



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ADICCIONES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

PROFESIONALES DEL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN

2 OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

3 MARCO COCEPTUAL

3.1. TEORÍA SEXO- GÉNERO

3.2. MUJER ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

3.3. MUJER Y PATOLOGÍA DUAL

3.4. MATERNIDAD Y ADICCIONES

3.5 MUJER Y LUDOPATÍA

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

4 ÁMBITO DE APLICACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA RED DE ADICCIONES

4.1. PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

4.2. PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

4.3. DETECCIÓN

4.3.1. INDICADORES DE SOSPECHA

4.3.2. DIFICULTADES EN LA DETECCIÓN

4.4. VALORACIÓN / EVALUACIÓN

4.5. INTERVENCIÓN

4.6. SEGUIMIENTO

4.7. ESQUEMA PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

4.8 RECURSOS Y TELÉFONO DE INTÉRÉS

5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6 ANEXOS

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

01

PRESENTACIÓN

Fundación Centro de Recursos Sociales “CERES” se funda en el año 1996, aunque se constituye legalmente en el año 1997. Se trata de una entidad altruista, independiente y con personalidad jurídica propia. Nace con el objetivo de ayudar y dar cobertura a todas aquellas personas que por diversos factores pudieran encontrarse en una situación de riesgo o exclusión social, a través de la puesta en marcha de proyectos sociales que promuevan la inserción laboral y social.

Actualmente, Fundación CERES cuenta con ocho centros especializados en sus áreas principales:

- **Adicciones**
- **Igualdad y diversidad**
- **Salud mental**
- **Formación y Empleo**
- **Dependencia**
- **Inclusión**
- **Juventud y familia**
- **Investigación y programación**

Todas ellas tienen como finalidad satisfacer las necesidades de las personas, ofreciendo una cobertura integral. Fundación CERES incorpora la perspectiva de género como parte de su metodología y principio de en todas sus áreas.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

02

1. INTRODUCCIÓN

Entre los ocho recursos que conforman Fundación CERES, disponen de un total de cuatro especializados en adicciones:

- El primero hace referencia a la **Comunidad Terapéutica**, un centro sociosanitario con más de 26 años de experiencia en el tratamiento de adicciones. Dentro de este contexto, se atiende a mujeres con diversas problemáticas, incluyendo el consumo de sustancias, ludopatía y diferentes manifestaciones de violencia.
- El segundo es un **Centro de Día**, que hace referencia a un recurso ambulatorio que nace en el año 2016, en el que las personas pueden asistir y realizar un tratamiento de deshabituación en un régimen semiestructurado y abierto para prevenir recaídas y mantener una vida más normalizada.
- El tercero se compone de **5 viviendas supervisadas** de carácter mixto, para personas con adicción en una fase más avanzada del tratamiento, pero que necesitan del apoyo de una vivienda para continuar con objetivos del tratamiento y evitar recaídas, estando en seguimiento con los recursos anteriores, pero de una forma más autónoma, preparando el camino para mejorar las áreas vitales de la persona.
- El cuarto es un nuevo **Recurso Habitacional** de adicciones, patología dual y sin hogarismo, que acoge a las personas con múltiples vulnerabilidades y les ofrece un tratamiento mucho más específico a las circunstancias vitales que mantiene, desarrollando hábitos mucho más saludables desde la reducción de daños y el acompañamiento a mejorar su calidad de vida.

Además en el año 2022, Fundación CERES puso en marcha un nuevo recurso pionero en la comarca **“Centro Violeta”**, impregnado en los orígenes idealizados de la Entidad de tender la mano a mujeres especialmente vulnerables, que se encuentran en una situación de marginación y discriminación.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

03

1. INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la trayectoria de la Entidad, los datos sobre violencia de género y consumo de drogas, detectamos la necesidad de diseñar un Protocolo que brinde capacitación profesional de tratamientos de adicciones que puedan tratar con el perfil de mujer con adicción, en las de Castilla-La-Mancha y Madrid. Este Proyecto impulsa el abordaje de la violencia de género y las adicciones, incorporando la perspectiva de género en el ámbito de las adicciones, integrando una visión dual de ambas, tanto en la red de atención a mujeres víctimas de violencia de género como en la de adicciones.

Este Protocolo es una actividad del proyecto **“DESAFIANDO EL DOBLE ESTIGMA EN LAS MUJERES CON ADICCIÓN. FORMACIÓN EN PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO DE ADICCIONES”**, subvencionado por el Plan Nacional sobre Drogas* dentro de la convocatoria supracomunitaria.

Fundación CERES continúa con su compromiso en la implementación de proyectos de sensibilización y formación para el personal involucrado; la evaluación de necesidades específicas por género y el diseño de intervenciones inclusivas con el objetivo de garantizar un acceso equitativo a los servicios. Así como la colaboración intersectorial de los distintos recursos de adicciones y apoyo a iniciativas comunitarias en el tratamiento de las adicciones desde una perspectiva de género.

“Adicciones y perspectiva de género” tiene como objetivo optimizar la prevención de recaídas y reducir el impacto de la violencia de género, ya que requieren un compromiso tanto social como de salud pública. Sus objetivos y contenido son basados en la alineación con la Estrategia Nacional sobre Adicciones (2017-2024), que constituye una propuesta comprensiva y global que detalla las líneas de actuación.

1.* “Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad”.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

04

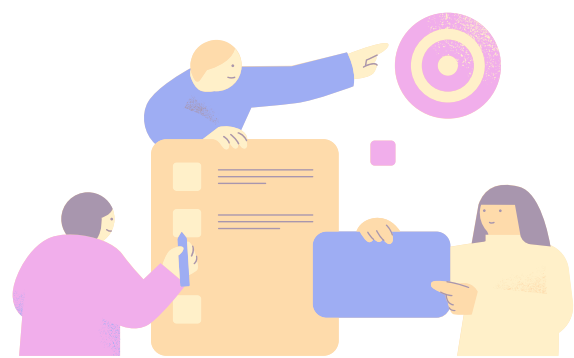
2. OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

OBJETIVO GENERAL

Formar en perspectiva de género a equipos profesionales del ámbito de adicciones pertenecientes a Comunidades Terapéuticas, Centros Penitenciarios, Asociaciones y Centros de Día.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar al equipo de profesionales del ámbito de adicciones de la Comunidad de Castilla La Mancha y Madrid en cómo intervenir con mujeres víctimas de violencia de género en tratamientos de adicciones.
- Dotar de herramientas de detección y evaluación sobre situaciones en las que se presente violencia de género y adicciones al conjunto de profesionales de la red de adicciones.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

05

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. TEORÍA SEXO - GÉNERO

En primer lugar, se quiere plantear en cómo afecta el género a hombres y mujeres, y cómo dicho género puede conllevar a una discriminación y estigma especialmente a la mujeres, afectando doblemente cuando tienen un problema de adicción. Para ello, se va a proceder a explicar la teoría de sexo - género y cómo funciona directamente en las personas.

La distinción anatómica de nuestros órganos sexuales es sujeto de una falsa atribución de nuestro género, pues desde que nacemos se percibe que el sexo determina significadamente nuestro género. El género está arraigado a una imposición motivada e inversa en un proceso de naturalización y normativización, determinando qué es lo apropiado para ser mujer u hombre en base al aparato reproductor biológico. Esta imposición es la base de una fuerte diferenciación entre hombres y mujeres, que ha conllevado a múltiples desigualdades a lo largo de la historia.

Conceptualizando dichos términos, el género nace para contemplar la construcción de nuestra propia identidad. No se trata de algo innato, sino que se va construyendo y es modificable. El género es un concepto complejo que perpetúa los estereotipos, roles de género, comportamientos y mandatos diferenciando a los hombres y las mujeres. En cambio el sexo, alude a los componentes biologicistas y anatómicos, determinando la construcción de la identidad de las personas en función de su aparato reproductor.

Más allá de los espacios dialógicos y conceptuales sobre las teorías sexo-género, es fundamental que entendamos que el género es una organización social que diferencia a hombres y mujeres (Martínez, 2022). Es una tendencia sociológica multicausal, donde se socializan los pensamientos y conductas. La realidad es que el género, en muchas ocasiones se trata de una construcción social que se conforma en base a lo biológico, a lo dado por la naturaleza: el sexo (hombre o mujer).

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

06

3.1. TEORÍA SEXO - GÉNERO

En otras palabras, se asigna lo masculino y lo femenino (género) a través de un proceso de socialización diferencial basado en las normas sociales, formas de vestir, de expresarse y de ser, en base al sexo con el que se ha nacido. Sin embargo, pueden existir múltiples identidades de género, incluyendo elementos femeninos y masculinos, entendiendo que la interpretación de lo que significa “ser mujer u hombre” varía dependiendo de la propia persona, sujeto a experiencias y percepciones personales y no por la imposición de la sociedad.

En la actualidad el sistema sexo-género, nos muestra la existencia de una estructura social jerárquica (Martínez, 2022) y androcéntrica. Se atribuyen características y cualidades diferentes entre ambos géneros. El sistema en el que se desarrolla la sociedad, contempla el mantenimiento del *status-quo* en el que la presencia de roles de género designados a hombres y mujeres, nacen de una normativa social que diferencia a ambos géneros y que vienen derivados del sexo biológico, creando fuertes desigualdades sociales.

Las teorías sexo-género evolucionan al igual que lo hace nuestra sociedad, de ahí al impulso de la *teoría queer*, donde se defiende que la identidad de género es una representación, una actuación, que imita roles creados con anterioridad. De modo que, entendemos que la identidad de género es dinámica, fluida e individual.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

07

3.2. MUJER, ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Todo lo anterior, pretende dar una explicación para entender que lo atribuido al rol femenino suele ser en muchas ocasiones visualizado de una forma más negativa, explicando que ser mujer tiene en nuestra sociedad una doble vulnerabilidad para desencadenar violencias por el hecho de ser mujer.

Es por ello, que las mujeres han sido invisibilizadas e infantilizadas a lo largo de la historia por el sistema y las normas sociales androcéntricas. Indiscutiblemente, en la actualidad se ha hecho cada vez más necesario visibilizar el impacto de la construcción de género en las vivencias del consumo, marcado por los estereotipos y roles de género (Sánchez, 2008). A su vez, las variables culturales, psicológicas, sociales, familiares y educativas también sostienen la desigualdad de género a la que se exponen las mujeres tanto en el ámbito privado como público.

La radiografía de la situación de las mujeres en el estado actual, nos conduce a la importancia de hacer referencia a cómo esa desigualdad de género se perpetúa mediante la violencia de género, o también conocida como violencia machista; violencia hacia las mujeres y sus hijos e hijas, y feminicidio.

Tomamos como referencia la definición de la violencia de género propuesta por la Organización de Naciones Unidas 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 es una manifestación de la violación de los derechos humanos, llegando a ser clasificada según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, puesto que genera graves consecuencias bio-psico-sociales, físicas y reproductivas en las distintas fases vitales de las mujeres.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

08

3.2. MUJER, ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Además, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo primero, que dicha violencia comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, coacciones o privación arbitraria de libertad.

De la misma manera, tras la aprobación de la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, se ha introducido en la Ley Orgánica 1/2004 la cuarta disposición donde se recogen la violencia ejercida hacia familiares o allegados menores de edad, con el propósito de causar perjuicio o daño a las mujeres.

Entre los más recientes avances en materia de violencia hacia las mujeres, destacamos la aprobación de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre de Garantía Integral de la Libertad Sexual, reforzando los conceptos del consentimiento y desencadenando impactantes cambios en el Código Penal dentro de la tipificación de los delitos de esta índole.

En cuanto a los datos proporcionados por la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019) desarrollada por el Ministerio de Igualdad, refleja que **el 10,8% de mujeres residentes en nuestro país de 16 años o más han sufrido algún tipo de violencia de género en el periodo de 12 meses antes de la entrevista**. Si desglosamos estos datos, encontramos que prevalece la violencia psicológica de control (6,6%) y la emocional (5,4%). Hay violencias como la económica o la sexual y física (1,8%), que aún representando un menor porcentaje, entendemos que forman parte de aquellas violencias invisibles, para las que todavía hay temor a denunciar o poner voz.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

09

3.2. MUJER, ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Continuando con los datos extraídos del informe mencionado, un 13% de mujeres víctimas de violencia de género por su actual pareja, afirman que el alcohol y los medicamentos son las sustancias que más consumen para afrontar dichos episodios siendo los últimos la sustancia más consumida con un 12,1%.

En esta misma línea, un 26,5% de las mujeres que han sido víctimas de violencia de género por anteriores parejas, afirman que para afrontar los episodios de violencia consumieron alguna sustancia, el 22,4% dice haber consumido medicamentos, el 5,3% alcohol y el 2,8% otras drogas.

Este informe también pone de manifiesto que **una de cada cuatro mujeres que ha sufrido violencia de género por parte de una pareja o ex pareja (24,4%), ha consumido alguna sustancia para afrontar lo sucedido** (Ministerio de Igualdad, 2019). Enlazando el consumo con la violencia hacia las mujeres, siguiendo la terminología entre la OMS y la American Psychiatric Association (APS), entendemos por adicción **el consumo repetido de una sustancia natural o sintética que viene sujeta de un deseo incontrolable de obtener esa sustancia toxica. La adicción puede ser a una sustancia o, a algún comportamiento (adicciones comportamentales o conductuales).**

Partimos de la premisa de que a lo largo de la historia e incluso en la actualidad, se ha ido construyendo un imaginario social donde el término de adicción se asocia principalmente a los hombres, invisibilizando a las mujeres en esta problemática. En múltiples estudios sobre las adicciones, se percibe un sesgo de género y androcentrismo. Lo que ha supuesto que a pesar de existir un grave problema de adicción también en mujeres, ellas accedan a los recursos de una forma más tardía y con menor apoyo, con más cargas y con mayor estigma, autculpa, juicios de valor y consecuencias psicosociales, lo que puede determinar que la adherencia al tratamiento sea inferior, especialmente cuando son mujeres víctimas de violencia de género.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

10

3.2. MUJER, ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

El consumo de sustancias en mujeres víctimas de violencia de género es una realidad, pero desafortunadamente la Ciencia no se ha propuesto entre sus prioridades estudiar y conocer esta problemática. La investigación biomédica ha tratado de forma censurada las enfermedades de las mujeres, medicalizando sus cuerpos por medio de los estereotipos de género, ocasionando la penalización del consumo en las mujeres.

