experta en drogas y género. A partir de ese primer diagnóstico se desarrolló un plan de intervención específico para el equipo profesional y para los proyectos. Este primer plan de acción incorporaba las siguientes propuestas de trabajo:

- Formación en género y adicciones de todo el personal del Área de tratamiento de la Fundación. Ese año 30 profesionales realizaron un primer nivel de formación de 20 horas.
- Se crea una Comisión Interna de género, formada por profesionales de diferentes recursos de la Fundación.
- Se llevan a cabo 12 sesiones de supervisión de casos con Patricia Martínez, en las que participan 23 profesionales.
- Se comienzan talleres específicos con mujeres que acuden a tratamiento, donde se empiezan a trabajar aspectos específicos de género.
- Se crea y pone a disposición de todas las profesionales de la Fundación una biblioteca terapéutica específica en materia de género y adicciones.
- Las profesionales de la Fundación participan en el primer Protocolo de Actuación para derivar casos de la red de adicciones a la red de violencia de género.⁴
- Se visitan recursos como el Espai Ariadna en Barcelona y Apoyat en Badajoz, especializados en género y adicciones.

En 2020 y 2021, a pesar de la pandemia COVID-19, se dio continuidad a las acciones emprendidas el año anterior y se pusieron en marcha nuevas acciones:

- Se amplió la formación en género y adicciones al equipo de profesionales.
- Se continua con la programación de asesorías de supervisión de casos . En 2020 se llevaron a cabo 24 sesiones y participaron 20 profesionales.
- Se le dio continuidad al taller con perspectiva de género a mujeres en tratamiento.
- Se inició terapia grupal psicológica para mujeres en tratamiento.
- Participación en la comisión de género de la UNAD y en la Feria de Igualdad del Cabildo de Gran Canaria.
- Se llevan a cabo formaciones específicas sobre hombres y adicciones y sobre mujeres y videojuegos.
- Se ponen en marcha proyectos dirigidos a mujeres jóvenes y dirigidos a la mejora de las competencias digitales de mujeres que viven solas, a la par que se comienza a revisar el contenido de los proyectos que están en marcha.

⁴ <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e7d15a64-2800-11eb-880d-8966c02e9a6e/GUIA%20BREVE%20DEL%20PROTOCOLO%20DE%20VIOLENCIA%20DE%20GENERO.pdf>

- Se esboza la primera campaña de la Fundación, para prevenir el abuso de psicofármacos si la ansiedad no te cabe en el bolso, la solución tampoco”.
- Se redactan proyectos que incorporan la perspectiva de género.

Desde el año 2021 hasta la actualidad las líneas principales de trabajo en la Fundación han revisar y fortalecer el proceso de incorporar la mirada de género en la estructura y dirigir el esfuerzo de la intervención en poner en marcha la campaña de género y adicciones y los proyectos relacionados MADAY, MEJORA y TAMARAGUA. Detallamos a continuación cada una de estas acciones por la importancia del proceso en sí y por ser hitos en el proceso de deconstrucción de la mirada sesgada y construcción de la perspectiva de género en los proyectos de Yrichen.

a) Campaña sobre género y adicciones

Como medida para mejorar el acceso a las mujeres que abusan de los psicofármacos, se hizo la propuesta de poner en marcha una campaña de prevención y concienciación ante esta realidad.

Fundamentamos la campaña a nivel estructural de la siguiente manera:

Según el último informe EAPN-ES (2020), en España están en riesgo de pobreza 5,05 millones de mujeres, unas 400.000 más que el número de hombres en la misma situación..

Las mujeres ganan en promedio un 22,4% menos que los hombres en nuestro

país, lo que a su vez las lleva a percibir una pensión notablemente inferior. (citado en EAPN, 2020).

El 71,5% de las camareras de piso (sector altamente feminizado) consume fármacos para el dolor directamente derivado de su trabajo pesar de que en España hay más mujeres que hombres con estudios superiores, tan solo un 9% de las posiciones de alta dirección están ocupadas por mujeres. (VII informe de ClosinGap “Coste de oportunidad de la brecha de género en el empleo”, PwC 2020).

“Las mujeres todavía hoy dedican hasta 15 horas semanales más que los hombres a atender, cuidar y educar a los hijos e hijas y gastan 9 horas más de su tiempo en la realización de las tareas del hogar” (X Informe AROPE 2020,).

En España el 42% de las mujeres en situación de inactividad de 20 a 64 años está dedicada a tareas de cuidados, frente a un 5,1% de hombres, según los últimos datos de Eurostat de 2018.

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 del Ministerio de Sanidad dedica un apartado específico a la perspectiva de género, en el cual destaca la problemática que une a mujeres con hipnosedantes. Habla de un “consumo oculto” y señala como agravante el hecho de que “no existen campañas generalizadas de prevención y sensibilización, como sí ocurre con otras sustancias.”

A la hora de intentar suplir este vacío comunicativo, desde la Fundación Canaria Yrichen hemos abordado el tema poniendo especial atención en hablar de mujeres sin reforzar con nuestra campaña

ninguna de las violencias estructurales y simbólicas que las atañen. Para esto hemos seguido una serie de indicadores a la hora de utilizar recursos gráficos que no perpetúen estereotipos, como atender a la diversidad en las representaciones, construir mensajes por un cambio social y no culpabilizadores para ellas. Y, por

supuesto, usar un lenguaje inclusivo.

Finalmente, se apuesta por el tipo de cartel mostrado más abajo y se realiza divulgación del mismo en Unidades de Salud Mental, Centros de Salud, Servicios Sociales y cartelería en las guaguas de la isla.

Si la ansiedad no te cabe en el bolso, la solución tampoco.



No cargues con ella tú sola.



Las mujeres ganan en promedio un 22,4% menos que los hombres en nuestro país, lo que a su vez las lleva a ocupar una posición socialmente inferior.
 Fundación Canaria Yrichen ofrece atención gratuita, anónima y confidencial a personas con problemas derivados del consumo de ansiolíticos, somníferos, antidepresivos, etc...
 www.yrichen.org
 828 225 452
 828 225 452

Si la ansiedad no te cabe en el bolso, la solución tampoco.



No cargues con ella tú sola.



El 70% de las camareras de piso lector altamente feminizado consume fármacos para el dolor derivado de su trabajo y las condiciones para realizarlo.
 Fundación Canaria Yrichen ofrece atención gratuita, anónima y confidencial a personas con problemas derivados del consumo de ansiolíticos, somníferos, antidepresivos, etc...
 www.yrichen.org
 828 225 452
 828 225 452

Si la ansiedad no te cabe en el bolso, la solución tampoco.



No cargues con ella tú sola.



La familia sufre un riesgo de sufrir un 10% más de enfermedades crónicas cada 10000 euros que el número de horas en los trabajos domésticos.
 Fundación Canaria Yrichen ofrece atención gratuita, anónima y confidencial a personas con problemas derivados del consumo de ansiolíticos, somníferos, antidepresivos, etc...
 www.yrichen.org
 828 225 452
 828 225 452



A continuación, se analiza el impacto que ha tenido el lanzamiento de la campaña en las mujeres:



El perfil de mujeres que se han sentido identificadas responde a mujeres (n=19) de entre 30 y 71 años, que mayoritariamente conocieron la campaña en la guagua (n=11) y en situación de desempleo (n=12). 8 mujeres vivían con sus hijos/as menores, 2 convivían con sus parejas, exparejas e hijos.as y 10 vivían solas (3 por viudedad y 7 por separación).

Destaca el hecho de que en 4 años 34 mujeres acudieron a la Fundación en demanda de tratamiento por abuso de benzodiazepinas. Sin embargo, durante el lanzamiento de la campaña, en 7 meses, 26 mujeres se pusieron en contacto con la Fundación solicitando asesoramiento por abuso de benzodiazepinas.

b) Proyecto “Mejora”, trabajo con personas sin hogar con perspectiva de género

Este proyecto se crea con la intención de acercar la red de adicciones a la población sin hogar y promover la coordinación entre recursos del tercer sector, administraciones y otros recursos sociales generales y/o específicos.

El deterioro personal y la exclusión social que sufren estas personas dificulta su participación en los diferentes servicios de atención, tanto a nivel de sinhogarismo, de adicciones como de violencia de género.