Constatando esta información con datos, en la Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en el año 2022 (EDADES, 2022), observamos como la tasa de consumo de determinadas sustancias en mujeres es más alta que en hombres. Entre estas sustancias se enmarcan **los hipnosedantes y analgésicos, opioides con o sin receta son de las sustancias más consumidas por las mujeres (16,9%) frente a los hombres (14,7%) en un rango de edad de entre 15- 64 años.**

Otras de las sustancias mayormente consumidas por mujeres es el alcohol, tal y como afirma la OMS (2010) es el primer problema de salud pública en España, además de constituir uno de los factores de riesgo en la violencia contra la pareja y la violencia sexual. **Gran parte de los hombres que participan en programas de intervención para la reducción del consumo de drogas y que conviven con sus parejas, han cometido alguna agresión hacia ellas durante el año anterior al inicio del tratamiento.**

Con relación a las mujeres que han sufrido violencia machista tienen el doble de posibilidades de padecer problemas con el alcohol, así como violencia sexual ejercida contra ellas, incluso pueden mantener el riesgo de incrementar el consumo alcohol.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

11

3.2. MUJER, ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Las mujeres con adicción al alcohol suelen presentar sintomatología más grave asociada a su adicción en edades más tempranas y con consumos de alcohol inferiores a los hombres, a la vez que un alto porcentaje de trastornos psicológicos comórbidos; trastornos afectivos; trastornos de la conducta alimentaria; trastornos de personalidad; trastornos psicóticos y trastornos del sueño. **Se evidencian intentos de suicidio, uso de psicofármacos (somníferos y tranquilizantes) y un autoconcepto negativo provocado por sentimientos de culpa, vergüenza e ineficacia. También sentimientos de desesperanza, pérdida de energía y bidependencia (dependencia a la sustancia y a la pareja). El historial de abusos físicos, sexuales y psicológicos, sobre todo por parte de sus parejas constituye un factor de riesgo reproducido.**

En contextos en los que ambos integrantes de la pareja son consumidores, Fernández (2020) destaca la violencia psicológica como “luz de gas o Gaslighting”, como una violencia constantemente ejercida. Esta consiste en manipular las situaciones para que la víctima dude de sus decisiones, de sus sentidos y de sus propias acciones, con el fin de obtener control sobre ella (Fernández, 2020). **Los patrones destacados de esta violencia encubierta son: persuadir a la mujer hacia el consumo en periodos de abstinencia, minimizar los riesgos del consumo de otras sustancias o vías de administración, hacerles creer que el consumo de ellas es más problemático e intercambiar sexo por drogas.**

Focalizándonos en la esencia del proyecto, observamos como la presencia de violencia de género se convierte para muchas de ellas como un gran factor de riesgo o un factor predisponente a la hora de comenzar a consumir.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

12

3.3. MUJER Y PATOLOGÍA DUAL

Por otro lado, las mujeres con Patología Dual (PD) son más susceptibles ante la violencia de género, la exclusión social y sufren un mayor estigma. Además, tienen más complicaciones para incorporarse al mercado laboral y conciliar la vida familiar.

Asimismo, es más difícil que accedan a los servicios de atención y se sometan a un abordaje terapéutico. La PD es definida por la Confederación de Salud Mental en España (2020) como la existencia simultánea de un trastorno mental y de un trastorno adictivo.

Las mujeres con Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) presentan mayor prevalencia de patología dual en comparación a los hombres con la misma condición, entendiendo la PD como la concurrencia de TCS con Otros Trastornos Psiquiátricos (OTP).

Dentro de las hipótesis que justifican el desarrollo de la patología dual, destacamos los siguientes puntos:

- Las adicciones, con o sin sustancia, son trastornos primarios e inducen la aparición de un trastorno mental, principalmente en aquellos casos donde hay una vulnerabilidad previa.
- Teoría de automedicación: las sustancias se usan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes. El consumo de la sustancia no es una decisión al azar, más bien se basa en los efectos que tiene para aliviar los síntomas.
- La aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de compartir los mismos factores de riesgo (estrés, rasgos de personalidad, o factores medioambientales).



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

13

3.3. MUJER Y PATOLOGÍA DUAL

Profundizando en el caso de la PD en mujeres, **la comorbilidad más frecuente con la adicción son los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno depresivo mayor) y trastornos severos del sueño. Los hombres presentan con mayor frecuencia que las mujeres trastornos de personalidad y psiquiátricos.** Con relación a la edad de inicio del consumo de sustancias, en el caso de las mujeres debutan en la PD a edades más tempranas.

Otra problemática vinculada, consiste en el riesgo de presentar Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como el VIH, siendo 3,8 veces mayor en la mujer dual que en el hombre (Krakow, Galanter, Dermatis, y Westreich, 1998).

Los datos publicados en estudios de la Confederación de Salud Mental describen que cerca del 70% de las mujeres con enfermedad adictiva sufre depresión, entre las cuales cerca del 50% sufren también violencia de género.

Asimismo, la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), manifiesta que la prevalencia de eventos traumáticos en la población general es de entre el 6% y el 33%. Sin embargo, en el caso de mujeres que presentan PD, que designa la condición clínica de la coexistencia de una adicción y otro trastorno mental, la prevalencia aumenta exponencialmente hasta situarse entre el 50% y el 80%.

Cabe destacar que según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) se producen en España 10 suicidios al día, un suicidio cada 2,5 horas y cuando hablamos de personas que padecen patología dual el riesgo aumenta exponencialmente. **Aproximadamente, el 40% de las personas con PD presenta ideas suicidas. El uso de sustancias es un importante factor de riesgo para el suicidio, por lo que las personas que presentan un trastorno dual presentan un riesgo mayor de suicidio que las personas que padecen un solo trastorno, ya sea por abuso de sustancias o por su problema de salud mental.**

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

14

3.4. MATERNIDAD Y ADICCIONES

Por otro lado, el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo no es un fenómeno aislado, está influido por el entorno cultural y social. A este fenómeno se le atribuyen otras circunstancias como pueden ser la violencia de género; la vulnerabilidad social y económica; discriminación; falta de empleo; absentismo educativo; desintegración familiar; antecedentes de abuso físico y sexual. Estos elementos se combinan con el estigma y los mecanismos institucionales de tratamiento inadecuados tanto para las mujeres como para sus hijos e hijas.

Introspectivamente observamos como **los trastornos por consumo durante la maternidad son abordados desde la preocupación por el/la bebé, dejando a la madre en un segundo o tercer plano, sin tratar otras de las necesidades y problemáticas contribuyentes a la permanencia de ese consumo activo.**

Es evidente que si una mujer durante el embarazo consume, se tratará de un gran factor de riesgo para el/la bebé, puesto que tiene más probabilidad de desarrollar diversas enfermedades o patologías.

Dentro del amalgama de secuelas psico-sociales a las que se exponen las madres en consumo activo, se encuentra la gran influencia de los estereotipos y mandatos de género (Palop, 2007), arrastrando el estigma de “malas madres”. **La existencia de dicha estigmatización ha conllevado a la aparición de múltiples sentimientos negativos en las mujeres, tales como vergüenza, culpabilidad y baja autoestima, conllevando una mayor dificultad para el inicio de un tratamiento.**

Las mujeres inversas en los procesos de deshabituación del consumo, tienden a basar sus objetivos terapéuticos en la recuperación de sus hijos e hijas, pasando su salud bioética al último estadio.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

15

3.4. MATERNIDAD Y ADICCIONES

Desde el punto de vista de la división sexual del trabajo, entendemos que a los hombres se le atribuyen trabajos productivos y remunerados, mientras que a las mujeres todas aquellas labores reproductivas que hacen referencia a los cuidados de hogar y de la familia. **La estructura social atravesada por el género, les dictamina el rol maternal, esperándose de ellas una responsabilidad sobre el cuidado y el bienestar de los hijos e hijas, sumadas a las exigencias y cualidades impuestas por la sociedad fundamentadas en estereotipos y roles de género.**

Coincidimos con Martínez y Arostengui (2021) que la cuestión de los hijos/hijas a la hora de comenzar un proceso de deshabituación para los varones nunca ha sido un impedimento, ya que tanto los hombres como muchos de los profesionales, por esa atribución de roles, asumen que las madres son las principales responsables del cuidado de los hijos/as.

Pese a que **muchas mujeres se animen a comenzar un tratamiento, es cierto que debido a ese imaginario social donde se les adjudica esa responsabilidad de cuidado, muchas de ellas tienden a abandonar, ya que se enfrentan a diversos obstáculos que las pone en desventaja frente a los hombres a la hora de comenzar o terminar un tratamiento.**

La demora de que inicien un tratamiento provoca que cuando se animan a comenzar lo hagan en peores condiciones sociales y sanitarias. **Un claro ejemplo de barrera a la que se enfrentan es la escasez de servicios de tratamiento que les permitan compatibilizar el tratamiento y el cuidado dentro de los recursos de atención a las adicciones** (Suárez, Cabacés y Aritzeta, 2013).



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

16

3.5. MUJER Y LUDOPATÍA

En cuanto al fenómeno de las adicciones comportamentales, tales como la ludopatía, nos volvemos a encontrar que en mujeres hay un mayor juicio social y que por tanto, en ellas se desarrolla un mayor estigma social.

Para especificar qué es la ludopatía, la entendemos como una forma de adicción psicológica, que no se limitan exclusivamente a las conductas generadas por sustancias químicas como los opiáceos, los ansiolíticos, la nicotina o el alcohol. La ludopatía se reconoce por primera vez como un trastorno psiquiátrico en el año 1980, con la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Posteriormente en el DSM-III-R (A.P.A., 1987) y en la actualidad en el DSM-IV (A.P.A., 1994), se define como un trastorno del control de los impulsos.

Las campañas de sensibilización o estudios sobre ludopatía se centran en los hombres, a pesar de que en las últimas encuestas reflejen el aumento progresivo de mujeres jugadoras (Wardle, Moody, Griffiths et al. 2011). Los datos proporcionados por la Encuesta sobre Prevalencia de Juegos de Azar (2022-2023), realizada por la Dirección General de Ordenación del Juego, muestra que el 52.09% de las personas que juegan son hombres mientras que las mujeres ocupan el 47,91%, de esa muestra. **Bien es cierto que las fuentes estadísticas apuntan a la prevalencia de la población masculina en juego activo, pero no hay que olvidar que aproximadamente 4 de cada 10 mujeres se encuentran en esta situación.**

A nivel social, se suele calificar a las mujeres con problemas de ludopatía como “viciosas”; madres descuidadas y despreocupadas de sus hijos/as; derrochadoras irresponsables y culpables. En pocas ocasiones se las comprende y se las considera como víctimas de una adicción capaz de anular su capacidad volitiva y de someterlas a tener una conducta por la que sufren en primera persona, sometidas a la pérdida de su libertad y autoestima (Vázquez, 2012).

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

17

3.5. MUJER Y LUDOPATÍA

En cuanto a la elección del juego, existen a su vez diferencias entre hombres y mujeres así como en las razones para jugar, la frecuencia, los patrones de juego y las actitudes hacia los juegos online (McCormack et al, 2014).

El perfil de persona jugadora en la literatura clásica ha sido el de un varón, que participa en juegos competitivos, de desarrollo de habilidades y estrategia, considerándolos como personas inteligentes, dominantes y con control de sí mismos, seguros y narcisistas (Hakansson, 2016). **Dentro de las características atribuidas al juego y en la adolescencia, a las mujeres se les asocia la atribución de “pasividad”, no siendo la conducta de jugar y apostar considerado como una práctica femenina. En este sentido, resulta más probable que opten por actividades de juego que socialmente son más aceptadas, como es el caso del bingo** (Echeburúa, 2011).

Otra de las diferencias desde un enfoque socio-demográfico, es que la edad media de las mujeres con ludopatía oscila entre 46 y 65 años, y la mayoría de ellas comenzaron su itinerario de juego, especialmente en el bingo, a los 34,8 años, desarrollando el trastorno en torno a los 40.

Las mujeres suelen presentar un patrón de conducta más estable, optando más frecuentemente por el juego presencial, un único juego (en mayor medida bingo, rascas o máquinas tragaperras). En el caso de las jugadoras online, los juegos elegidos son similares (rasca o bingo online).

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

18

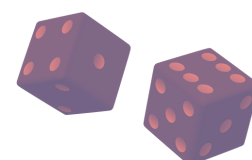
3.5. MUJER Y LUDOPATÍA

Siguiendo con las diferencias según género, las motivaciones también se ven atravesadas, en el caso de los varones comienzan a jugar con mayor frecuencia de forma lúdica y social, mientras que **las mujeres buscan en el juego una forma de afrontamiento de diversos eventos vitales negativos y/o traumáticos, practicándose en soledad.**

En la adicción al juego, al igual que ocurre con las mujeres con adicciones a sustancias, unido al estigma también se presentan otros **miedos relacionados con las posibles consecuencias de la misma, como es el caso a la pérdida de la custodia de los hijos e hijas (miedo que raramente aparece en el discurso de los hombres ni se interioriza de la misma manera la responsabilidad sobre los y las menores).** Esto se respalda en que las mujeres con ludopatía son vistas como madres descuidadas, irresponsables y culpables de los problemas del hogar.

A cerca de la violencia de género, **en las mujeres con ludopatía está estrechamente ligada, ya que el 70% de jugadoras problemáticas son víctimas de violencia de género, principalmente por parte de sus parejas afectivas** (Josefa Vázquez, 2012). Además, si la mujer se encuentra en tratamiento, los episodios de violencia se relacionan directamente con las recaídas y abandonos de su propio proceso terapéutico.

Una vez que las mujeres comienzan el tratamiento, la mayoritaria población masculina en los recursos de tratamiento influye en la no implementación de la perspectiva de género, y por ello tampoco parecen satisfacer las necesidades de las mujeres que acuden en busca de ayuda por no encontrar un tratamiento adaptado a las necesidades específicas que ellas necesitan (Mark y Lesieur, 1992).



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

19

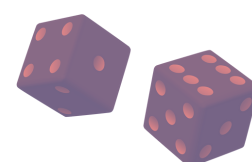
3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

- **MODELO BIO-PISCO-SOCIAL**

El Modelo Bio-Psico-Social (MBPS) en el abordaje de las adicciones es un enfoque integral que considera múltiples dimensiones del ser humano. Aquí están los aspectos clave:

1. **Biológico:** Se refiere a los factores biológicos y neuroquímicos que influyen en las adicciones. Algunas teorías incluidas son:
 - Teoría del Sistema de Recompensa: Explora cómo el cerebro responde a las sustancias adictivas.
 - Teoría del Marcador Somático: Examina cómo las emociones y las señales somáticas afectan el comportamiento de búsqueda de recompensas.
1. **Psicológico:** Considera los aspectos mentales y emocionales. Incluye:
 - Neuropsicología: Estudia cómo las funciones cognitivas y emocionales se ven afectadas por las adicciones.
 - Psicoterapia: Analiza los procesos terapéuticos para tratar las adicciones.
1. **Social:** Examina el contexto social y las relaciones. Esto implica:
 - Incorporación Social: Cómo reintegrar a las personas en la sociedad después del tratamiento.
 - Prevención: Estrategias para evitar el inicio de las adicciones y promover la salud mental y social.

En resumen, el MBPS reconoce que las adicciones no son simplemente un problema biológico, sino una interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Este enfoque holístico guía las intervenciones de organizaciones como Proyecto Hombre en su lucha contra las adicciones.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

20

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

• MODELO TEÓRICO BIOLÓGICO

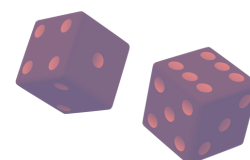
El modelo teórico biológico en el contexto de las adicciones se centra en los aspectos biológicos y neuroquímicos que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la dependencia de sustancias. Una de las hipótesis dentro de este modelo es la hipótesis de la automedicación. Aquí está una explicación más detallada:

1. Modelo Teórico Biológico:

- Este enfoque considera que la vulnerabilidad a las adicciones tiene una base biológica. Se investigan factores como la genética, los neurotransmisores y las estructuras cerebrales.
 - **Causas Genéticas:** Se sugiere que ciertas personas pueden tener una predisposición genética que las hace más susceptibles a la adicción.
 - **Cambios Metabólicos:** Por ejemplo, en el caso de la obesidad, se ha explorado cómo los cambios metabólicos pueden influir en la adicción.
 - **Noxa Interna:** Algunos argumentan que existe una “noxa” interna (un factor dañino) que impulsa a las personas a buscar sustancias psicoactivas como forma de autotratamiento.

2. Hipótesis de la Automedicación:

- Esta hipótesis sostiene que las personas que desarrollan trastornos por abuso de drogas lo hacen porque sufren trastornos endógenos con sustrato biológico.
- Estos trastornos endógenos pueden ser condiciones como la ansiedad, la depresión o el dolor crónico.
- La persona, de manera directa o indirecta, busca aliviar estos síntomas utilizando sustancias psicoactivas como una forma de autotratamiento. Sin embargo, esta estrategia puede ser ineficaz, contraproducente, cruel y peligrosa para la salud pública.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

21

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

• MODELO PSICOLÓGICO

El modelo psicológico de intervención en adicciones es un enfoque crucial para abordar los trastornos relacionados con el abuso de sustancias. A continuación, presento algunos aspectos clave de los modelos y enfoques utilizados en la intervención psicológica para las adicciones:

1. Psicológicos del Tratamiento de los Trastornos por Abuso de Sustancias:

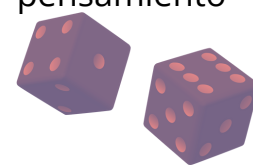
- La centralidad del tratamiento psicológico es esencial en la recuperación de las adicciones.
- La motivación y su relación con el tratamiento psicológico son fundamentales.
- La variabilidad psicológica de los individuos afecta la respuesta al tratamiento.
- La prevención de recaídas es un aspecto crucial en el manejo de las adicciones.

2. Estadios de Cambio, Entrevista y Terapia Motivacional:

- El modelo transteórico del cambio de Prochaska y Diclemente describe diferentes etapas en el proceso de cambio, desde la precontemplación hasta la acción.
- La entrevista y la terapia motivacional de Miller y Rollnick son herramientas efectivas para abordar la ambivalencia y fomentar la motivación para el cambio.

3. Terapias Cognitivo-Conductuales:

- Estas terapias son ampliamente utilizadas y validadas científicamente.
- Incluyen:
 - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento: Ayuda a los pacientes a manejar situaciones desencadenantes.
 - Prevención de recaídas: Estrategias para evitar recaídas teniendo en cuenta los factores de riesgos individualizados que aumentan el riesgo de recaer.
 - Manejo de contingencias: Asociación de conductas positivas con recompensas.
 - Terapia cognitiva: Identificación y modificación de patrones de pensamiento disfuncionales.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

22

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

La metodología del **trabajo terapéutico** se enmarca en dos claves centrales: la ayuda mutua y una escala de valores apoyada en el respeto, la responsabilidad, la cooperación, el voluntariado, la confianza y la necesidad de comunicar y compartir. En las primeras fases se hace necesario el alejamiento del ambiente de la conducta adictiva y la responsabilización de los aspectos esenciales de su vida. Asimismo, se realizarán aprendizajes básicos de autocontrol y hábitos de vida saludable.

Todo esto se realizará entendiendo el papel de la persona a tratamiento como protagonista de su propio proceso.

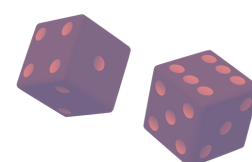
En resumen, estos modelos y enfoques proporcionan herramientas valiosas para los profesionales que trabajan en la intervención psicológica en adicciones, ayudando a los pacientes a superar los desafíos asociados con el abuso de sustancias.

• **MODELO SOCIOECOLÓGICO**

El modelo socioecológico es una herramienta valiosa para comprender y abordar las adicciones desde una perspectiva más amplia. Permíteme explicarte algunos aspectos relevantes:

1. Definición del Modelo Socioecológico:

- El Modelo Socioecológico considera que el comportamiento humano está influenciado por múltiples factores interconectados. Estos factores se agrupan en diferentes niveles, desde lo individual hasta lo social y ambiental.
- En el contexto de las adicciones, este modelo nos ayuda a comprender cómo las características personales, las relaciones sociales, las normas culturales y el entorno físico interactúan para influir en el consumo de sustancias.



**Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.**

23

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

2. Componentes del Modelo Socioecológico:

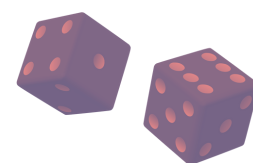
- **Nivel Individual:** Aquí se incluyen las características personales, como la autoestima, la autoimagen y las habilidades de afrontamiento. La autoestima, en particular, puede afectar la vulnerabilidad a las adicciones.
- **Nivel Interpersonal:** Considera las relaciones con amigos, familiares y compañeros. Las redes de apoyo y la calidad de las relaciones pueden influir en el comportamiento adictivo.
- **Nivel Comunitario:** Incluye factores como las normas sociales, la disponibilidad de sustancias y los servicios de prevención y tratamiento.
- **Nivel Sociocultural:** Examina las creencias culturales, los valores y las actitudes hacia las drogas en la sociedad en general.

3. Intervenciones basadas en el Modelo Socioecológico:

- Para abordar las adicciones, se deben diseñar intervenciones que consideren todos estos niveles.
- Por ejemplo, se pueden implementar programas de prevención en escuelas que fomenten la autoestima y las habilidades de resistencia a la presión de grupo.
- A nivel comunitario, se pueden crear campañas de concienciación y establecer políticas que regulen la disponibilidad de sustancias.
- Además, es importante considerar las diferencias culturales y adaptar las estrategias según el contexto.

4. Enfoque en la Autoestima:

- La autoestima, como se **menciona**, es un componente crucial. Una autoestima positiva puede proteger contra las adicciones, mientras que una baja autoestima puede aumentar la vulnerabilidad.
- Las intervenciones pueden incluir terapia cognitivo-conductual para mejorar la autoimagen y fomentar la autoaceptación.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

24

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

En resumen, el modelo socioecológico nos ayuda a comprender las adicciones desde una perspectiva holística, considerando no solo al individuo, sino también su entorno y las influencias sociales. Es una herramienta valiosa para diseñar estrategias efectivas de prevención y tratamiento.

• MODELO DE LA SUSCEPTIBILIDAD

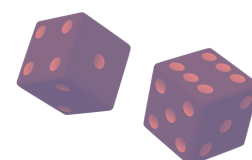
La susceptibilidad en el contexto de la adicción a las drogas se ha explorado a través de varios modelos teóricos. Estos modelos intentan explicar por qué algunas personas consumen drogas y por qué algunas de ellas desarrollan problemas de abuso o dependencia. Permíteme presentarte algunos de estos modelos:

1. Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (Teoría Cognitivo-Social):

- Esta teoría, propuesta por Albert Bandura, se centra en cómo las personas aprenden a través de la observación y la imitación de los demás.
- En el contexto de la adicción, sugiere que las personas pueden verse influenciadas por modelos a su alrededor (como amigos, familiares o figuras públicas) que consumen drogas.
- Además, la Teoría Cognitivo-Social considera factores cognitivos como las expectativas y las creencias sobre los efectos de las drogas.
- Un modelo aplicado basado en esta teoría es la **Prevención de Recaídas**, que se enfoca en evitar recaídas en personas con problemas de abuso de sustancias.

2. Modelo Transteorético del Cambio:

- Este modelo, desarrollado por Prochaska y DiClemente, describe diferentes etapas de cambio en el comportamiento.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

25

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

- Las etapas incluyen la **precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación.**
- En el contexto de la adicción, este modelo ayuda a comprender en qué etapa se encuentra una persona y cómo diseñar intervenciones específicas para facilitar el cambio.
- El Modelo Transteorético de Cambio permite integrar y situar temporalmente las intervenciones basadas en otros modelos teóricos.

En resumen, la susceptibilidad en la adicción es un fenómeno complejo que involucra múltiples factores. Los modelos teóricos nos ayudan a comprender mejor estos procesos y a diseñar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

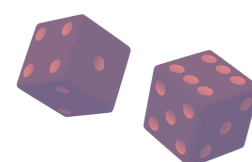
• TEORÍA DE LA ESCALADA

Uno de los modelos más conocidos en el campo de las drogodependencias es el de Denise Kandel. Este modelo se basa en que en el consumo de drogas hay unos pasos secuenciales, siendo el comienzo por las drogas legales, las cuales facilitarían el posterior consumo de marihuana, que a su vez, sería la “puerta de entrada” para el consumo de otras drogas ilegales.

Para Kandel (1975) hay al menos cuatro estadios de desarrollo en el uso de las drogas:

- 1) Consumo de cerveza o vino
- 2) Cigarrillos o licores
- 3) Marihuana
- 4) Otras drogas ilegales (ej., heroína, cocaína).

Por tanto, el consumo de drogas legales es el elemento intermedio entre el no consumo de ninguna sustancia y el consumo de marihuana, y éste, conduce o es la “puerta de entrada”, para un porcentaje significativo de sus consumidores de otras drogas duras.



*Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.*

26

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

MODELO BIOPSIICOSOCIAL

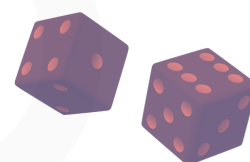
Explica la adicción como **la influencia de un conjunto de variables** biológicas (sexo, genética,...), variables psicológicas (falta de habilidades sociales, impulsividad, presencia de trastornos psicopatológicos,...) y de variables sociales (entorno familiar, influencia social, cultura...)

MODELO BIOLÓGICO - Hipótesis de la automedicación

Las personas se **automedican** ante la presencia de trastornos mentales, suponiendo la droga un alivio de la sintomatología.

MODELO PSICOLÓGICO - Modelo de aprendizaje social

Imitación de patrones comportamentales de aquellas personas que sean figuras, como los padres, grupo de iguales...



*Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.*

27

3.6. MODELOS TEÓRICOS DE ADICCIONES

MODELO SOCIOECOLÓGICO - Modelo de autoestima

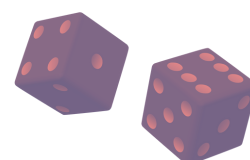
La baja autoestima derivada del marco familiar se intenta recuperar con el **grupo de iguales**. Si éstos son consumidores, puede llevar a la persona a adaptar su comportamiento al mismo

MODELO DE LA SUSCEPTIBILIDAD Modelo Transteórico del cambio

Existen múltiples factores de riesgo que contribuyen a la **vulnerabilidad** de una persona para desarrollar una adicción. Algunos de ellos son: factores genéticos, factores ambientales, factores psicológicos, factores sociales y culturales, y factores individuales. Su conocimiento nos permitirá avanzar en los diferentes estadios de cambio.

LA TEORÍA DE LA ESCALADA

Explica como la **iniciación** en el consumo de sustancias consideradas más "light", incrementa el riesgo de ingesta de otras drogas como cocaína, heroína etc.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

28

4. ÁMBITO DE LA APLICACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA RED DE ADICCIONES

4.1. PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

Previamente se contemplan los distintos principios de los que emana este Protocolo, en el que cabe destacar que las actuaciones diseñadas están orientadas en el marco de las adicciones y la violencia de género, sirviendo como aprendizaje para la comunidad universitaria perteneciente a disciplinas sociales y de la salud y que puedan poner en marcha en futuras intervenciones.

- ✓ Establecer una relación de confianza donde las mujeres puedan expresarse, sin miedo a ser juzgadas y mostrarles que se encuentran en un **espacio seguro**.
- ✓ Mantener una **escucha activa** en todo momento, para poder realizar una correcta recogida sistemática. Es importante que dejemos que se expresen con total libertad y no se realicen interrupciones.
- ✓ Facilitar el cambio, el desarrollo social, la cohesión social, **el empoderamiento** y la autonomía.
- ✓ Se garantizará la **confidencialidad** del contenido e información personal. Ejerciendo en todo momento el secreto profesional, y priorizando la protección de la víctima velando en todo momento por su seguridad y bienestar.
- ✓ **Empatizar** con la mujer sin juzgarla en ningún momento. Debemos comprender siempre su situación y hacerle sentir cómoda sin presionarla a contar situaciones que no quieran exteriorizar.
- ✓ Intervenir en un **contexto seguro**, flexible a las demandas de las víctimas y con todas las características que favorezcan su recuperación.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

29

4.1. PRINCIPIOS DE ACTUACIÓN

- ✓ Aplicar la **perspectiva de género** en la red de tratamiento en adicciones orientado a la identificación y atención de las personas desde una igualdad efectiva entre hombres y mujeres.
- ✓ Priorizar la **máxima seguridad** de la víctima ante cualquier índice de sospecha.
- ✓ **Evitar la revictimización**, respetando la narrativa y discurso de las mujeres sin dar lugar a revivir esa situación en otros servicios inversos en la intervención.
- ✓ Prestar atención al **lenguaje no verbal**, ya que nos permitirá de manera indirecta detectar una posible situación de violencia.
- ✓ Mostrar siempre **apoyo** por parte del/la profesional, respetando las decisiones que tome la mujer.
- ✓ **Diálogo asertivo** en todo momento y evitar emitir juicios de valor.
- ✓ Actuar aplicando la **interseccionalidad** sin discriminación por razón de edad, género, etnia, orientación, así como otras categorías que estén interrelacionadas.