La intervención se centra en informar a las personas de los diferentes servicios de las redes, promover la toma de conciencia de las diferentes problemáticas, hacer partícipes a las personas de su plan de acción, vincularlas a los diferentes servicios de asistencia y de atención especializada y favorecer su ingreso en recursos residenciales de la red de sinhogarismo, adicciones y/o violencia de género.

Según datos recogidos en el Plan Estratégico de atención a personas sin hogar en Las Palmas de Gran Canaria 2017-2021 en la capital de la isla fueron cuantificadas, por un lado, 81 personas pernoctando en calle, 72 hombres y 9 mujeres y, por otro lado, 280 personas sin hogar, que se encuentran en algún recurso alojativo, de estas 227 hombres y 53 mujeres.

Partiendo de esto, desde la puesta en marcha del proyecto en el año 2020 se observa que, aunque la prevalencia de mujeres en situación de sin hogarismo es menor, no existen recursos especializados para ellas, encontramos recursos en los que las plazas para ellas son reducidas frente al número de hombres que se atienden, reproduciendo en muchas ocasiones espacios e intervenciones sin perspectiva de género que no facilitan los procesos de las mujeres.

c) Proyecto “Tamaragua”, intervención específica con mujeres en situación de privación de libertad

En El Centro Penitenciario Las Palmas II residen en torno a 1000 personas presas. De estas 100 suelen ser mujeres. Estas mujeres se concentran, siguiendo la nomenclatura penitenciaria en dos módulos, el módulo 5 que es un módulo ordinario y el módulo 6 que es el módulo de respeto. Aprovechando la experiencia en la intervención con hombres que tenemos desde 2012, en el año 2021 se llevan a cabo acciones específicas desde una perspectiva de género. Este proyecto se encuentra actualmente en fase piloto, generando grupos de trabajo, creando vínculo con las mujeres y estudiando la realidad dentro de la vida penitenciaria de las mismas.

Durante el año 2022 se han beneficiado 58 mujeres, estas mujeres han solicitado de forma voluntaria participar en las actividades del proyecto. Contamos con dos niveles de actuación detallados a continuación:

En el Nivel 0, una vez realizado el proceso de selección, el objetivo del mismo es alcanzar y mantener la abstinencia, facilitar la adhesión al tratamiento y diseñar el itinerario terapéutico. Se realizan en ambos módulos de mujeres.

En el Nivel 1, el objetivo de este nivel es avanzar en el proceso de cambio: mantener la abstinencia, mejorar las relaciones personales, profundizar en el autoconocimiento personal, adquirir habilidades sociales, actitudes y valores prosociales. Este nivel se desarrolla en el módulo de respeto.

d) Proyecto “MADAY”, casa de acogida y apoyo al tratamiento

La experiencia de diseño y puesta en marcha de la Casa MADAY es pionera en la Comunidad Autónoma Canaria y es uno de los pocos recursos a nivel nacional que tratan de manera especializada la realidad de la violencia de género y el tratamiento de las adicciones. Ha supuesto la coordinación entre dos redes que han permanecido inconexas a lo largo de los años, La Red de adicciones y la Red de violencia de género.

Maday no solo es la unión de dos redes que funcionaban hasta el momento de forma independiente, sino que es un espacio de protección y recuperación donde las mujeres tienen el apoyo que requieren para normalizar y dignificar sus vidas desde una perspectiva de género y desde la atención de sus necesidades específicas.

CONCLUSIONES Y RETOS DE MEJORA

A partir de la trayectoria y experiencia de estos años, consideramos importante destacar aspectos a tener en cuenta en el proceso de incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento de adicciones y propuestas para dar continuidad a estas acciones. Incorporar la perspectiva de género en cualquier recurso implica:

- Evaluar y supervisar los equipos de trabajo y objetivos acordes con la tarea, características y necesidades de cada recurso y profesionales.
- Incorporación de los cargos directivos y de Patronato en la planificación y ejecución de acciones, Plan estratégico, Compromiso, respaldo y coherencia.
- Planificación en el tiempo de las acciones, continuidad de las mismas evitando acciones inconexas y/o puntuales.
- Dirigirnos a espacios dónde están las mujeres, atención primaria y unidad de salud mental, recursos de violencia de género, coordinación continua.
- Impulsar el trabajo en red: se continúa trabajando de forma aislada, por lo que los esfuerzos deben ir en esa línea. Mejorar el trabajo ambulatorio y la coordinación con recursos sanitarios, recursos de violencia de género, unidades de Salud mental, vivienda, empleo...
- Se sigue interviniendo desde modelos asistenciales y centrados en la urgencia y la emergencia social. Todo ello responde a la inexistencia de recursos de reducción de daños en la isla.
- Importancia de dedicar tiempo a la sistematización de datos y a compartir experiencia entre profesionales.
- Evaluación continua para garantizar que se está aplicando. Poner mayor foco en la revisión y no solo en la parte estructural y herramientas de trabajo sino también en la metodología de intervención. Identificación de indicadores que permitan evaluar que se está adoptando la perspectiva de género.

BIBLIOGRAFÍA

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Delegación del Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/materiales/intervencionDrogodep.htm>

La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES. Plan Nacional Sobre drogas. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

Martínez-Redondo, Patricia; Luján-Acevedo, Fabián (2020). Hombres y Adicciones. Intervención desde perspectiva de género. Madrid: UNAD.

Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 167 p.

Martínez, P., (2020, 10 de Abril). ¿Por qué las mujeres con problemas de adicción abandonan el tratamiento? Pikara Magazine. Consultar en: <https://www.pikaramagazine.com/2020/04/por-que-las-mujeres-con-problemas-de-adiccion-abandonan-el-tratamiento/>

Plaza Hernández, L., Hansen Rodríguez, G., and Bedoya Cardona, E. Y. (2022). INTERLEAVE – Research Report. INTERLEAVE European Project. Available online at: www.interleave.eu

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Planes de Acción sobre Adicciones del PNSD 2021-2024. Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/home.htm>

Rodríguez Alemán, A., (2020). Protocolo de actuación y coordinación en casos de violencia de género en la red de atención a las adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e7d15a64-2800-11eb-880d-8966c02e9a6e/GUIA%20BREVE%20DEL%20PROTOCOLO%20DE%20VIOLENCIA%20DE%20GENERO.pdf>

VIOLENCIA DE GÉNERO
Y TRAUMA: UNA
INTERVENCIÓN CON
MUSICOTERAPIA PARA
MUJERES DENTRO
DE UNA COMUNIDAD
TERAPÉUTICA.

*GENDER BASED
VIOLENCE AND
TRAUMA: A
MUSIC THERAPY
INTERVENTION FOR
WOMEN WITHIN
A THERAPEUTIC
COMMUNITY*

Xóchitl Palma Islas

Máster de Musicoterapia en la
Universidad de Barcelona.

Directora y cofundadora del Centro Mexicano de
Musicoterapia y Outreach Coordinator para Latin
American Music Therapy Network.

RESUMEN

La violencia contra la mujer está presente en cada país del mundo y afecta a todo tipo de mujeres, es la manifestación máxima de la desigualdad de género. La Organización Mundial de la Salud (1996), reconoce a la violencia de género como un problema de salud pública que afecta a la mujer a nivel biológico, psíquico y social. Algunas secuelas llevan a las mujeres a experimentar ansiedad, confusión, tristeza, miedo, baja autoestima y soledad. A partir de estos síntomas la musicoterapia puede ser útil para gestionar las consecuencias del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) causado por el abuso y también para trabajar la rehabilitación de áreas cognitivas afectadas por el uso de drogas.

Este trabajo sistematizado quiere demostrar que los beneficios de la musicoterapia, pueden ayudar a las mujeres dentro de una Comunidad Terapéutica a mejorar su bienestar, contribuyendo a la mejora de su salud integral y proporcionando mecanismos de afrontamiento.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, trauma, trastorno de estrés posttraumático, musicoterapia.