Es importante tener en cuenta que podemos detectar claro signos de alerta que nos evidencian que la mujer se encuentra en una situación de violencia de género, pero en ese momento ella verbalmente no lo exteriorice o no lo reconozca. **En este caso es importante que sigamos trabajando y valorando el riesgo en el que se puede encontrar la víctima a lo largo de todo el tratamiento terapéutico.**

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

30

4.2. PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN

Otro de los trabajos importantes que hay que realizar es la sensibilización sobre la perspectiva de género y las adicciones, puesto que son imprescindibles para promover la igualdad de género, mejorar la salud mental y el bienestar, a la vez que prevenir el inicio de las adicciones y reducir los daños asociados.

Las acciones deben estar dirigidas también a empoderar a las personas para tomar decisiones saludables y autónomas.

Dentro del protocolo de actuación es imprescindible trabajar desde todos los ámbitos de actuación, entre ellos, el de prevención, donde desarrollaremos las siguientes acciones:

- Desarrollo de **campañas de sensibilización** que aborden las necesidades de género, como grupos de apoyo exclusivos para mujeres.
- **Promoción de la igualdad de género y el respeto mutuo en las relaciones interpersonales** como medida preventiva de adicciones, ofreciendo recursos y apoyo para el desarrollo de habilidades de comunicación y resolución de conflictos.
- **Desarrollo de talleres psico-educativos** donde se aborden los distintos tipos de violencia de género, incluyendo la violencia vicaria, mediante dinámicas grupales.
- **Comprensión de factores de riesgo y protección** relacionados con el género para ayudar a desarrollar estrategias preventivas más específicas y efectivas.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

31

4.3. DETECCIÓN

La detección precoz de violencia de género en la red de atención de adicciones es crucial e imprescindible, ya que son muchas las mujeres dentro de los contextos terapéuticos que presentan una situación de violencia. Por ese motivo, la detección se convierte en una pieza clave para introducir actuaciones que vayan encaminadas a intervenir desde una perspectiva de género en el campo de las adicciones.

Para llevar una correcta detección, es imprescindible que hagamos uso de las herramientas de **recogida de datos** tales como la **entrevista** acompañada de **cuestionarios** (anexo 1) que permitan la detección de posibles casos de Violencia de Género. Además, no debemos olvidar que la observación sistemática es un instrumento clave para la detección, facilitando la recogida de toda la información mediante el análisis de acciones y reacciones conductuales, que permitan captar indicadores de sospecha que nos alertan de una posible situación de violencia de género.

4.3.1 INDICADORES DE SOSPECHA

INDICADORES SEGUN LOS ANTECEDENTES DE LA MUJER RELACIONADOS CON EL CONSUMO Y VIOLENCIA

- Antecedentes de violencia y consumo.
- Haber sufrido y/o presenciado malos tratos en la infancia, abusos o agresiones sexuales.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

32

4.3.1 INDICADORES DE SOSPECHA

- Recaídas en el consumo de sustancias, tras periodos de estabilidad en la abstinencia, sin que existan aparentemente factores de riesgo.
- Síntomas psicológicos presentes (insomnio, depresión, ansiedad, baja autoestima etc.)
- Agravamiento del consumo.
- Utilizar el consumo como vía de escape para evadirse de una situación de malestar con su pareja o situación familiar.
- Poca adherencia, participación e implicación en el tratamiento.
- Asistencia intermitente. Combina la asistencia al tratamiento con mucha frecuencia y motivación, con el riesgo de que de forma imprevista aparezca el abandono sin justificación del mismo.
- Existencia de facilitadores internos (autocontrol y motivación) que posibilitan una abstinencia, pero aún así existe la presencia de continuas recaídas.

INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO DE LA MUJER EN EL ÁMBITO TERAPÉUTICO

- Acude al recurso siempre acompañada.
- Controla de manera reiterada su proceso/tratamiento mostrando una excesiva preocupación.
- Nerviosismo, inhibición y contención de la mujer ante la presencia de su pareja.
- Si se trata de recursos mixtos, la presencia de celos compulsivos por parte de la pareja.
- El entorno de la mujer hace comentarios críticos y/u hostiles sobre ella, desvalorizándola. Minimizan los aspectos positivos de la paciente, hablando como si ella no estuviera presente.
- Preocupación constante y extrema por la pérdida de sus hijos/as durante la estancia en el tratamiento.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

33

4.3.1 INDICADORES DE SOSPECHA

INDICADORES DE SOSPECHA FÍSICOS

- Justificación de lesiones físicas de forma incoherente.
- Presencia de hematomas, arañazos, mordeduras, quemaduras, marcas en la piel y cicatrices, etc...
- Lesiones o dolor en los genitales, así como la aparición de infecciones ginecológicas con demasiada frecuencia.
- Cefalea, dolor crónico de forma general, mareos continuados, molestias gastrointestinales o vómitos.
- Presencia de trastornos de alimentación y del sueño.

INDICADORES DE SOSPECHA PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

- Sentimiento de culpa y/o vergüenza.
- Insomnio.
- Actitud en alerta e hipervigilancia.
- Olvidos frecuentes y falta de concentración.
- Cambio constante de humor.
- Trastornos del estado de ánimo y aparición de otras patologías como es la ansiedad y la depresión.
- Comportamientos que evidencian miedo, nerviosismo, agitación e incomodidad.
- Dependencia afectiva y emocional en la relación.
- Síntomas de estrés postraumático.
- Presencia o antecedentes de intentos autolíticos y/o ideación suicida.
- Baja autoestima y escasa autonomía.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

34

4.3.1 INDICADORES DE SOSPECHA

INDICADORES DE SOSPECHA SOCIALES

- Pérdida del vínculo y apoyo familiar.
- Frecuencia de baja laborales y pérdida de trabajo.
- Control de su pareja en cuanto a su economía.
- Siempre acude a los sitios con su pareja. Nunca o rara vez suele realizar las actividades en solitario.
- Solicitan la aprobación de su pareja.
- Aislamiento social. Pérdida de contactos sociales, así como amistades y familia.

4.3.2. DIFICULTADES EN LA DETECCIÓN

A continuación se muestran cuáles pueden ser las dificultades que podemos encontrar a la hora de detectar una situación de violencia en las mujeres que se encuentran en tratamiento.

DIFICULTADES A LA HORA DE IDENTIFICAR SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

A la hora de realizar entrevistas con las mujeres y detectar posibles síntomas o signos de alerta que permitan identificar una situación de violencia de género, nos podemos encontrar con las siguientes barreras en obtener una clara evidencia de violencia:

- Miedo por parte de la víctima a la hora de exteriorizar su situación por las repercusiones que esto pueda conllevar.
- Miedo a perder la custodia de sus hijos/as.
- Culpabilidad de contar la situación y que ésta repercuta en sus hijos/as.
- Bloqueo emocional por episodios traumáticos.
- Desconfianza o miedo por falta de apoyo familiar.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

35

4.3.2 DIFICULTADES EN LA DETECCIÓN

DESDE EL ÁMBITO PROFESIONAL PODEMOS ENCONTRARNOS:

- Escasa formación en perspectiva de género en adicciones y cómo intervenir desde un contexto terapéutico una situación de violencia de género.
- Falta de trabajo multidisciplinar e interinstitucional.
- Insuficiente formación en Violencia de Género.

DENTRO DEL CONTEXTO TERAPÉUTICO:

- Carencia de espacios no mixtos, donde las mujeres se sientan más cómodas y seguras a la hora de manifestar su situación.
- Juicios de valor a su situación y al consumo de sustancias, recaídas y decisiones tomadas por las mujeres.
- Estigma sobre sus circunstancias actuales sin analizar con perspectiva de género las motivaciones que le han llevado a desarrollar un problema de adicción.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

36

4.4. VALORACIÓN/ EVALUACIÓN

Principios básicos de la valoración en caso de sospecha de violencia de género:

- **Trabajo multi e interdisciplinar** dentro de los recursos terapéuticos, así como con profesionales de Atención Primaria, Servicios Sociales y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE) con el objetivo de trabajar las diferentes áreas y solucionar los problemas detectados, garantizando una buena coordinación en red.
- Tener en cuenta que aunque no exista una evidencia clara de situación de violencia de género, debemos **considerar los indicadores de sospecha detectados y evaluar la situación:**
 - Autoestima; sentimientos de vergüenza; culpa; preocupación por la imagen corporal y la relación de la misma con la adicción.
 - Las cargas familiares actuales y pasadas, incluyendo aquellas dificultades que pueden entorpecer el desarrollo del tratamiento. Esto puede ayudar a reducir los abandonos prematuros.
 - La historia de consumo, incluyendo aspectos relacionales y cómo el consumo influye en ellos.
 - Los apoyos de los que dispone, siendo importante indagar en la actitud del entorno en relación al consumo.
 - Abordar la sexualidad, dentro de la pareja y/o fuera de ella, además de cómo se relaciona con el consumo.
 - La existencia o no de situaciones de violencia y/o abuso actuales o pasadas.
- Valorar las situaciones de forma individual de cada mujer teniendo en cuenta sus necesidades, sin tendencia a la generalización.
- Explorar las expectativas de la mujer. La evaluación debe ser abierta, contemplando las preocupaciones y necesidades de la persona. Debemos crear un espacio en el que se aborde aquello que ella considere importante con la finalidad de adaptar la intervención a la situación que presente.

**Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.**

37

4.4. VALORACIÓN / EVALUACIÓN

**SI SE CONFIRMA LA
SOSPECHA DE PRESENCIA
DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

- **Valoración biopsicosocial** de la situación psicológica y social vinculados además con la adicción a través de una entrevista motivacional (anexo 2 y 3)
- **Valoración del tipo de maltrato** (anexo 3).
- **Valoración de necesidades y los factores de riesgo** que influyen en el consumo, así como los factores protectores para su tratamiento.
- **Valoración del RIESGO.**

**IMPORTANTE MANTENER LA
ALERTA DURANTE TODO EL
PROCESO TERAPÉUTICO**

**LA SOSPECHA DE UNA SITUACIÓN
DE VIOLENCIA DE GÉNERO PUEDE
SURGIR EN CUALQUIER
MOMENTO DEL PROCESO
TERAPÉUTICO**

SI NO SE CONFIRMA

- Se tendrán en cuenta los indicadores de sospecha para prevenir una posible situación de violencia.
- Se realizará una evaluación con todo el equipo multidisciplinar, ante cualquier sospecha detectada.
- Se intervendrá en la adicción trabajando desde una perspectiva de género y según las necesidades de la mujer, adaptando dicha intervención a cada situación.

CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

- Posibles recaídas.
- Cambios de pareja.
- Embarazos (prestando atención a los no deseados).
- Cambio repentino de comportamiento.
- Control excesivo de la pareja.

**Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.**

38

4.4. VALORACIÓN / EVALUACIÓN

SI EXISTE SOSPECHA DE VIOLENCIA DE GÉNERO

VALORACIÓN BIOPSICO-SOCIAL (anexo 3)

A NIVEL FÍSICO	A NIVEL PSICOLÓGICO	A NIVEL SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • LESIONES • SINTOMAS FÍSICOS • CUALQUIER MANIFESTACIÓN SOMÁTICA 	<ul style="list-style-type: none"> • SINTOMAS EMOCIONALES (VERGUENZA, CULPA, MIEDO, ETC). • MANIFESTACIONES COGNITIVAS (PÉRDIDA DE MEMORIA Y CONCENTRACIÓN) • MANIFESTACIONES CONDUCTUALES (EVITACIÓN, NEGACIÓN Y TRASTORNOS DEL SUEÑO) 	<ul style="list-style-type: none"> • SITUACIÓN FAMILIAR • DATOS DEMOGRÁFICOS • SITUACIÓN SOCIO-LABORAL (NIVEL DE ESTUDIOS, SITUACIÓN LABORAL) • RED DE APOYO DE LA MUJER, TANTO FAMILIAR COMO SOCIAL (IMPORTANTE SABER SI TIENE HIJOS/AS MENORES DE EDAD A CARGO)

VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL MALTRATO

En este tipo de valoración se tendrá en cuenta:

- Tipo de maltrato que esta sufriendo la víctima así como la duración, frecuencia e intensidad.
- Otras cuestiones a considerar como son los antecedentes y momento del ciclo de la violencia en el que se encuentra (acumulación de tensión, explosión/agresión o luna de miel/reconciliación).
- Existencia de imposición o no denuncia.
- Valoración para un posible parte de lesiones.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

39

4.4 VALORACIÓN / EVALUACIÓN

IMPORTANTE: Valorar el grado del consumo y la relación que existe entre la adicción y la violencia. Por ejemplo, es importante conocer si esos episodios de violencia son un factor de riesgo y si la pareja es consumidora, ya que en muchas ocasiones el agresor expone a la víctima al consumo utilizándolo como estrategia de control.

TIPOS DE VIOLENCIA

VIOLENCIA FÍSICA

Hace referencia a causar o intentar hacer daño a la mujer, golpeándola, propinándole patadas; quemándola; agarrándola; pellizcándola; empujándola; tirándole del pelo; mordiéndole; denegándole atención médica u obligándola a consumir drogas, así como empleando cualquier otro tipo de fuerza física contra ella.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Consiste en provocar miedo a través de la intimidación; en amenazar con causar daño físico a una persona; su pareja o sus hijas e hijos, mascotas; o con destruir sus bienes y forzarla a aislarse de sus amistades, familia, o del trabajo. Puede tener distintas variantes, como la emocional, que implica minar la autoestima de una persona a través de críticas constantes, en infravalorar sus capacidades e insultarla.

VIOLENCIA SEXUAL

Cualquier acto de naturaleza sexual no consentido o que condicione el libre desarrollo de la vida sexual, en cualquier ámbito público o privado, incluyendo el ámbito digital.

VIOLENCIA ECONÓMICA

Lograr o intentar conseguir la dependencia financiera de otra persona, manteniendo para ello un control total sobre sus recursos financieros, impidiéndole acceder a ellos y prohibiéndole trabajar o mejorar su situación formativa.

Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción. Formación en perspectiva de género en el tratamiento de adicciones.