ABSTRACT

Violence against women is present in every country in the world and affects women of all kinds, it is the maximum manifestation of gender inequality. The World Health Organization (1996) recognizes gender violence as a public health problem that affects women at a biological, psychological and social level. Some sequelae occur when women experience anxiety, confusion, sadness, fear, low self-esteem, and loneliness. Based on these symptoms, music therapy can be useful to manage the consequences of post-traumatic stress disorder (PTSD) caused by abuse and also to work on the rehabilitation of cognitive areas affected by drug use.

This systematized work wants to demonstrate that the benefits of music therapy can help women within a Therapeutic Community to improve their well-being, contributing to the improvement of their overall health and providing coping skills.

KEY WORDS

Gender violence, trauma, post traumatic stress disorder, music therapy.

INTRODUCCION

La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer define a la VG como:

“Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (ONU, 1993).

La violencia de género (VG) afecta a mujeres en todas partes del mundo, es un problema que involucra varias vertientes y se manifiesta a todos los niveles en la vida de la mujer. Este tipo de violencia machista genera secuelas que pueden derivar en Trastorno de estrés postraumático (TEPT), siendo la VG una experiencia de trauma considerable.

Según el informe mundial sobre la violencia contra la mujer en el 2021, la Organización Mundial de la Salud, refiere que una de cada tres mujeres sufre de violencia. En Cataluña, según la Encuesta sobre las vivencias machistas realizada por la Consejería del Interior de la Generalitat (2021), el 79,3% de las mujeres refiere haber sufrido algún tipo de VG, esta cifra es alarmante y como sociedad tenemos la obligación de ofrecer no sólo la ayuda necesaria a las víctimas, sino también realizar campañas de prevención y educación contra las violencias machistas.

El tema de la VG ha ido evolucionando en tanto que las mujeres se van abriendo camino en medio de tanta opresión. Lo que antes era permitido en las mismas relaciones de pareja sin ser

señalado como violencia contra la mujer, ahora después de años de lucha, empieza a ser señalado por fin, pero pocas veces castigado por la ley. Con las constantes demandas por parte de diversos movimientos, sobretodo feministas, se han comenzado a implementar diferentes mecanismos de acción en contra de la violencia a nivel institucional y gubernamental. En la actualidad, cada vez más mecanismo de creación de programas diversos, incluyen una perspectiva de género.

Afortunadamente el Gobierno de España, el Instituto de las Mujeres y otras entidades públicas y privadas en colaboración para la erradicación de la VG, proponen políticas que impulsan la protección de las mujeres frente a la violencia y promueven la implementación de diversos programas de apoyo a la mujer, dentro de los que se encuentran la promoción profesional de las mujeres, programas de inserción sociolaboral, estudios e investigaciones, etc, promoviendo así mismo, la igualdad entre hombres y mujeres.

En este tipo de programas, se encuadran las prácticas de Musicoterapia en la Asociación Dianova. El mismo, contiene un diseño similar a los fines de esta comunidad terapéutica para ofrecer la ayuda socio-emocional que dejan las secuelas del maltrato y/o abuso sexual a las mujeres. Este trabajo pretende mostrar los beneficios de la musicoterapia en el aprendizaje de la gestión de los síntomas emocionales desde una perspectiva de género, así como resaltar y/o replantear los diferentes formatos más adecuados de una intervención con MT para esta población, tomando en cuenta sus necesidades y

características específicas, analizando a la vez, las variables respecto a los niveles de TEPT medidos a partir de la escala de Trauma de Davidson.

- Bloqueo emocional
- Aislamiento social
- Agresividad
- Impulsividad

TRAUMA POR VIOLENCIA DE GÉNERO

Aquellas mujeres que se atreven a levantar la voz ante una agresión, son mayormente ignoradas. Tanto el hecho mismo de ser agredidas, como el hecho de ser continuamente ignoradas, invalidadas e incluso señaladas como culpables o responsables del mismo acto de violencia, produce en la mujer grandes afectaciones a nivel físico, emocional y social.

Dentro de las dimensiones del impacto que tiene la VG sobre la mujer, podemos mencionar las repercusiones tanto físicas, que pueden significar un daño físico severo y con afectaciones a largo plazo, como el impacto a nivel emocional, que también conlleva secuelas duraderas, como las que representan al TEPT.

Trastorno de Estrés postraumático (TEPT)

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) “es el desarrollo de síntomas específicos tras la exposición a uno o más eventos traumáticos” (DSM-V, APA 2014, p. 274). De acuerdo con lo que se menciona en el DSM-5, estos síntomas incluyen:

- Intranquilidad
- Irritabilidad
- Problemas para conciliar el sueño
- Pesadillas
- Recuerdos angustiosos
- Problemas de concentración

Aunado a la VG, si hablamos de drogodependencias, la vulnerabilidad se incrementa. Las redes de asistencia en Cataluña están planteando incluir la perspectiva de género en sus programas de atención, de manera interdisciplinar. Las comunidades terapéuticas (CT) son una modalidad de servicios de tratamiento de la salud, complementaria a la clínica tradicional, que interviene en el proceso terapéutico de rehabilitación de personas con adicciones cuando se requiere una intervención extensa. Al mismo tiempo, hablando de las mujeres residentes, la mayoría ha sufrido violencia de género.

Es en este contexto donde se plantea una intervención con Musicoterapia (MT), para mujeres dentro de una comunidad terapéutica (CT). Tomando en cuenta las necesidades específicas de las mujeres en el proceso de recuperación por trauma, podemos trabajar en Musicoterapia con determinadas dinámicas para mejorar su situación de manera integral, buscando siempre un abordaje que contemple la perspectiva de género.

Musicoterapia

La musicoterapia es el uso profesional de música y sus elementos como una intervención en ambientes médicos, educativos y cotidianos con individuos, grupos, familias o comunidades buscando optimizar su calidad de vida, y mejorar su salud física, social, comunicativa, emocional e intelectual y su bienestar. La investigación, la práctica, la educación y la

instrucción clínica en la musicoterapia están basadas en estándares profesionales según contextos culturales, sociales y políticos. (WFMT, 2011).

La MT puede aplicarse tanto de manera individual, como grupal y las técnicas pueden ser activas (tocar un instrumento, cantar, bailar, etc) o receptivas (relajación centrada en la música, imaginería guiada, etc). Actualmente existen más de 23 tipos de métodos y uno de ellos es el de Musicoterapia Feminista (MTF), creado por la Musicoterapeuta canadiense Sandi Curtis, atendiendo a las necesidades de las mujeres víctimas de violencias machistas. “Es importante reconocer que la música es un medio poderoso y puede provocar respuestas más fuertes que la discusión por sí sola, ya que conecta lo cognitivo con lo emocional y fisiológico de una manera única. Además, la música es un medio artístico único que nos permite experimentarla y convertirla en nuestra propia creación” (Curtis, 2020). Curtis desarrolló un modelo de MTF para empoderar a las mujeres, enfocándose especialmente en aumentar la autoestima de las mujeres víctimas de violencia.

En cuanto al abordaje de trauma, investigaciones demuestran que es posible aplicar una intervención con MT sin volver a traumatizar, siempre que se tenga cuidado en cuanto a la selección musical y se considere a las participantes en este proceso. La música puede brindar apoyo y ayudar a restaurar una sensación de seguridad, también ayuda a conectar con las emociones de manera segura por lo que puede utilizarse para regularlas, ayudando así al procesamiento del trauma.

Metodología

La apuesta metodológica es la siguiente: (a) aplicación de la Escala de Trauma de Davidson al principio y al final de la intervención con MT y el cuestionario del historial musical sonoro con cada participante (b) aplicar la intervención con MT tomando en cuenta las necesidades y características de la población y (c) realizar un análisis cualitativo de la información recabada al final de la intervención.

Objetivo

El objetivo del estudio es explorar la viabilidad de una intervención con MT para mujeres adultas que sufren de TEPT mayormente a causa de situaciones de VG. El estudio investigará y explorará la idoneidad de la Intervención para esta población y si podría resultar en una disminución de los síntomas del TEPT y una mejora de la salud. El tratamiento será grupal para esta población, por lo tanto se explorarán las experiencias musicales de las participantes en forma grupal.

Procedimiento

El colectivo de mujeres que se atiende con este programa de musicoterapia tiene las siguientes características:

Un grupo de 5 mujeres, entre 20 y 52 años, de nacionalidad Española, con fecha de ingreso variable a Dianova, se encuentran en diferentes etapas del tratamiento por adicciones. Todas refieren haber sufrido algún tipo de violencia en algún momento de su vida. En cuanto a lo musical, las preferencias personales son muy variadas y sólo una de ellas toca un instrumento (guitarra).

Criterios de inclusión: para ser aceptadas en este estudio las participantes deben: (1) ser residentes de la CT Dianova, (2) presentar rasgos de TEPT, (3) ser capaces de expresarse fluidamente en castellano, (4) tener interés por la música y (5) haber experimentado alguna situación de VG.

Criterios de exclusión: (1) dificultades para entender el castellano, (2) no ser residente de la CT Dianova como paciente, (3) presentar algún trastorno severo de personalidad, (4) no tener interés en participar de este estudio y (5) presentar alguna condición médica y trastorno severo que les impida relacionarse en grupo o les suponga un riesgo a ellas mismas o las demás participantes.

La intervención

****Encuadre***

Una sesión semanal, grupal, con duración de una hora y media, dentro de las instalaciones de Dianova, durante 3 meses (12 sesiones en total)

Número de participantes: 5

****Recogida de datos***

Entrevista inicial que incluye historia sonora y preferencias musicales y aplicación de la escala de Trauma de Davidson, la cuál se aplicará al principio y al final de la intervención.

****Sesiones de Musicoterapia***

Sesiones eminentemente prácticas en donde las mujeres ejecutan instrumentos musicales, cantan, mueve su cuerpo, bailan. No es necesario tener

conocimientos musicales previos, ya que la musicoterapeuta adapta todas las dinámicas sonoras a las características y necesidades de las usuarias.

****Técnicas de MTF***

Escucha y análisis de canciones con perspectiva de género, improvisación musical con relación igualitaria entre todas las participantes, songwriting de vivencias respecto a la VG, meditación guiada con música.

****Instrumentos musicales***

Se utilizan mayormente instrumentos de percusión menor (sonajas, panderos, cascabeles, claves, etc), bongos, campanas, una guitarra acústica y un teclado pequeño.

OBJETIVOS

****Generales***

Promover el desarrollo y la rehabilitación de áreas cognitivo-emocionales que se han visto dañadas a causa del TEPT, mejorando así el bienestar y contribuyendo a la calidad de vida. Brindar un espacio donde ellas pueden sentirse seguras y libres para expresarse y comunicarse.

****Específicos***

- Reconocimiento y manejo de las emociones
- Manejo del estrés
- Desarrollo de la autoestima
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento
- Desarrollo y estimulación de la creatividad e imaginación
- Construcción de una nueva identidad

- Cohesión grupal
- Sentido de pertenencia a un grupo/comunidad segura

Instrumentos de evaluación

- La DTS (Escala de Trauma de Davidson) es un instrumento psicométrico que está constituido por 17 ítems que corresponden y evalúan cada uno de los 17 síntomas recogidos en el DSM IV. Esta escala evalúa la gravedad y frecuencia de los síntomas del trastorno en individuos que han experimentado un trauma.
- Cuestionario de historia sonora y preferencias musicales
- Observación

****Análisis de resultados***

Los resultados se analizarán teniendo en cuenta los datos extraídos de las historias sonoras, la observación directa de conductas significativas, el análisis de las grabaciones y los resultados que arroje la escala validada. A través del estudio exploratorio, se podrá llegar a una conclusión específica respecto a esta intervención.

CONCLUSIONES

El impacto que tiene la VG sobre la vida de las mujeres, el daño en su autoestima, las secuelas que genera, y todas las demás afectaciones que implica, no deben dejar de señalarse como una urgencia que atender a nivel social. En el ámbito de la salud, la tarea continúa para seguir creando programas cada vez

más efectivos en el tratamiento para las necesidades que las mujeres presentan a raíz de la violencia.

Por la complejidad del problema y la magnitud de los daños causados, los programas de atención y de ayuda deben darse desde un enfoque holístico y multidisciplinar.

La MT puede significar un factor de gran ayuda para atender las necesidades a nivel emocional y cognitivo que se presentan por el TEPT que genera la VG. La música siempre ha sido y seguirá siendo, un medio de comunicación efectivo, alternativo, un medio que brinda un espacio para la libre expresión, una forma de conectar con nuestras emociones y un medio que facilita la interacción y cohesión dentro de un grupo. Todo lo cuál se encuentra dentro de las necesidades que acompañan el proceso de sanación de las mujeres que han sufrido violencia, ayudando a contrarrestar los efectos adversos del TEPT.

Dado que la MT juega un rol importante dentro de este proceso, los mecanismos de atención de diversas instituciones podrían plantearse el incluir un programa base de intervención con MT para esta población. También deberían plantearse más apoyos para los programas de investigación en Musicoterapia, ya que esto contribuye fundamentalmente al desarrollo de programas y estructuras de intervención más efectivas.

La MTF supone un abordaje bastante idóneo para trabajar con mujeres sobrevivientes de VG.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Vanessa Vannay, supervisora de este proyecto. Dra. Gisela Hansen, directora de Dianova. Nuria Escudé, directora del Máster de Musicoterapia de la Universitat de Barcelona.

Agradecimiento especial a todas las mujeres que participaron en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychological Association [APA], (2014), Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bruscia, K. (1997). Definiendo musicoterapia. Salamanca : Amarú.

Curtis, S. (2019). Music for women survivors of violence. Barcelona Publishers <https://barcelonapublishers.com/Music-for-Women-Survivors-of-Violence-A-Feminist-Music-Therapy-Interactive-eBook>

Davis, W., Gfeller, K., & Thaut, M. (2000). Introducción a la musicoterapia: Teoría y práctica. Barcelona: Boileau.

Hansen, G. (2020). Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: Perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.

Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. (2023). Instituto de la Mujer. Estadísticas de la Violencia de género. Obtenido de Gobierno de España: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/portada/home.htm>

Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. (2023). Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Obtenido de <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/instituciones/observatorioEstatal/home.htm>

Rudstam et al (2017) . Trauma-focused group music and imagery with women suffering from PTSD/complex PTSD: A feasibility study. Approaches : An Interdisciplinary Journal of Music Therapy, Special Issue 9 (2), 202-216.

Villafañe et al (2003). La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. Evaluar nº3, 80-93.

WFMT. (2023). World Federation of Music Therapy. Obtenido de <https://wfmt.info/>

VIOLENCIAS
INSTITUCIONALES
HACIA LAS MUJERES
QUE USAN DROGAS:
REVICTIMIZACIÓN
EN LOS SERVICIOS DE
ATENCIÓN.

*INSTITUTIONAL
VIOLENCE AGAINST
WOMEN WHO
USE DRUGS:
REVICTIMIZATION IN
CARE SERVICES.*

Laia Plaza Hernández

Licenciada en Psicología y Antropología.
Máster en Estudios de Mujeres, Género y
Ciudadanía. Especialista en género, drogas y
violencias basadas en el género. Responsable de
Programas Internacionales de Género de la
Fundación Salud y Comunidad

Gisela Hansen

Dra. En Psicología Clínica. Especialista en
Género, adicciones y salud mental. Directora
de la Asociación Dianova y miembro de la Junta
directiva de la Federación Catalana de Drogas y
de la RIOD.

RESUMEN

En este artículo se aborda la violencia institucional hacia las mujeres que usan drogas en los servicios de atención. Se mencionan diferentes formas de violencia ejercida por instituciones gubernamentales y privadas destacando la ausencia de credibilidad y revictimización en el sistema judicial y policial, así como la estigmatización y violencia sexual en los servicios de drogas. También se discuten las barreras de acceso a los servicios de adicciones y la necesidad de enfoques basados en el trauma informado. El artículo enfatiza la importancia de una mirada autocrítica de las instituciones y la implementación de la perspectiva feminista para erradicar la violencia institucional. Se resaltan los obstáculos y resistencias existentes en las organizaciones y la falta de formación en género y violencias. Se plantea la necesidad de políticas de drogas basadas en los derechos humanos y no en lógicas punitivas.

PALABRAS CLAVE

Violencia de género, violencia institucional, mujeres que usan drogas.