40

4.4 VALORACIÓN / EVALUACIÓN



● VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FACTORES DE PROTECCIÓN	FACTORES DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Estabilidad y capacidad de control en la abstinencia de la sustancia. • Disponer de una red de apoyo. • Autodeterminación, autonomía e independencia. • Independencia económica. • Alta autoestima. • Buena capacidad de conciliar el tratamiento con la crianza de sus hijos/as en el caso de que tuviese. • Reconocimiento de una situación de violencia. • Refuerzos positivos durante el tratamiento. • Apoyo emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo por parte de su pareja. En muchas ocasiones el agresor incita al consumo como estrategia de control. • Escasa red de apoyo. • Imposibilidad de compatibilizar el tratamiento con la crianza de su hijas/os. Este punto es importante, ya que muchas mujeres VVG en tratamientos terapéuticos, tienen miedo a la pérdida o que les hagan daño. Perciben que no se encuentran en un espacio seguro y sienten que no están lo suficientemente protegidas/os, por lo que esto puede propiciar el abandono. • La escasez de espacios no mixtos en el contexto terapéutico. • Sentimientos de soledad, de culpa, ansiosos o depresivos.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

41

4.4. VALORACIÓN / EVALUACIÓN

● VALORACIÓN DEL RIESGO

Esta parte es **imprescindible** y de redundante importancia, ya que a través del **trabajo multi e interdisciplinar con otros servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género** valoraremos si la mujer se encuentra en un riesgo extremo o no.

ALGUNOS INDICADORES QUE NOS SIRVEN PARA VALORAR SI NOS ENCONTRAMOS ANTE UN RIESGO EXTREMO

- Lesiones graves que evidencia los malos tratos.
- Persecución e insistencia del agresor.
- Verbalización y/o expresión de miedo constante por parte de la mujer.
- Percepción de peligro tanto hacia ella como a cualquier miembro de su familia.
- Retirada de denuncia de forma repentina.
- Abusos sexuales continuados.
- Abandono repentino de la mujer en el proceso terapéutico.
- Agresiones durante el embarazo.
- Aumento del consumo/ludopatía o recaídas.
- Amenazas con armas o incluso hacer uso de ellas.
- Celos extremos y trastornos paranoides.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

42

4.5. INTERVENCIÓN

1. INTERVENCIÓN CON MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA RED DE ATENCIÓN DE ADICCIONES

Una vez hayamos valorado el nivel del riesgo de forma multi e interdisciplinar en el que se encuentra, procederemos a activar un **PLAN DE SEGURIDAD**.

Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta en la valoración del riesgo el nivel en el que se encuentren o la evidencia. Asimismo, puede darse la circunstancia de que se encuentre en la fase de explosión, o que no reconozca su situación de maltrato.

LA MUJER SE ENCUENTRA EN UN RIESGO EXTREMO

- Poner en conocimiento a las FCSE y derivar.
- Intervenir de forma urgente, informando a la víctima de la situación en la que se encuentra y de los recursos que dispone.
- Velar por su seguridad en todo momento, así como a los/as menores que estén a su cargo .
- Dar cobijo en espacios donde ella se sienta segura.
- Potenciar los facilitadores internos (motivación y autocontrol) para prevenir una recaída.
- Acompañarla durante todo el proceso y no dejarla sola.

LA MUJER NO SE ENCUENTRA EN UN RIESGO EXTREMO, PERO HAY EVIDENCIAS DE VIOLENCIA

- Informar sobre sus derechos y los recursos que dispone .
- Establecer medidas preventivas.
- Derivación de la situación a otros profesionales.
- Realizar un seguimiento y evaluar la situación.
- Controlar la abstinencia para que el consumo/juego no se convierta en un factor de riesgo.
- Potenciar los facilitadores internos (autocontrol) para prevenir una recaída.
- Atención integral, multi e interdisciplinar .

LA MUJER SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA PERO NO LO RECONOCE/ VERBALIZA

- Dotarla de confianza para que sea capaz de exteriorizar la situación.
- Detectar indicadores de sospecha que nos permita identificar el nivel de riesgo.
- Registrar el caso y realizar seguimiento.
- Atención integral, multi e interdisciplinar.
- Si existe sospecha constante de que la mujer se encuentra en peligro extremo, poner en conocimiento a FCSE para iniciar una investigación.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

43

4.5. INTERVENCIÓN

2. PROPUETAS DE INTERVENCIÓN EN LA DESHABITUACIÓN DE SUSTANCIAS DESDE LA PERPECTIVA DE GÉNERO.

Una vez que se comienza el tratamiento para la deshabituación, es necesario establecer una serie de **objetivos terapéuticos** que favorezcan a la misma. Entre ellos destacamos:

- **FAVORECER LA MOTIVACIÓN PARA LLEVAR A CABO UN TRATAMIENTO A LARGO PLAZO:**

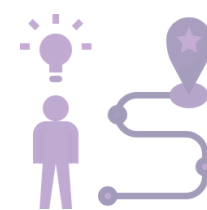
Además de considerar las causas y repercusiones del abuso o dependencia en todos los aspectos (psicológico, biológico y social), es importante conocer los condicionantes específicos por el hecho de ser mujer. A pesar de señalar aquellos objetivos deseables que mejorarían el pronóstico clínico, es vital hacerle saber a la persona que será ella quien tome las decisiones y establezca sus propios objetivos, siendo los y las profesionales un apoyo para alcanzarlos.

- **PRESTAR ATENCIÓN A LAS MEDIDAS DE CONTROL DE CARÁCTER EXTERNO QUE PUEDEN CONTRIBUIR EN EL MANTENIMIENTO DE LA ABSTINENCIA:**

En este aspecto, es importante conocer aquellas medidas que ya se han puesto en marcha y aquellas que podrían ser útiles. Es de vital importancia tener conocimiento sobre posibles situaciones de abuso o violencia, para evaluar quién y cómo se ponen en marcha las medidas de control, priorizando ante todo la integridad de la persona.

- **PONER DE RELIEVE AQUELLOS RECURSOS DE LOS QUE SE DISPONE:**

Es importante identificar los recursos personales y otros apoyos de carácter externo que ayuden a mantener la abstinencia, además de influir en la recuperación y/o mejora de la autoestima y el autoconcepto.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

44

4.5. INTERVENCIÓN

- **PREVENIR RECAÍDAS:**

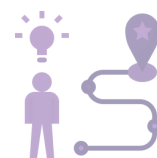
El reconocimiento y manejo de los deseos de consumo para conseguir una abstinencia a largo plazo, constituye un pilar clave en los objetivos, teniendo en cuenta la mayor prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el caso de las mujeres. Por tanto, un aspecto clave es dotarlas de herramientas para que controlen su ansiedad, evitando que recurran a fármacos.

También se deben desarrollar estrategias de afrontamiento ante los obstáculos que encontramos, **cuestionando estereotipos y roles de género que dificultan la visibilización de algunas situaciones de riesgo. Además, resulta de utilidad el conocimiento de las funciones que cumple el consumo, para poder buscar alternativas, pero siempre con una actitud comprensiva del dolor y el arrepentimiento.**

Ante una recaída, la persona puede percibirlo como un fracaso, generando sentimientos de culpa. Esto a veces dificulta la comunicación de la misma a sus profesionales de referencia. **La mayor tendencia a la autoinculpación en el caso de las mujeres puede agravar la situación.**

- **POTENCIAR HABILIDADES SOCIALES:**

Resulta de utilidad facilitar las relaciones personales más allá de los ambientes de consumo, mejorando la capacidad de autoafirmación de las mujeres. Entre otras, destacan las habilidades para expresar las propias necesidades y deseos, decir “no” y establecer límites; expresar opiniones en desacuerdo; la toma de decisiones, la expresión de emociones especialmente penalizadas en el caso de las mujeres, como es el enfado o el placer, y potenciar las habilidades de negociación.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

45

4.5. INTERVENCIÓN

- **RETROALIMENTAR CON LOS LOGROS OBTENIDOS:**

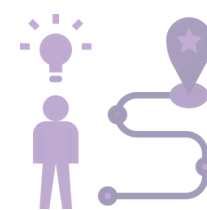
Es importante trasladar a la persona sus progresos, manteniéndola informada de la fase del tratamiento en la que se encuentra y cuál será el siguiente paso, situándola como un agente activo del proceso. **Este objetivo es relevante en el caso de las mujeres, por el frecuente deterioro de la autoestima que presentan.**

- **PROMOVER LA INCORPORACIÓN SOCIAL:**

Es fundamental dotarles de una atención integral, promoviendo cambios necesarios en la persona y en su entorno que les garantice una mejor calidad de vida, abarcando las distintas áreas de su vida (laboral, social, económica, personal y familiar). Para una mayor efectividad, conviene coordinar nuestros esfuerzos con el conjunto de profesionales y/o recursos, promoviendo una atención multi e interdisciplinar a la persona.

Asimismo, el principal objetivo es que la mujer permanezca en el tratamiento, manteniendo una actitud receptiva. **En ocasiones incidir sobre ciertas áreas conlleva inevitablemente acceder a experiencias traumáticas y dolorosas para la persona.**

Por ello, es clave valorar un momento adecuado, para actuar de una manera acogedora y terapéutica.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

46

4.5. INTERVENCIÓN

• PROPUESTAS DE ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS

CREACIÓN DE PROGRAMAS DE INCORPORACIÓN SOCIAL

Con la introducción de programas de incorporación social, se pretende dotar a las mujeres de una atención integral y acompañamiento social para garantizarles una mejor calidad de vida. Estas mujeres se encuentran en un alto grado de vulnerabilidad social, debido a las necesidades que demandan simultáneamente en varios ámbitos de su vida. Por este motivo, con el propósito de alcanzar una plena inclusión es necesario abordar las diferentes áreas.

- A **nivel laboral** se debe analizar el deseo de desarrollarse (o no) laboralmente, atendiendo a las dificultades encontradas.
- A **nivel familiar** debemos crear un espacio conjunto con la pareja, familia, explorando la posibilidad de que su proyecto personal no influya a la misma. Facilitaremos la toma de conciencia respecto a los diferentes modelos acerca de “lo que es ser mujer”, acompañándola en el proceso de posicionamiento y/o transición de uno a otro. Además, es recomendable acompañar a las mujeres en la aplicación de un modelo más equitativo en lo relativo a las responsabilidades de cuidado de los hijos e hijas, personas enfermas y/o mantenimiento del hogar.
- A **nivel social** es importante el establecimiento de relaciones propias, más allá de las compartidas con la familia, crear un pacto intragénero entre mujeres para reforzar una red de confianza y trabajar la sororidad entre ellas.
- A **nivel personal** se debe potenciar la recuperación de sus propios deseos como algo valioso, la valoración de su propia autonomía y su camino hacia el propio empoderamiento.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

47

4.5. INTERVENCIÓN

CREACIÓN DE ITINERARIOS SOCIO- LABORALES:

En los itinerarios socio-laborales se pretende promover la inclusión laboral de aquellas mujeres en situación de vulnerabilidad y exclusión social, que se ven enfrentadas a múltiples obstáculos y barreras a la hora de acceder al mercado laboral. Los itinerarios se deben adaptar a sus necesidades, de forma individual y personalizado.

Con los itinerarios, facilitaremos recursos de interés en base a las necesidades detectadas para una búsqueda de empleo activa, autónoma y efectiva, con la ayuda de acciones formativas.

TALLERES DE PREVENCIÓN Y SENSIBILIZACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

En esta actividad se abordarán las distintas manifestaciones de violencia hacia las mujeres, en formato sesiones psico-educativas y de aprendizaje.

GRUPO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS:

Se trata de una terapia cognitivo- conductual que pretende evitar un regreso a la conducta adictiva. Esta actividad se realiza a través de estrategias terapéuticas durante el proceso de deshabituación. Seguidamente, se trabajarán los factores de riesgo que inciden en la recaída, como pueden ser el encontrarse en una situación de violencia de género o un posible abandono motivado por la dificultad de compatibilizarlo con la crianza de sus hijos e hijas.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

48

4.5. INTERVENCIÓN

ACOMPañAMIENTO SOCIAL:

Facilitar el proceso a una incorporación social, para que aquellas mujeres con las que se intervenga sean capaces de adquirir un mayor grado de autonomía y autocontrol. En el transcurso del acompañamiento, se pretende orientar a las mujeres a recursos tanto públicos como privados, facilitando su acceso a los mismos salvaguardando su autodeterminación.

ATENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL CENTRADA EN LA PERSONA:

Esta acción permite abordar las problemáticas desde la planificación centrada en la persona, personalizando la atención psicológica y social desde la vinculación terapéutica en función de la demanda. En la atención psico-social, se trabajará la deshabituación del consumo, impulsando espacios donde se aborden las secuelas de la violencia de género.

GRUPO DE AUTOAYUDA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO:

Los Grupos de Autoayuda facilitan que todas aquellas mujeres se sientan acompañadas y arropadas durante el proceso, compartiendo experiencias con otras compañeras que se encuentran en su misma situación.



***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

49

4.5. INTERVENCIÓN

• RECURSOS RESIDENCIALES DE TRATAMIENTO

CARACTERÍSTICAS DEL RECURSO

Se sugiere evitar que el ingreso en el recurso sea un paso complicado y coincida con la presentación, ese mismo día, del recurso, de las compañeras y el equipo. Se recomienda, **realizar una entrevista previa** (presencial u online) cuya finalidad es que la mujer decida por sí misma si quiere entrar o no.

Se recomienda que los espacios residenciales estén lo más integrados posible en el entorno urbano (o rural, pero no aislados, lejanos a los servicios principales) para favorecer que las mujeres puedan entrar y salir sin dificultades, facilitar la escolarización de los y las menores, la **cercanía con otros recursos comunitarios**, tiendas, espacios de relación, etc. Si esto no puede darse, **se facilitarán los desplazamientos siempre que sea necesario**, sin someterlos a la organización interna del recurso, sino respondiendo a las necesidades de las mujeres.

Es aconsejable que las mujeres dispongan de **habitaciones individuales para que puedan convivir con sus hijos/as**, si los tuvieran (o un espacio preparado para que puedan venir de visita, el fin de semana, etc.). Esa intimidad les proporciona un espacio para atender el trauma y la propia introspección.

En espacios donde se comparte habitación entre más mujeres, se procura que las mujeres puedan disponer de un **espacio propio al que retirarse en caso de acudir bajo los efectos de sustancias o, si lo necesitan, para el manejo de una crisis de ansiedad o para la vuelta al recurso tras una agresión sexual o la experimentación de algún otro tipo de violencia de género, etc.**

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

50

4.5. INTERVENCIÓN

Sería deseable que estos dispositivos **no acogieran un gran número de mujeres, sino que dispusieran de unas pocas plazas, ya que en ellos se trabaja de forma muy individualizada.**

Existen recursos que cuentan con más plazas, pero éstos proceden a separar espacios de convivencia entre las mujeres que están en la fase de acogida, con consumos en activo, y las que han alcanzado una mayor autonomía y consolidado su abstinencia, aunque unas y otras puedan compartir espacios comunes y espacios de trabajo grupal.