ABSTRACT

This article addresses institutional violence against women who use drugs in healthcare services. It mentions various forms of violence exerted by government and private institutions, highlighting the lack of credibility and revictimization in the judicial and law enforcement system, as well as stigmatization and sexual violence in drug services. It also discusses access barriers to addiction services and the need for trauma-informed approaches. The article emphasizes the importance of a self-critical examination of institutions and the implementation of a feminist perspective to eradicate institutional violence. It highlights existing obstacles and resistance within organizations, as well as the lack of training on gender and violence. The need for human rights-based drug policies is also raised.

KEY WORDS

Gender violence, institutional violence, women who use drugs.

1. ¿Qué es violencia institucional?

De acuerdo con algunas autoras (Pereyra, 2015; Barak, 2003; Dean, 1999), la violencia institucional es la violencia de cualquier tipo ejercida por agentes gubernamentales, jurídicos y funcionarios en cumplimiento de sus funciones, incluyendo normas, protocolos, prácticas y privaciones en regimiento de una o más personas. Se caracteriza por el uso de poder para causar daño y reforzar los mecanismos de dominación establecidos.

Sin embargo, la violencia institucional ha sido considerada por múltiples declaraciones y convenciones internacionales¹ que instan a los Estados de abstenerse de cualquier acto de violencia contra las mujeres y, en el caso del Convenio de Estambul (2011), de *“garantizar que las autoridades estatales, funcionarios, agentes, instituciones, así como otros actores que actúen en nombre del Estado lo hagan de conformidad con esta obligación”*. Ello abre el abanico a organizaciones e instituciones privadas que, trabajando con fondos públicos, también se podría considerar que estarían ejerciendo violencia institucional hacia las mujeres. Asimismo, el Convenio de Estambul también señala que *“se tomarán las medidas necesarias para actuar con la debida diligencia”*, indicando el deber de los Estados -y otros agentes actuando en nombre del Estado- de reparar a las víctimas.

En el estado español, la violencia institucional queda por primera vez recogida en la ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha. Con posterioridad, se sumaron la ley 17/2020 del Parlamento de Catalunya del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista en tanto que violencia machista y la ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres del País Vasco. Más recientemente, la ley orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual, más conocida como la ley del “Si es sí”, también incorpora la violencia institucional como un tipo de violencia machista señalando que *“como novedad, se desarrolla el derecho a la reparación, como uno de los ejes centrales de la responsabilidad institucional para lograr la completa recuperación de las víctimas y las garantías de no repetición de la violencia”*.

Todo ello supone un cambio de paradigma, un salto de gigante que no sólo cuestiona la estructura patriarcal de las instituciones, sino que señala su potencial agresor y revictimizador y las responsabiliza por la violencia ejercida, ya sea de forma activa o pasiva (por omisión); supone además un beneficio para todas las mujeres, especialmente las más vulnerabilizadas, particularmente las mujeres que usan drogas, siendo aún las más estigmatizadas y revictimizadas por todos los servicios de atención (Van Boekel, 2013; Benoît y Jauffret-Roustide, 2015).

1 Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer (CEDAW), 1979. Recomendación núm. 19 de la CEDAW, 1992.

Recomendación general núm. 35 de la CEDAW, 2017. Artículos 2 y 3.

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de la Asamblea General de Naciones Unidas, 1993. Artículo 4. 17 deberes del Estado Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 1995.

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belém do Pará, 1996. Violencia perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, dondequiera que se produzca. Artículo 5. Obligaciones del Estado artículo 30. Compensación.

Convenio del Consejo de Europa sobre la prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica o Convenio de Estambul, 2011.

Ley general mejicana de acceso de las mujeres a una vida libre de violencias, 2007.

Protocolo de la Carta Africana de Derechos y de los Pueblos sobre los derechos de las mujeres en África, 2003.

2. Violencia institucional hacia las mujeres que usan drogas: ¿Qué sabemos?

La investigación previa (Benoît y Jauffret-Roustide, 2015; Beaven et al., 2020; Plaza-Hernández et al., 2022) ha señalado distintas formas de violencia institucional ejercidas por los servicios de atención de tipo “generalista” como servicios de salud, sociales, jurídicos o policiales; asimismo, también se han reportado violencias de tipo institucional en distintos tipos de servicios especializados para personas que usan drogas, tanto de gestión pública como privada.

De acuerdo a Shirley-Beavan (2020) en el ámbito judicial, se ha tendido a dar poca credibilidad al relato de las mujeres supervivientes usuarias de drogas, lo que acaba revictimizándolas. Asimismo, se han reportado situaciones en las que la policía no ha protegido suficientemente a las mujeres usuarias de drogas que ejercen como trabajadoras sexuales.

Algunas autoras (Valls, 2013; Da Silva Carvalho, 2019) destacan el hecho de que muchas mujeres consumidoras se culpan a sí mismas de la violencia que sufren. En este sentido, incluso algunas mujeres han reportado creer no merecer la protección de la policía u otras autoridades cuando han sido agredidas (Jessell et al., 2015).

Por su parte, Benoît y Jouffret-Roustide (2015), de su estudio cualitativo con profesionales, se desprende cómo los servicios de emergencia tienden a mostrar actitudes moralizantes y culpabilizadoras hacia las mujeres usuarias de drogas, o

directamente no responden a sus llamadas de emergencia porque “*en realidad se lo estaban buscando*”. El personal que participó en esta investigación también señaló cómo algunos servicios de salud sexual y reproductiva y de protección a la infancia, tienden a considerar a las mujeres usuarias de drogas como “*malas madres*” y en ocasiones promueven de forma casi rutinaria la retirada de la custodia de sus hijos, sin considerar detenidamente acerca de las consecuencias o posibles alternativas.

La investigación mixta cuantitativa y cualitativa llevada a cabo en el marco del proyecto europeo INTERLEAVE (Plaza Hernández et al., 2022) con mujeres que usaban drogas sobreviviendo violencias basadas en el género (VBG), reveló una elevada prevalencia de violencia institucional (35,02%; N=257), principalmente por parte de la policía (20,62%; n=53), los servicios jurídicos (15,18%; n=39), los servicios sociales (15,18%; n=39) y los servicios de salud (14,40%; n=37). En este sentido, esta investigación recogió testimonios de mujeres usuarias de drogas que ponen de manifiesto la falta de credibilidad que se ejerce hacia ellas en algunos servicios generalistas:

“Denuncié una violación y estaba borracha y el policía que estaba detrás del que me tomaba declaración dijo gritando: ¡no la creo!” (Mujer usuaria de drogas/ Servicio Integrado para mujeres que usan drogas sobreviviendo violencia basada en el género).

“Un médico forense me vio, tenía moratones aquí en los dedos, en los muslos... pero el tipo no quiso creerme...”

(Mujer usuaria de drogas/ actualmente en Servicio Integrado para mujeres que usan drogas sobreviviendo violencia basada en el género).

Sin embargo también es violencia institucional la que se produce en los recursos y servicios dirigidos a las personas usuarias de drogas, tanto públicos como privados que, debido a la falta de formación o sensibilización de algunos profesionales (Benoît, T. et Jauffret-Roustide, M., 2015; Shirley-Beavan, 2020), lleva a no considerar o minimizar la violencia de género que afecta a las mujeres usuarias al “normalizar” sus contextos de violencia; además, se tiende a no reconocer a las mujeres que usan drogas como protagonistas activas, capaces de desarrollar sus propias estrategias en sus procesos vitales, sin caer en lógicas de paternalistas o confrontativas en las intervenciones profesionales y en los abordajes terapéuticos.