El tiempo de estancia podrá variar y determinarse en función de los objetivos de trabajo con cada una de las mujeres, garantizando que puedan tener el tiempo y el proceso de estancia más acorde a sus necesidades y situación, procurando no reforzar procesos de institucionalización (la propia metodología de trabajo empleada con respecto a la normativa, como se verá en el siguiente apartado, se guía por este principio), pero entendiendo que hay situaciones estructurales difíciles de resolver que requieren más tiempo de intervención.

Se recomienda que la composición del equipo cuenta al menos con la figura de coordinación/dirección, **personal educativo especializado en violencia y/o adicciones** que cubra el dispositivo las 24 horas/365 días al año (en recursos de mayor autonomía esto no será necesario) y se garantice la intervención educativa y grupal, la atención psicológica, el trabajo social, la atención médica de salud mental, además de contar con una figura educativa o psicológica especializada en infancia.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

51

4.5. INTERVENCIÓN

CAMBIO DE NORMATIVA Y FUNCIONAMIENTO INTERNO

Los espacios residenciales puestos en marcha desde perspectiva de género se caracterizan por una **normativa flexible y adaptable** (con un mínimo no negociable, en relación directa con la generación de un espacio de seguridad), y por la ausencia de un sistema de sanciones que derivan del incumplimiento de las recomendaciones del equipo, de los acuerdos adoptados, compromisos no cumplidos, etc. Por tanto, el funcionamiento interno se rige por acuerdos que se revisan y deciden semanalmente en un grupo del que forman parte las mujeres y el equipo. **Esos acuerdos se dirigen a lograr un adecuado mantenimiento del espacio, la adquisición de hábitos saludables, una buena convivencia, etc.**

Si se produce un incumplimiento de los acuerdos o no asunción de responsabilidades se suele revisar con la mujer cuáles y de dónde provienen las dificultades, pero no se le sanciona; se analiza con ella, qué sucede y por qué se está procediendo de esa manera. La labor educativa se va adaptando al nivel de autonomía de cada mujer, al igual que se hace con los objetivos de adquisición de hábitos saludables si hubiera necesidad, mantenimiento de espacios y buena convivencia, etc.

En estos recursos prevalece un objetivo central, consistente en la necesidad de generar un espacio de seguridad para las mujeres y sus hijos/as. En base a esta cuestión se contempla y recomienda el establecimiento de tres normas no negociables, dando lugar su incumplimiento, esta vez sí, a la posibilidad de sugerir la salida de la mujer del recurso (una salida temporal o definitiva, y siempre acompañada en la medida de las posibilidades):

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

52

4.5. INTERVENCIÓN

- 1) Introducir y/o consumir sustancias dentro de la casa.**
- 2) Ejercer violencia contra otra compañera o profesional del equipo del equipo.**
- 3) No comunicar en ningún caso al agresor la ubicación del recurso.** Esta norma es básica y así debe trasmitirse, pero la experiencia ha demostrado que algunas mujeres han tenido contacto con el agresor y en la dinámica de relación, donde él sigue ejerciendo poder y coacción sobre ella, ha logrado que la usuaria le diga dónde se encuentra, dónde vive y dónde viven otras mujeres y sus hijas/os.

Indicar la salida del recurso en esas circunstancias es necesario, puesto que el recurso ha dejado de funcionar como espacio de seguridad por su confidencialidad para esa mujer en concreto; sin embargo, supone una violencia más para la mujer y tenemos que acompañar, en la medida de lo posible, a conseguir un recurso alternativo de similares características.

La experiencia apunta a que cuando se trabaja desde una perspectiva de género centrada en el empoderamiento de las mujeres y el acompañamiento terapéutico en la toma de sus propias decisiones, con unas directrices básicas fundamentadas en los acuerdos y la flexibilidad de las mismas, pero con un mínimo de normas inquebrantables que sí pueden conllevar la salida del recurso, **los niveles de conflictividad se reducen drásticamente.** Ellas son partícipes en la toma de decisiones y perciben esas normas desde otro lugar, más compartido.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

53

4.5 INTERVENCIÓN

PRESENCIA DE HIJOS/AS EN EL TRATAMIENTO

Habilitar espacios de convivencia con las hijas e hijos mientras están en tratamiento es abrir una posibilidad a que puedan entrar en el mismo antes de sufrir la retirada de la custodia, o que puedan encontrar vías de apoyo para su recuperación, al ofrecer procesos terapéuticos donde se trabaja esta situación.

La habilitación de espacios de convivencia con las hijas e hijos mientras están en tratamiento pasa por ofrecer espacios donde puedan estar de forma “naturalizada”, con la figura de su madre como referencia educativa directa.

También se recomienda establecer un espacio grupal y/o individual de trabajo de las habilidades y saberes personales de cada una de las mujeres, favoreciendo un espacio libre de crítica donde afianzar buenas prácticas, compartir inquietudes y dudas y **proceder a su desestigmatización como “malas madres”**. Para poner en común prácticas parentales y también para poder compartir sin juicio los distintos estilos de maternidad. Las facilitadoras de estos espacios tienen que tener como objetivo transmitir la posibilidad de ser madre de formas muy diversas y romper con el binomio mala/buena madre.

Es conveniente, en cualquier caso, trabajar el papel de la maternidad en la vida de las mujeres y **prestar especial cuidado a posibles revictimizaciones/culpabilizaciones frente a las retiradas de custodia o posibles “negligencias” en el cuidado derivadas del propio consumo problemático.**

En lo relativo a las hijas/os, es necesario asumir en calidad de usuarias/os del mismo recurso, y planificar, dirigido a ellas/os, el abordaje de los efectos del consumo problemático de sus progenitores y de la violencia de género sufrida por sus madres, valorando lo que todo ello ha supuesto en la vida de los y las pequeñas y la afectación que ha generado en el vínculo materno-filial

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

54

4. INTERVENCIÓN

- **MODALIDAD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO**

TRABAJAR PARA DESESTIGMATIZAR LOS ESPACIOS/RECURSOS DE TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

Hay que adaptar los espacios y prácticas a la llegada de mujeres en general. Los espacios habitables y amables arquitectónica y físicamente, así como que no estén ubicados en lugares lejanos o que produzcan inseguridad, es clave para **contribuir a su desestigmatización y, por tanto, a que las mujeres entiendan que es un espacio al que pueden acudir.**

En este tipo de recursos conviene igualmente realizar un trabajo comunitario, dando a conocer el centro y sus objetivos en espacios “normalizados” (AMPAS, asociaciones vecinales, centros cívicos, culturales, Servicios Sociales y tejido social en general), también en espacios de igualdad, recursos de atención a la violencia de género y a las mujeres en general, así como en los centros de Atención Primaria y centros de Salud Mental.

La necesidad de trabajar la desestigmatización de la relación entre mujeres y adicciones surge por el estigma social que aún se encuentra en nuestra sociedad.

LA IMPORTANCIA DE LA ACOGIDA

Si una mujer acude a pedir ayuda sin disponer de una cita, lo que se haga en ese momento es decisivo para atraer o alejar a la mujer del recurso que puede brindarle la ayuda que necesita, por ello **debe ser atendida.** Aunque sea para acogerla durante un momento, entre citas/grupos, y **realizar un trabajo de contención para poder redirigir el encuentro a un momento más adecuado en el que se disponga de más tiempo para estar con ella.**

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

55

4.5 INTERVENCIÓN

NECESIDAD DE SUPERVISIÓN EXTERNA EN LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

La realidad muestra que, pese a prestar más atención a la intervención que se desarrolla en los espacios residenciales de tratamiento, la mayoría de mujeres están ubicadas en espacios de tratamiento ambulatorio o **prefieren acudir de forma más o menos regular a dichos espacios antes que acudir a un espacio residencial**. Cuando se dispone de formación en perspectiva de género y se ha instaurado un protocolo de detección de la violencia de género, se comprueba que la incidencia es muy alta, por lo que **resulta del todo necesario que el trabajo ambulatorio integral cuente con espacios de supervisión y acompañamiento de las profesionales**.

TRABAJO EN GRUPO Y COMUNITARIO ENTRE MUJERES

Las mujeres permanecen más tiempo en tratamiento ambulatorio cuando el trabajo relacional o el vínculo se ha trabajado bien con ellas. Se mantienen en abstinencia (o la mantienen durante largos periodos), pero desean seguir inmersas en un proyecto ilusionante de vida o porque conciben el grupo como un espacio de pertenencia que les permite autoconocerse y, por tanto, favorece la prevención de recaídas.

Es recomendable dejarlas estar, no forzar la salida o, en todo caso, señalarles que pueden volver siempre que lo necesiten, ante cualquier recaída. Ello no implica, el generar una dependencia del grupo, sino de proporcionarles espacios de cuidado, valoración y entendimiento, lugares seguros a los que **saben que pueden volver para recuperarse de las dificultades que van surgiendo** y donde no tienen que ocultar que están en riesgo de vulnerar sus objetivos terapéuticos.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

56

4.5 INTERVENCIÓN

Otra motivación para ellas puede ser convertirse en referentes de otras mujeres que están en etapas más iniciales y es muy necesario para estas últimas, pues no suelen conocer de forma cercana "casos de éxito" por el tabú que rodea los problemas de consumo y violencia en mujeres.

Nuestro objetivo final será facilitar a las mujeres el vínculo con otros espacios de autoconocimiento desde perspectiva de género, lo cual implica salir de los despachos, acercarse a esos otros espacios e invertir tiempo de trabajo en establecer redes y coordinación, **favoreciendo que no se estigmatice o expulse a las mujeres que acuden a él y exponen su problema de adicción.**

CARGA ASISTENCIAL Y TIEMPO DE PROCESO

Las mujeres llegan literalmente con cuestiones y procesos profundos que se deben trabajar y que requieren "su tiempo" de tratamiento, sobre todo en determinados momentos del proceso. **Sería recomendable incorporar personal especializado para permitir diversificar la carga asistencial de la profesional de referencia, para que no recaiga sobre una sola figura del equipo toda la intervención que ha de desarrollarse sobre cada paciente, y de hecho, es más que recomendable que al menos haya dos profesionales como referentes del caso.**

Debe haber un conocimiento por parte de todo el equipo de las situaciones, objetivos e intervención de cada mujer, así como facilitar que todo el equipo pueda establecer criterios similares en la intervención, pudiendo así prestar una mayor estructura y confianza a las mujeres. **Los centros deben integrar de forma transversal la perspectiva de género y la formación de todo el personal sin excepción.**

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

57

4.5 INTERVENCIÓN

HABILITAR ESPACIOS-TIEMPOS PARA LAS MUJERES Y TAMBIÉN PARA SUS HIJOS E HIJAS

Es necesario habilitar protocolos y espacios que permitan que puedan venir con sus hijos/as a cargo a la cita o al grupo, y que esto no suponga un problema para ellas. Es recomendable que se habilite un pequeño espacio en la sala de espera para niños y niñas, que sea visible para que todas las personas que acudan al centro, sepan que las criaturas son bienvenidas, y así, normalizarlo.

El centro debe facilitar que las mujeres puedan acudir en las circunstancias que presenten y que por situaciones donde no tienen con quién dejar a sus hijos/as abandonen las intervenciones. Es por ello, que si la situación no presenta más personas de referenciar ante el cuidado de los/las hijas, el hecho de intentar forzar que alguien de la familia, o el padre, se hagan cargo, supone una violencia más por parte del centro.

- **RECURSOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO**

PERFILES Y SITUACIONES VITALES DE ALTA COMPLEJIDAD

Trabajar en este tipo de recursos, se base en **acompañar, sostener, posibilitar cambios y mejoras en la calidad de vida de las mujeres con problemas de adicción y víctimas de violencias de género**, y que muchas veces, además, se encuentran en situación de calle, en situación de prostitución o de explotación sexual, con problemas de salud mental, con traumas por graves violencias sufridas (a las que han sobrevivido y siguen sobreviviendo), y cualesquiera otras circunstancias que podamos añadir, teniendo en cuenta la **interseccionalidad** en su situación vital.

Es necesario entrenar la capacidad de profesar un profundo respeto hacia los procesos de estas mujeres, aceptándolos, y tratar de acompañarlas a recuperar una vida habitable para sí mismas.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

58

4.5 INTERVENCIÓN

La actitud intencionada que también debe hacerse presente es la que **sugiere el rescate genuino de todo lo positivo que han hecho y siguen haciendo**, las estrategias de afrontamiento saludables que sí han aplicado, **su capacidad de resiliencia y superación de experiencias vitales tremendamente negativas**, etc. y ponerlo en valor continuamente.

Acompañar y motivar en cobrar conciencia de lo que podrían cambiar, con el apoyo correcto y con la motivación suficiente. **Y respetar el momento del proceso en que cada una se encuentra, y que puede verse afectado y ser variable en el tiempo según las circunstancias.**

Saber trabajar desde la perspectiva de los derechos humanos y la reducción de daños posibilita adecuar los objetivos de trabajo a la realidad y que como profesionales, no nos frustramos entendiendo además la complejidad, la ambivalencia de sus actos, y **sabiendo reconocer los “pequeños grandes avances”** cuando sí se dan.

Además, también hay que tener en cuenta para el equipo profesional, que en un recurso de reducción de daños fijar el objetivo de la abstinencia puede ser un error y se exija metas que no van a poder cumplir, puesto que el problema no reside en que la mujer no alcance dichas metas, sino que como profesionales en un recurso con características muy concretas mantengamos expectativas similares a programas libres de drogas.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

59

4.5 INTERVENCIÓN

TRABAJAR DESDE LA ACEPTACIÓN INCONDICIONAL Y EN PRO DE LO COLECTIVO

Los espacios que intervienen desde la óptica de la reducción del daño y perspectiva de género, tanto en modalidad ambulatoria como residencial, asumen como filosofía de partida que **la salida/expulsión del recurso como medida educativa no es una opción**. Esto nuevamente tiene que ver con un principio de aceptación incondicional de las usuarias y con el establecimiento de espacios de cobijo, y no tanto con una óptica de los límites impuestos desde afuera.

Un espacio específico de mujeres asegura que la violencia de género no va a producirse en él, pero eso no significa que sea un espacio libre de toda violencia, ya que ellas mismas reproducen violencias las unas sobre las otras en un cotidiano atravesado por la dificultad y el daño. **La labor educativa será que vayan interiorizando que el espacio de cobijo se construye desde un común relacional, entre mujeres, y que hay que cuidar cómo se relacionan, las unas con las otras**. Hay que construir un **pacto intragénero** de forma intencional, ya que dicho concepto no surge de una forma espontánea.