Varias autoras han señalado que los servicios para personas que usan drogas suelen estar muy “masculinizados” (Boyd et al., 2018; Shirley-Beavan et al., 2020; Plaza-Hernández et al., 2022), dominados por la presencia de hombres, a menudo (ex)agresores -ya sean traficantes que piden a las mujeres sexo por sustancias o hombres que pagan por sexo-, por lo que las mujeres, al no sentirse cómodas ni seguras (física y emocionalmente), prefieren no acudir o evitar estos centros. Boyd et al. (2018) señalan que, debido a un sesgo de género, los servicios para personas consumidoras de drogas se espera que las mujeres se comporten mejor que los hombres, que cuiden de ellos y realicen tareas relacionadas con roles patriarcales, y algunos usuarios varones incluso esperan que las mujeres

presten un “servicio” sexual. Por otra parte, (Lozano-Verduzco et al., 2016; Boyd et al., 2018) la violencia sexual está presente en los servicios, sobre todo los residenciales mixtos, donde las mujeres que usan drogas son frecuentemente estigmatizadas y agredidas sexualmente por algunos usuarios varones, incluido el personal, y en los centros residenciales se ha denunciado violencia por parte de profesionales varones, como personal de mantenimiento o vigilantes nocturnos.

Por su parte, la investigación realizada en el marco del proyecto europeo INTERLEAVE (Plaza Hernández et al., 2022), recogió los siguientes testimonios de mujeres agredidas sexualmente por otros usuarios o profesionales de servicios residenciales:

“Me consta que en las instalaciones de un servicio público de Austria hay hombres violentos y agresores alojados...” (Mujer que usa drogas/ actualmente en Comunidad Terapéutica).

[Sobre un profesional] *“Me sentí acosada por el tipo”* (Mujer que usa drogas/ actualmente en Servicio Integrado para mujeres que usan drogas sobreviviendo VBG).

En general, como sugieren varias autoras (Hansen, 2020; Shirley-Beavan et al., 2020), existen muchas barreras de acceso de las mujeres a los servicios de drogas. Se trata de una violencia más bien relacionada con la estructura y las dinámicas patriarcales que aun predominan en algunas organizaciones y/o servicios de drogas:

Una de las primeras barreras de acceso y

mantenimiento que enfrentan las mujeres es el hecho de encontrarse en minoría frente a una mayoría de hombres:

“En una Comunidad Terapéutica “mixta”, yo era la única mujer...” (Mujer que usa drogas /actualmente en un Servicio Integrado).

Una de las barreras que más se ha denunciado es la de la falta de acceso de las madres usuarias de drogas a los servicios residenciales con sus hijo/as/es (Arostegui, E y Martínez, P.; Plaza Hernández et al., 2022):

“No quise ir para no separarme de mi hija...” (Mujer que usa drogas/ actualmente en Comunidad Terapéutica). Otra de las grandes barreras de acceso y mantenimiento en tratamiento es la falta de consideración de las violencias de género experimentadas a lo largo de la vida por las mujeres usuarias de drogas, cuando algunos estudios (Plaza Hernández et al., 2022) señalan que el 97,69% de una muestra de 261 mujeres experimentaron algún tipo de violencia de género en su vida. Por tanto, la necesidad de apostar por enfoques basados en el trauma informado se hace más que evidente.

Asimismo, se ha señalado la falta de consideración de las necesidades específicas de las personas con identidades, orientaciones y expresiones de género diversas:

“Ni siquiera podía mostrar mi orientación sexual...” (Mujer que usa drogas/ actualmente en Comunidad Terapéutica).

Por último, los propios marcos legislativos que promueven políticas “antidroga” obligan a las personas que las

usan a desplazarse a entornos peligrosos (mercado ilegal), especialmente para las mujeres que acaban siendo expuestas a más situaciones de violencia, (Shirley-Beavan, 2020), lo que al final supone otra forma de violencia institucional perpetrada por los Estados “antidroga”. Una política de drogas basada en los derechos humanos y que rechace el enfoque de la guerra contra las drogas será la clave

para poder crear espacios inclusivos y seguros para las mujeres y disidencias que usan drogas.

3.Hacia una apuesta radical en los servicios de drogas

La violencia institucional se reproduce en diferentes esferas como se ha señalado en el inicio de este artículo, puede manifestarse de manera evidente, como son los casos de brutalidad policial, o de manera más sutil y difícil de evidenciar como puede ser el trato estigmatizante de las mujeres en los recursos de adicciones, la aplicación de normativa más rigurosa en los tratamientos en su caso expulsándolas de los servicios y del sistema, y la constitución de barreras de género de acceso y de permanencia conocidos por las instituciones y las organizaciones, pero sin respuestas contundentes para poder derribarlas.

Identificar la violencia institucional y trabajar para su identificación generando acciones concretas para su erradicación, implica una necesaria mirada hacia dentro de las administraciones, instituciones, ONGs y todo tipo de estructuras proveedoras de servicios de prevención y atención de las adicciones. Esto, por supuesto, amerita

una autocrítica significativa, el poder enfocar la mirada en lo que se hace y lo que debería mejorar, y en efecto esto es un proceso complejo en el que parece que no todas las instituciones están dispuestas a participar. La implementación de la perspectiva feminista como marco analítico y transformador de la sociedad implica la revisión de las prácticas institucionales, personales, profesionales, la revisión del diseño y la implementación de los servicios existentes y los que están por venir, con el objetivo de visibilizar la violencia institucional, problematizar las situaciones cotidianas que hemos incorporado como válidas, cuestionarlas y cambiarlas para generar marcos de inclusión justos y éticos.

Las últimas décadas hemos asistido, afortunadamente, a una mayor producción de trabajo científico sobre el género y las adicciones y también sobre la violencia institucional. Esto último ha generado reacciones diversas, pero sobre todo es importante centrarnos en las resistencias de quienes ocupan los cargos de toma de decisión de las propias instituciones, negando la magnitud del problema de la violencia institucional y el impacto que genera en las mujeres y las niñas de la sociedad. Las instituciones no dejan de reproducir lógicas patriarcales del poder, hacia fuera y hacia dentro y el ejercicio de la negación de su existencia constituye un acto de violencia institucional per se (Selfa, Arce y Gardoki, 2021).

Teniendo en cuenta las organizaciones como estructura jerárquica y desgranando el impacto de la violencia institucional en todas sus dimensiones debemos poner atención y buscar acciones positivas para abordar las siguientes cuestiones:

- La implementación de políticas de drogas prohibitivas y punitivas, en un marco de guerra contra las drogas.
- La sobrerrepresentación masculina en los cargos de toma de decisión de las administraciones y organizaciones no gubernamentales a pesar de la feminización del sector.
- Replicar y reproducir la doble penalización social de las mujeres que usan drogas en los servicios de atención.
- La ausencia de formación específica en género, trauma y violencias de las plantillas profesionales que trabajan en los servicios de adicciones efectuando entonces abordajes parciales de las problemáticas de las personas.
- Las resistencias de las organizaciones, los cargos de dirección-coordinación y/o los equipos profesionales de atención directa que o bien la implementación de la perspectiva de género como una cuestión que escapa al rigor profesional.
- Relegar el estudio del género y de la violencia de género como una entidad nosológica y definible como materia de estudio, pero no como una cosa que nos atraviesa y que perpetuamos desde el actuar profesional.

4. Recomendaciones finales

Para concluir, se presentan éstas algunas sugerencias finales para abordar las violencias institucionales en los servicios de drogas:

1. Sensibilización y formación: Es fundamental que los equipos profesionales que trabajan en servicios de atención a mujeres que usan drogas reciban formación específica en género, trauma y violencias. Ello implica comprender las interacciones entre distintos tipos de violencias de género experimentadas a lo largo de la vida y poder detectar y abordar de forma especializada distintos tipos de violencias, no sólo las violencias en el contexto de la pareja (Morton, 2022). Esto les permitirá comprender y abordar de manera adecuada las problemáticas que enfrentan estas mujeres, evitando actitudes moralizantes y estigmatizantes y avanzar hacia miradas desculpabilizadas, empoderadas e inclusivas. Asimismo, es importante fomentar la sensibilización de todo el personal en relación con las dinámicas de violencia de género y promover un enfoque basado en el trauma informado. Es especialmente relevante sensibilizar y formar a los puestos de dirección y de toma de decisiones de las organizaciones sobre género, violencia de género y drogas con el objetivo de evitar el bloqueo de iniciativas relacionadas con la implementación de la perspectiva de género en los servicios.

2. Perspectiva feminista interseccional: Los servicios de drogas deben adoptar una perspectiva feminista interseccional en su diseño, implementación y evaluación. Esto implica revisar las prácticas institucionales y personales, cuestionar las situaciones cotidianas que perpetúan la violencia institucional y generar cambios para promover la inclusión, la igualdad y la ética en los servicios. Al final, implementar la perspectiva de feminista, de género interseccional en los servicios de atención es también prevenir y abordar las

distintas formas de violencia institucional perpetradas hacia las mujeres que usan drogas.

3. Acceso y permanencia en tratamiento: Se deben eliminar las barreras de acceso y garantizar la permanencia en los tratamientos para las mujeres que usan drogas. Es importante considerar las necesidades específicas de las madres usuarias de drogas y ofrecer servicios residenciales que permitan la permanencia de las mujeres junto a sus hijos/as/es. Asimismo, es esencial tener en cuenta las experiencias de violencia de género sufridas por estas mujeres a lo largo de su vida y adoptar enfoques basados en el trauma informado.

4. Liderazgo y participación de las mujeres: Es necesario fomentar la presencia y participación de las mujeres en los cargos de toma de decisiones en las administraciones y organizaciones que brindan servicios de drogas. También fomentar su participación política a través de redes locales e internacionales de mujeres que usan drogas. Esto ayudará a contrarrestar la sobrerrepresentación masculina y garantizar una perspectiva de género en la planificación y ejecución de políticas y programas de drogas.

5. Políticas antidroga basadas en derechos humanos: Los Estados deben promover políticas antidroga basadas en los derechos humanos, en lugar de enfoques punitivos y prohibitivos. Estas políticas deben reconocer los impactos diferenciados de género y evitar exponer a las mujeres a entornos peligrosos y situaciones de violencia institucional hacia las mujeres que usan drogas.

6. Abordaje integral y enfoque de género:

Los servicios de atención a mujeres que usan drogas deben adoptar un enfoque integral que contemple las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de las problemáticas. Asimismo, es imprescindible integrar la perspectiva de género en todos los aspectos del trabajo, reconociendo las desigualdades estructurales y las formas específicas de violencia que enfrentan las mujeres.

7. Colaboración intersectorial: Es fundamental establecer redes de colaboración entre diferentes sectores, como salud, justicia, servicios sociales y organizaciones de la sociedad civil, para abordar de manera conjunta la violencia institucional hacia las mujeres que usan drogas. Esta colaboración permitirá compartir conocimientos, recursos y buenas prácticas, y garantizar una respuesta integral y coordinada.

La erradicación de la violencia institucional hacia las mujeres con adicciones es una necesidad apremiante que debe abordarse de manera urgente. Esta forma de violencia, que se ejerce desde las propias instituciones encargadas de brindar apoyo y protección, perpetúa la vulnerabilidad y el sufrimiento de un grupo de mujeres ya en situación de vulnerabilidad.

La violencia institucional hacia las mujeres con adicciones se manifiesta de diversas formas, como la estigmatización, la discriminación, la negligencia en la atención y los servicios de salud, así como a través de distintas formas de violencia, ya sea psicológica, física, sexual o económica. Estas mujeres enfrentan barreras adicionales para acceder a tratamientos

adecuados y a programas de prevención, debido a la falta de enfoques inclusivos y sensibles a sus necesidades particulares.

Es fundamental reconocer que las mujeres con adicciones merecen ser tratadas con dignidad y respeto, sin que su condición sea utilizada para justificar la violencia o la negligencia por parte de las instituciones. La falta de atención y el trato irrespetuoso solo perpetúan los ciclos de violencia y dificultan su proceso de recuperación.

La erradicación de la violencia institucional requiere de un enfoque integral y colaborativo entre diversos agentes, incluyendo instituciones gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y profesionales de la salud. Es necesario promover la capacitación y sensibilización del personal de las instituciones para que comprendan las complejidades de las adicciones y las particularidades de género, y brinden una atención adecuada y libre de prejuicios.

Asimismo, se deben implementar políticas públicas que garanticen el acceso equitativo a servicios de salud, tratamiento y rehabilitación, considerando las necesidades específicas de las mujeres con adicciones. Esto implica la creación de entornos seguros y libres de violencia, donde estas mujeres se sientan respaldadas y apoyadas en su proceso de recuperación.

La erradicación de la violencia institucional hacia las mujeres con adicciones no solo es una cuestión de justicia social, sino también de salud pública.

Al brindar un entorno seguro y libre de violencia, se fomenta la participación activa de estas mujeres en su propio proceso de recuperación y se promueve su bienestar integral.

En resumen, la necesidad de erradicar la violencia institucional hacia las mujeres con adicciones es innegable.

Requiere de un compromiso firme por parte de las instituciones, la sociedad y profesionales de la salud para garantizar que todas las mujeres, sin importar su condición, sean tratadas con respeto, dignidad y equidad. Solo a través de la colaboración y el cambio sistémico podremos lograr una sociedad más justa y libre de violencia para todas las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

Barak, G. (2003). Chapter 3: Institutional Violence. En *Violence and Nonviolence: Pathways to Understanding*.

Benoît, T., & Jauffret-Roustide, M. (2015). Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances. Consultation of professionals in September and October 2015 in four European cities: Paris, Rome, Madrid, and Lisbon. Council of Europe. <https://rm.coe.int/improving-the-management-of-violence-experienced-by-women-who-use-psyc/168075bf22>

Boyd, J., Collins, A.B., Mayer, S., Maher, L., Kerr, T., & McNeil, R. (2018). Gendered violence and overdose prevention sites: a rapid ethnographic study during an overdose epidemic in Vancouver, Canada. *Addiction*, 113(12), 2261-2270. <https://doi.org/10.1111/add.14417>

Carvalho, Milca & Oliveira, Jeane & Gomes, Nadirlene & Campos, Luana & Almeida, Lilian & Santos, Luana. (2019). Coping strategies for domestic violence: Testimony of women involved with drugs. *Escola Anna Nery*. 23. 10.1590/2177-9465-ean-2018-0291.

Curtin, D. W., & Litke, R. (1999). Prefacio. En *Institutional violence* (páginas xi-xv). Atlanta, Estados Unidos: Rodopi. ISBN 90-420-0498-3.

Dean, M (1999). *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.

Hansen Rodríguez, Gisela; Deus Yela, Juan, dir.; Gutiérrez Rosado, Teresa, dir.; [et al.]. *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento*. 2020. ISBN 9788449095849. <https://ddd.uab.cat/record/243186> [Consulta: 15 mayo 2023].

Jessell, L., Mateu-Gelabert, P., Guarino, H., Vakharia, S. P., Syckes, C., Goodbody, E., Ruggles, K. V., & Friedman, S. (2017). Sexual Violence in the Context of Drug Use Among Young Adult Opioid Users in New York City. *Journal of interpersonal violence*, 32(19), 2929–2954. <https://doi.org/10.1177/0886260515596334>

Lozano-Verduzco, I., Romero-Mendoza, M. & Marín-Navarrete, R (2016). Violence narratives of Mexican women treated in mutual-aid residential centers for addiction treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 11, 39. <https://doi.org/10.1186/s13011-016-0083-0>

Morton, S., Curran, M., & Barry O’Gorman, M. (2022). Adverse Childhood Experiences, Domestic Violence and Substance Misuse: An Action Research Study on Routine Enquiry and Practice Responses. *Frontiers in psychiatry*, 13, 892849. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.892849>

Pereyra, P. (2015). Problemas de la definición de Violencia Institucional. Un debate necesario. *Pensamiento Penal*, [mes] octubre.

Plaza Hernández, L., Hansen Rodríguez, G., & Bedoya Cardona, E. Y. (2022). INTERLEAVE – Research Report. INTERLEAVE European Project. Available online at: www.interleave.eu

Selfa Caranza, M., Arce, D., Gardoki, I., (2021). Violencia institucional negada, violencia legitimada. En *Pikara Magazine*: <https://www.pikaramagazine.com/2021/11/violencia-institucional-negada-violencia-legitimada/> (Consultado el 15 de Mayo de 2023).

Shirley-Beavan. (2020). Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain.