Toda acción que conlleve la alteración de la convivencia, que sea contraria a la generación de espacios de seguridad o sea disruptiva con relación a la buena práctica del tratamiento y funcionamiento del espacio, **deberá ser trabajada desde una lógica de intervención no sancionadora, sino educativa**, y de transformación personal y colectiva. Es importante trabajar en pro de las emociones éticas, del sentimiento de pertenencia, del cuidado de lo personal a través de lo colectivo y viceversa.

Las y los profesionales deben ser conscientes de su tono de voz, lenguaje no verbal, mensajes empleados ante situaciones conflictivas, etc. y formarse para la prevención e intervención en situaciones de crisis

*Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.*

60

4.5 INTERVENCIÓN

AUSENCIA DE NORMATIVA RÍGIDA COMO ELEMENTO DE RECUPERACIÓN

Se debe trabajar desde los acuerdos y las medidas negociadas entre equipo y usuarias y no desde las sanciones; una filosofía de trabajo que permite llegar a acuerdos con cada mujer favorece la necesaria individualización y le hace sentirse parte de su proceso y, sobre todo, parte del recurso.

Cabe destacar que:

- **No se sanciona el consumo dentro del espacio, sino que se establecen lugares concretos de consumo supervisado/acompañado por personal sanitario, donde éste se realiza de forma tranquila,** mientras que educativamente se trabaja para reducir los daños asociados al consumo, algunas formas de consumo en particular (y de mayor riesgo, como por ejemplo inyectarse en el cuello, genitales, etc.) y/o se trabaja sobre la reducción del propio consumo si así lo desea la usuaria. En esta modalidad de atención los consumos se convierten en una opción de trabajo, porque **se parte de que el problema no está en que la mujer consume, sino dónde, cómo, con quién, cuánto, por qué o para qué, se consume.**

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

61

4.5 INTERVENCIÓN

El consumo normalmente ha tenido una función en sus vidas, ha sido su herramienta de afrontamiento de las violencias. Así, se asume que una mujer no puede abandonar la herramienta que le ha resultado útil para afrontar sus experiencias dolorosas y traumáticas si no aprende o se dota de otras herramientas alternativas que cumplan con la misma función.

- En espacios de convivencia donde las mujeres compartan habitación, cuando una de ellas llega demasiado alterada por la sustancia y/o por las circunstancias que ha vivido fuera del centro (lo cual puede darse de forma más habitual en este tipo de recursos que en los de tratamiento, por las circunstancias vitales en que se encuentran las mujeres), **se aconseja que se proceda con una filosofía y actitud acogedora, en un espacio aparte, acordando con ella que no puede acceder a espacios comunes hasta que esté más relajada.** Se dejará para el día siguiente, cuando la mujer se encuentre mejor, el abordaje de la situación de llegada (qué le alteró, cómo se encuentra, por qué cree que llegó así al recurso, etc.).
- **Tampoco se sanciona la agresividad, sino que se trabaja para aprender a canalizarla.** Se intenta que aprendan a manejar de otra forma emociones como la ira, la rabia, la frustración, etc. Estos espacios deberían funcionar sobre la base de las relaciones de confianza y apoyo mutuo. **Si aparece la posibilidad de que dentro de los centros ocurran episodios de violencia, dejan de ser espacios de seguridad para todas.** Desde esta óptica, la reducción del daño no sólo se aplica a los problemas de abuso de drogas, sino también a los de violencia, ya que, de la misma manera que los consumos eran herramientas de afrontamiento de experiencias traumáticas, **la agresividad resulta ser, igualmente, un mecanismo de supervivencia más.**

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

62

4.5 INTERVENCIÓN

- **No se sanciona que roben, se busca la reparación del daño y la restauración de lo robado, si es posible.** En caso contrario, se les propone que realicen trabajos que proporcionen un bien común dentro del centro. También se les proporcionan espacios seguros donde puedan guardar sus pertenencias para evitar este tipo de sucesos.
- No hay una normativa rígida de horarios de entrada y salida, sino que se funciona desde las necesidades y demandas concretas que plantea cada mujer. **El centro debería configurarse como un lugar al que pueden volver SIEMPRE.** Por la noche se cierra (“se echa la llave”) y se recomienda no salir; pero si deciden salir, la intervención o trabajo debe encaminarse a que tengan claro que, pase lo que pase, pueden volver cuando lo necesiten y decidan.

Las experiencias de trabajo desde perspectiva de género parten de que es el propio centro el que se debe adaptar a las necesidades concretas de cada mujer y no al revés.

- Debemos tener en cuenta que hay mujeres que no acudirán a los espacios de trabajo convencionales, por lo que debemos aprovechar cualquier momento y espacio para hacerlo educativo.

Este tipo de organización interna resulta más complicada y ardua para el equipo pero, como se ha señalado, en el caso de las mujeres en las que confluyen múltiples ejes de exclusión, **proceder así se torna necesario para favorecer sus procesos de autonomía, capacidad de agencia y, sobre todo, para desarrollar un trabajo de lo personal en clave con política de género.** De hecho, si realmente se trabaja para favorecer su auto-organización, la experiencia muestra que pueden darse procesos muy interesantes desde el punto de vista grupal y comunitario.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

63

4.5 INTERVENCIÓN

TRABAJAR CON VIOLENCIA SEXUAL Y OTRAS VIOLENCIAS GRAVES

Las mujeres que están ubicadas en recursos de reducción del daño han sufrido violencias graves a las que han sobrevivido, pero de las que no han salido indemnes. Posiblemente esas experiencias vuelvan a ocurrir en sus vidas, puesto que los contextos de drogodependencia y marginalidad/exclusión social en los que se desenvuelven, se caracterizan precisamente por elevados niveles de violencia de género explícita, y ellas quedan expuestas a esas violencias cuando los transitan.

El personal que trabaja en estos contextos debe estar preparado para saber acoger y acompañar, para preguntarle/se: **¿Qué necesita? ¿descansar en una habitación sola? ¿asistencia médica? ¿acompañamiento psicológico? ¿no hablar de ello? ¿hablar? ¿dormir? ¿llorar? ¿distrarse? El centro debe dar respuesta a las necesidades que ella necesite como eje de cualquier actuación.**

SERVICIOS DE EDUCACIÓN DE CALLE Y ACOMPAÑAMIENTO EN MEDIO ABIERTO

Es importante contar en cualquier tipo de recurso con un espacio de cobijo físico al que las mujeres puedan acudir.

En el acceso al centro es necesario que las y los profesionales salgan de sus despachos para establecer vínculo con las mujeres en sus espacios de relación, es decir, en la calle, tratando de **contactar especialmente con poblaciones de mujeres que no llegan al recurso (espacios de prostitución, explotación sexual, por ejemplo, en albergues, en el acceso a puntos de tráfico de sustancias, etc.).**

Este tipo de actuación fomentará que en un futuro las mujeres hayan creado un vínculo y estén más dispuestas a realizar un tratamiento que las alejen del modo de vida que perpetua múltiples violencias, consiguiendo un desarrollo vital mucho más normalizado y adecuado.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

64

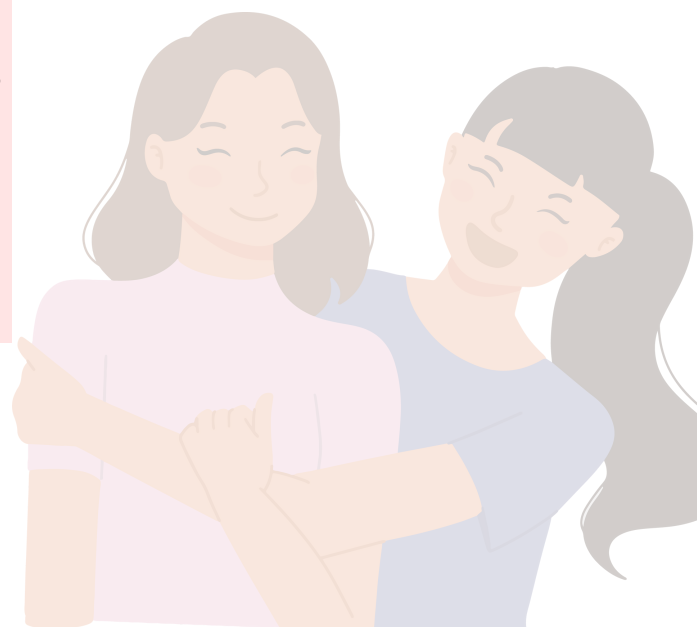
4.6 SEGUIMIENTO

Durante el proceso de deshabituación, es muy importante que realicemos un continuo **seguimiento** sobre la situación que presentan las mujeres, tanto sobre su consumo/juego como la situación de violencia. Por consiguiente, debemos de reevaluar el riesgo a través de la realización de entrevistas y una adecuada coordinación con el conjunto de instituciones que están involucradas en el proceso de intervención.

Para aquellas que hayan finalizado el proceso de deshabituación y víctimas de violencia de género, se mantendrá el seguimiento interinstitucional.

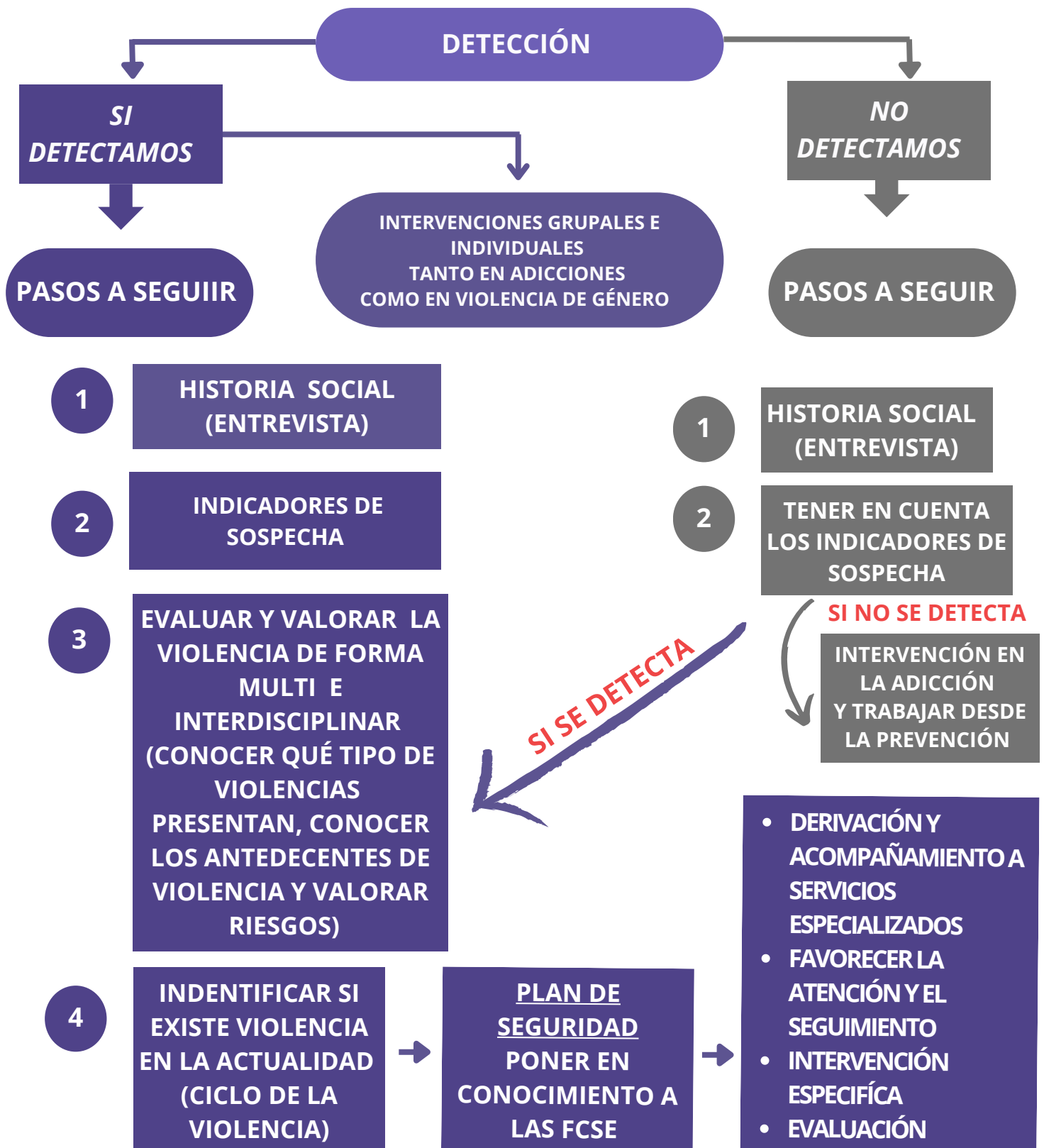
PUNTO A TENER EN CUENTA

En cuanto a mujeres en las que no se ha detectado la presencia de violencia de género en un primer momento, es importante también realizar un seguimiento para prevenir y/o encontrar nuevos posibles casos. Se podrá llevar a cabo a través del desarrollo de entrevistas con la mujeres cada cierto tiempo, donde recojamos en su historia clínica/social todos aquellos nuevos indicadores de sospecha detectados, en otras palabras, volveremos a iniciar el proceso de detección y evaluación.



Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción. Formación en perspectiva de género en el tratamiento de adicciones.

4.7 ESQUEMA PROTOCOLO DE ACTUACIÓN



*Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.*

66

4.8 RECURSOS Y TELÉFONO DE INTERÉS

- **Teléfono 016 - 016 online:** El Ministerio de Igualdad, por medio de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, presta el Servicio telefónico de información, de asesoramiento jurídico y de atención psicosocial inmediata por personal especializado a todas las formas de violencia contra las mujeres.
- **SERVICIO ATENPRO:** Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia contra las mujeres.
 - Teléfono: **900 22 22 92**
 - Información a Entidades Locales: atenpro@femp.es
 - Información Ministerio: atenpro-sei@igualdad.gob.es
- **SERVICIO DE ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO 24h COMUNIDAD DE CASTILLA LA MANCHA:** Atención permanente **900100114**.
- **SERVICIO DE ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO 24h COMUNIDAD DE MADRID:** Atención de emergencia y protección a las víctimas de violencia de género **900222100**.
- **INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO SOBRE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES:** **900191010**.
- Sospecha de situación de trata o de explotación sexual: **900105090**

EMERGENCIAS

- **GUARDIA CIVIL:** 062
- **POLICIA NACIONAL:** 091
- **TELÉFONO DE EMERGENCIAS:** 112

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

67

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castaños, M., Meses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer.