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Valls, Ester; Geldschläger, Heinrich; LaFarga, Sandra. *Violència contra la parella i consum de substàncies: Guia per a professionals de la XAD*. Subdirecció General de Drogodependències, coordinador. Barcelona; Departament de Salut; 2013

HAN COLABORADO EN ESTE NÚMERO

Elena Caballero

Trabajadora social con formación especializada en género y adicciones. Lleva 17 años trabajando en La Fundación Yrichen, en un primer momento como educadora en el piso de apoyo al tratamiento con hombres, a continuación como trabajadora social dentro del equipo multidisciplinar. Desde 2020 es la responsable de la UAD de Telde, que se enmarca dentro del área de tratamiento, igualdad y recursos educativos. Desde 2021 responsable de la Casa de Acogida y Apoyo "MADAY", perteneciente a la misma área. Actualmente gestiona y supervisa los equipos de los recursos y garantiza la coordinación tanto interna como externa.

Berenice Domínguez Gómez

Psicóloga Social por la Universidad Autónoma Metropolitana de México. Máster en Drogodependencias por la Universidad de Barcelona. Psicóloga en Espai Ariadna y Pisos de Violencia Machista y Adicciones PVMAD. Coordinadora del Servicio de Información y Atención a las Mujeres (SIAD) y el Servicio de Atención Integral LGBTIQ+ (SAI) de Pineda de Mar gestionado por la Fundación Salud y Comunidad (FSC).

Gisela Hansen

Doctora en Psicología clínica y de la salud, especializada en adicciones, salud mental y violencia. Su tesis se centró en la prevalencia de violencia de género en las mujeres que hacen tratamientos residenciales de adicciones y el estudio de variables eficaces desde perspectiva de género para reducir barreras de género de acceso y permanencia. Directora- Coordinadora de acción social de la Asociación Dianova. Profesora del Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Universidad de Barcelona. Máster en investigación de Psicopatología del adulto y patología dual. Amplia experiencia en la intervención psicológica individual y grupal en torno a las adicciones, la salud mental y la violencia de género. Investigadora en el grupo "Comportamiento, estilos de vida y salud en mujeres" de la Facultad de Psicología UAB. Miembro de la junta directiva de la Federación Catalana de Drogodependencias y de la Red Iberoamericana de ONGs que trabajan en drogas y adicciones. Diversas intervenciones en naciones unidas y foros internacionales abogando sobre la perspectiva de género en las adicciones y de derechos de la infancia.

Paula Lozano Garbaccio

Psicóloga graduada por la Universidad de Barcelona. Actualmente, realiza el Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la misma Universidad y el Posgrado en Terapias Contextuales en la Universidad de Almería.

Laia Plaza Hernández

Laia Plaza-Hernández (She/Her) es licenciada en Psicología y Antropología por la Universidad Autónoma de Barcelona. También posee un Máster en “Cooperación Internacional” y otro en “Estudios de Género” por la Universidad de Barcelona. Trabajó durante 10 años como Psicóloga en un servicio dirigido a Personas Usuarías de Drogas. Desde entonces, ha desarrollado una amplia experiencia trabajando para diferentes organizaciones como coordinadora, consultora e investigadora de Programas de Género a nivel nacional, europeo e internacional. Se ha centrado en la violencia sexualizada en entornos de uso de drogas y ocio nocturno y festivos; género, violencia de género y uso de drogas; salud y derechos sexuales y reproductivos; e incorporación de la perspectiva de género a través de Planes y Protocolos de Equidad y Diversidad. Principalmente ha desarrollado su trabajo en Europa y el Norte y Oeste de África desde un enfoque de género/feminista, interseccional y de derechos humanos. Ha desarrollado parte de esta experiencia en la Fundación Salud y Comunidad (www.fsy.org) / Observatorio Noctambul@s (www.drogasgenero.info/noctambulas/), organización para la que actualmente trabaja como experta en Género en el marco de programas internacionales.

Xochitl Quetzalli Mejía Mencías

Psicóloga experta en adicciones. Posee quince años de experiencia en la prevención, sensibilización y tratamiento de las adicciones. Actualmente directora terapéutica del Centro de Desarrollo Humano Tonalli y el Centro Terapéutico en rehabilitación CURE A.C; Instituciones dedicadas al tratamiento ambulatorio y residencial de conductas adictivas. Miembro de la Junta Directiva y representante de Identidad social en la Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en drogas y adicciones (RIOD). Miembro de la Comisión de Género y Drogas y de la Comisión de Prevención de la misma red. En el año 2014 fue miembro del grupo de expertos responsables de la elaboración, diseño y desarrollo de instrumentos para la capacitación, evaluación y certificación de consejeros en adicciones del Programa Mexicano de Capacitación y Evaluación de Consejeros en adicciones (PROCCER). Miembro del equipo que diseñó el Primer Estándar Mexicano de Competencias de la Consejería en Adicciones. Fue responsable del área de Prevención en Proyecto Hombre, Cataluña, obteniendo el Premio Reina Sofía contra las drogas 2010, concedido por Cruz Roja, en la categoría de Prevención en el ámbito educativo y comunitario. Asesora de equipos terapéuticos que laboran en Centros residenciales para la atención de drogodependientes en México. Fue docente de la especialidad en adicciones, diplomados y cursos en Centro de Estudios, Superiores Monte Fénix. Docente del Diplomado en Consejería en adicciones Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas (FEMEXCOT).

Alicia Salamanca Fernández

Trabajadora social por la UCLM. Máster en drogodependencias y Máster en violencia de género por la UV. Doctoranda en Salud y género por la Universidad Complutense de Madrid. Coordinadora en servicios de violencias en Grup ATRA y es Docente e Investigadora en la Universidad Internacional de Valencia y la UCLM. Es madre, hija, compañera y amiga.

Davinia Ramírez

Trabajadora social y mediadora familiar con formación especializada en género y adicciones. Lleva 18 años trabajando en La Fundación Yrichen, en un primer momento como educadora en el piso de apoyo al tratamiento con hombres, a continuación como trabajadora social dentro del equipo multidisciplinar. Desde 2018 es la responsable del área de tratamiento, igualdad y recursos educativos. Sus principales funciones actualmente son el diseño de proyectos siguiendo la línea estratégica de la Fundación, supervisar y coordinar al equipo de coordinación del Área, impulsar el trabajo en red.

SI QUIERES PARTICIPAR

Segundo semestre de 2023. Nº 41:

GUÍA PARA AUTORES Y AUTORAS

Es una publicación semestral editada por Asociación Dianova España, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. La revista se edita en formato digital accesible a través de la página web de nuestra entidad (www.dianova.es). Esta publicación tiene como objetivo facilitar la difusión entre la comunidad profesional e investigadora que intervienen en el campo de las adicciones y aquellas personas que tengan interés en este ámbito de trabajo de los últimos adelantos y estudios científicos que tengan relevancia en el campo de intervención, difundir buenas prácticas, identificar tendencias y posibilitar un espacio para el intercambio de conocimientos y experiencias donde puedan participar profesionales de diferentes ámbitos: educativo, académico, profesional, social, sanitario, etc.

POLÍTICA EDITORIAL DE LA REVISTA

Los textos serán enviados por correo electrónico a comunicacion@dianova.es, mediante fichero adjunto (documento elaborado en Microsoft Word). Todas las fotos, tablas y gráficos que se muestren en el documento serán enviados como archivos adjuntos independientes. Los escritos deben tener entre cuatro mil (4.000) y seis mil (6.000) palabras, incluyendo las referencias bibliográficas y el resumen. Todos los

textos deben presentarse en papel DIN A4, en fuente Times New Roman 12 a doble espacio. Las páginas deben estar numeradas en orden consecutivo en la parte superior derecha. Todos los escritos deben incluir el título en español y en inglés, centrado, en mayúsculas y negrita. Debe anexarse un resumen del artículo en español y en inglés, de cien (100) palabras máximo, y cinco (5) descriptores o palabras clave (en español y en inglés) con fines de clasificación. Para las citas y las referencias bibliográficas Infonova se acoge a los estándares establecidos por la American Psychological Association (APA).

Los/as autores/as deben anejar una síntesis de su currículum vitae (en hoja separada) en la que aparezcan los siguientes datos: nombres y apellidos completos, ciudad y país de nacimiento, títulos académicos con el nombre de la institución que los confirió, institución donde trabaja, si es el caso; cargo que desempeña.

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