Chalmers, H., y Willoughby, T. (2006). Do predictors of gambling involvement differ across male and female adolescents? *Journal of Gambling Studies*, 22(4), 373-392.

Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: Un enfoque integrador [Psychological treatment of intrafamily child sexual abuse: An integrative approach]. *Behavioral Psychology*, 19(2), 469-486.

EMCDDA (2009), Women's voices: experiences and perceptions of women facing drug problems in Europe. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union

Granero, R., Penelo, E., Martínez-Giménez, R., Álvarez-Moya, E., Gómez-Peña, M., Aymamí, M. N. y Jiménez-Murcia, S. (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Comprehensive psychiatry*, 50(2), 173-180.

Håkansson, A. (2016). Diferencias de género en el Trastorno de Juego: Desde los aspectos clínicos hasta la respuesta al tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 17, 31-39.

Llort Suárez, A., Ferrando Esquerré, S., Borrás Cabacés, T., & Purroy Aritzeta, I. (2013). *El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias*.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

68

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Mark, M. E., & Lesieur, H. R. (1992). A feminist critique of problem gambling research. *British journal of addiction*, 87(4), 549-565.

Miquel, L., Roncero, C., López-Ortiz, C., & Casas, M. (2011). Diferencias de género epidemiológicas y diagnósticas según eje I en pacientes con Patología Dual. *Adicciones*, 23(2), 165-172.

Martínez- Redondo, P y Arostengui- Santa María, E. (2023). *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.

Ministerio de Sanidad (2021) Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud.

Nelson-Zlupko, L et al., (1996) "Women in Recovery. Their perceptions of Treatment Effectiveness". *Journal of Substance Abuse Treatment* 13(1), 51-59.

Bausela, Esperanza. (2010). Sánchez, R. (2009). Psicología y dependencia. De la ley a la intervención psicosocial. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca. *Psychosocial Intervention*, 19(1), 101-102. Recuperado en 10 de marzo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000100010&lng=es&tlng=es.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

69

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vázquez Fernández, M. J. (2012). *Ludopatía y mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. In IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género (pp. 2097-2107). Unidad para la Igualdad, Universidad de Sevilla.

Wardle, H., Moody, A., Griffiths, M., Orford, J. y Volberg, R. (2011). Definición del jugador en línea y patrones de integración de comportamiento: evidencia de la Encuesta británica de prevalencia del juego 2010. *Estudios internacionales sobre juego*, 11(3), 339-356.

Westermeyer, J. y A E Boedicker, (2000) "Course, Severity, and Treatment of Substance Abuse Among Women Versus Men". *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 26(4): 523-535.

Wardle, H., Moody, A., Griffiths, M., Orford, J. y Volberg, R. (2011). Definición del jugador en línea y patrones de integración de comportamiento: evidencia de la Encuesta británica de prevalencia del juego 2010. *Estudios internacionales sobre juego*, 11(3), 339-356.

Westermeyer, J. y A E Boedicker, (2000) "Course, Severity, and Treatment of Substance Abuse Among Women Versus Men". *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 26(4): 523-535.



Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción. Formación en perspectiva de género en el tratamiento de adicciones.

6.ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE POSIBLES CASOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

Nº	Cuestionario WAST Corto-CL (detección temprana)	Total
1a	En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja?	Detección temprana ≥3 puntos.
	Mucha tensión (3) <input type="checkbox"/> Alguna tensión (2) <input type="checkbox"/> Ninguna tensión (1) <input type="checkbox"/>	
2b	Usted o su pareja resuelven sus discusiones con...	
	Mucha dificultad (3) <input type="checkbox"/> Alguna dificultad (2) <input type="checkbox"/> Sin dificultad (1) <input type="checkbox"/>	

Sumado a las preguntas efectuadas en la fase de detección (WAST-Corto CL; Anexo 3c):

Nº	Cuestionario WAST Largo-CL (detección temprana)	Total	
3c	Al terminar las discusiones, ¿usted se siente decaída o mal con usted misma?	≥ 11 (1a-8h)	
	Muchas veces (3) <input type="checkbox"/> A veces (2) <input type="checkbox"/> Nunca (1) <input type="checkbox"/>		
4d	¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?		
	Muchas veces (3) <input type="checkbox"/> A veces (2) <input type="checkbox"/> Nunca (1) <input type="checkbox"/>		
5e	¿Siente miedo de lo que su pareja haga o diga?		
	Muchas veces (3) <input type="checkbox"/> A veces (2) <input type="checkbox"/> Nunca (1) <input type="checkbox"/>		
6f	¿Su pareja ha abusado de usted físicamente?		
	Muchas veces (3) <input type="checkbox"/> A veces (2) <input type="checkbox"/> Nunca (1) <input type="checkbox"/>		
7g	¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?		
	Muchas veces (3) <input type="checkbox"/> A veces (2) <input type="checkbox"/> Nunca (1) <input type="checkbox"/>		
8h	¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?		
	Muchas veces (3) <input type="checkbox"/> A veces (2) <input type="checkbox"/> Nunca (1) <input type="checkbox"/>		
Si una o más preguntas f,g y h son (+), incluso aunque total fuera < de 11 (asegurada la comprensibilidad de las preguntas)			Caso de Maltrato confirmado
Puntuación total de ≥ 11 si todas las preguntas f,g y h (-)			Alto grado de sospecha

Se recomienda preguntar a toda mujer por el antecedente de haber sufrido algún tipo de malos tratos en el pasado por otras parejas, o algún tipo de abuso en la infancia.

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

71

6.ANEXOS

ANEXO 2: MODELO ENTREVISTA MOTIVACIONAL INCLUYENDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombres y Apellidos:
Nº Expediente:
Fecha de nacimiento:
Estado Civil:
Domicilio Actual:
Teléfono:
D.N.I.:
Situación laboral:

1. SITUACIÓN FÍSICA

- Estado físico:

- Tratamiento farmacológico actual

HISTORIA DE CONSUMO/ O COMPORTAMIENTO ADICTIVO:

2 DISCURSO DE CAMBIO

- Desventajas de mantener la/as conducta/as adictiva/as:

1. ¿Qué lo preocupa de su situación actual?
2. ¿Tiene sentimientos de culpa? En caso afirmativo, ¿esos sentimientos de culpa son propios o es el entorno quien la hace sentir así?
3. ¿Le preocupa volver a recaer?
4. ¿Cómo le ha dificultado esto para hacer lo que usted quiere con su vida?
5. ¿Qué cree que ocurrirá si usted lo deja todo igual?
6. ¿Qué cree que motiva el consumo? ¿Existe alguna razón que pueda hacer que se resista a dejar el consumo?

- Ventajas del cambio, cese de consumo:

1. ¿Le gustaría que las cosas fueran diferentes? ¿Cómo?

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

72

6.ANEXOS

ANEXO 2: MODELO ENTREVISTA MOTIVACIONAL INCLUYENDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

2. ¿Cambiaría la percepción de sí misma si cesase el consumo?
3. Si imaginara su vida dentro de unos años, ¿Cómo le gustaría que fuera?
4. El hecho que usted esté aquí, indica que al menos una parte de usted piensa que es el momento para hacer algo. ¿Cuáles son las razones principales para hacer un cambio?
 - **Optimismo con respecto al cambio y evocación de posibilidades**
 1. ¿Se siente segura en este momento?
 2. ¿Qué piensa que podría funcionar para usted, si se decidiera a hacer un cambio?
 3. En algún momento de su vida, ¿ha hecho un cambio tan grande o significativo como este? ¿Cómo lo hizo?
 4. ¿Qué confianza tiene respecto a que puede hacer este cambio?
 5. ¿Alguna persona podría ayudarle a llevar a cabo este cambio? ¿Quién?
 6. ¿Cuánto quiere hacer esto?
 7. ¿Cree que hay alguna persona y/o situación que le podría dificultar el llevar a cabo este cambio?

3-BALANCE DECISIONAL

	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
Permanecer Abstinente				
Volver a consumir				

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

73

6.ANEXOS

ANEXO 2: MODELO ENTREVISTA MOTIVACIONAL INCLUYENDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

4 DINÁMICA FAMILIAR Y DE PAREJA

- ¿Cómo son sus relaciones familiares actuales?
- ¿Cómo reaccionó la familia ante el consumo?
- ¿Hay personas en su familia que hayan sido consumidoras?
- ¿Cómo han sido sus relaciones de pareja anteriores?
- ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato en su vida (psicológico, sexual, económico, social...)?
- ¿Cómo cree que han influido esas situaciones de maltrato en el consumo?
- ¿Alguna de sus parejas ha sido consumidora?
- ¿Cree que su pareja le ha podido incitar a comenzar y/o mantener el consumo?
- ¿Siente que es su obligación cuidar de su familia y/o pareja? En caso afirmativo, ¿Cuidar a los demás interfiere con su propio bienestar?
- ¿Tiene hijos o hijas? ¿Qué siente respecto a la maternidad?
- En caso de tener hijos/hijas, ¿Cree que el inicio de un tratamiento puede interferir con la crianza de sus hijos/hijas?

5 RELACIONES SOCIOINTERPERSONALES

1. Habilidades Sociales adquiridas y Autoestima
2. Relaciones interpersonales, evolución durante el consumo, e implicación emocional en las mismas.

6-DESEMPEÑO LABORAL

1. Formación académica
¿Le gustaría seguir formándose académicamente? ¿En qué áreas?
2. Situación laboral actual
3. Capacidad Laboral
 - Trabajos realizados y motivo de finalización
 - Formación
 - ¿Qué formación laboral tiene?
 - ¿Qué cursos de formación laboral ha realizado?
 - ¿En qué le gustaría trabajar?
 - ¿Qué ha hecho en los últimos meses para encontrar trabajo?

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

74

6.ANEXOS

ANEXO 2: MODELO ENTREVISTA MOTIVACIONAL INCLUYENDO LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

7-OCIO Y TIEMPO LIBRE

- ¿De cuánto tiempo libre dispones a lo largo del día?
- ¿Cómo es un día normal?
- ¿Qué sueles hacer en un fin de semana?
- En tu tiempo libre, ¿prefieres salir o quedarte en casa?
- ¿Qué actividades de ocio te gustaría realizar, y todavía no has realizado?

8-OBJETIVOS

Fuente: elaboración propia





**Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
 Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
 adicciones.**

6.ANEXOS

ANEXO 3: EJEMPLO ENTREVISTA VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL

ENTREVISTA DE VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL

VALORACIÓN A NIVEL SOCIAL	
SITUACIÓN FAMILIAR	
ESTADO CIVIL : CONVIVENCIA ACTUAL: Nº DE HIJOS/AS : Nº HIJOS/AS QUE CONVIVEN CON ELLA: ¿CONVIVE CON LA PAREJA? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	RED DE APOYO ¿Cuenta con apoyo de personas cercanas con las que poder confiar o desahogarse cuando tiene problemas o dificultades? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Si ha marcado "sí": <input type="radio"/> Familia directa <input type="radio"/> Amistades <input type="radio"/> Compañeros/as de trabajo <input type="radio"/> Otro
OBSEVACIONES	
SITUACIÓN SOCIO – LABORAL	
NIVEL DE ESTUDIOS	SITUACION LABORAL
<input type="radio"/> SIN ESTUDIOS <input type="radio"/> PRIMARIOS <input type="radio"/> SECUNDARIOS <input type="radio"/> FP GRADUADO MEDIO –SUPERIOR <input type="radio"/> UNIVERSITARIOS <input type="radio"/> OTROS	<input type="radio"/> ACTIVA - Lugar y oficio: <input type="radio"/> DESEMPLEADA
RECURSOS DONDE HA ACUDIDO ANTERIORMENTE	
<input type="radio"/> Servicios Sociales <input type="radio"/> Centro de la mujer <input type="radio"/> Centro de salud <input type="radio"/> FCSE <input type="radio"/> OTROS:	OBSERVACIONES
VALORACIÓN A NIVEL EMOCIONAL (SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS)	
VALORACIÓN A NIVEL FÍSICO (SÍNTOMAS FÍSICOS)	

**Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.**

76

6.ANEXOS

ANEXO 3: EJEMPLO ENTREVISTA VALORACIÓN BIOPICOSOCIAL

VALORACIÓN DEL MALTRATO	
TIPO DE VIOLENCIA	CICLO DE LA VIOLENCIA EN EL QUE SE ENCUENTRA LA VÍCTIMA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Violencia física ○ Violencia psicológica ○ Violencia sexual ○ Violencia económica ○ Otra 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fase 1: acumulación de tensión ○ Fase 2 : explosión ○ Fase 3: luna de miel (arrepentimiento)
FRECUENCIA DEL MALTRATO	
HISTORIA DE CONSUMO	
HISTORIA DEL MALTRATO	
<p>Preguntas recomendadas:</p> <p>¿Aumentaba o aumenta tu consumo a sustancias o al juego cuando se desarrollan o se han desarrollado las manifestaciones de violencia?</p> <p>¿Piensas que se puede relacionar tu consumo o juego con la violencia que vives o has vivido? Si es así ¿cómo lo relacionarías?</p> <p>¿Te has sentido obligada a consumir como estrategia de control por parte de tu agresor?</p> <p>En alguna ocasión, ¿te han amenazado con separarte de tus hijos/as si comienzas un proceso terapéutico?</p> <p>¿En algún momento te han impedido comenzar un tratamiento terapéutico?</p>	

Fuente: elaboración propia

***Desafiando el doble estigma en las mujeres con adicción.
Formación en perspectiva de género en el tratamiento de
adicciones.***

77

6.ANEXOS

ANEXO 4: RECOMENDACIONES DE LA ENTREVISTA PARA LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- Estar alerta a la actitud de la pareja (muchas veces insistirá en estar en la entrevista, debemos abundar en que la entrevista es individual.
- Tener en cuenta el lenguaje no verbal (especialmente si se encuentra la pareja presente)
- Mantener la escucha activa en todo momento, para observar y detectar las demandas que hace la mujer.
- No tender a la generalización (no todas las situaciones son iguales).
- Mostrar apoyo por parte de los/las profesionales en todo momento y hacerles sentir seguras y en confianza .
- No interrumpir ni excedernos con las preguntas. Debemos dejar que sea ella quien cuente su propia historia, sin sentirse obligada.
- NO adoptar en ningún momento una actitud paternalista.
- NO emitir juicios de valor.
- Brindar en todo momento apoyo para poder compatibilizar el proceso terapéutico con la maternidad.