

30 años ASOCIACIÓN
AVANT
1987-2017

JORNADA TÉCNICA AVANT

ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

“Espacio para el aprendizaje e intercambio de conocimientos”

Complejo Deportivo Cultura La Petxina. Valencia, 26 de Junio de 2018

Con la Colaboración de:



www.asocavant.org



JORNADA TÉCNICA AVANT

ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

“Espacio para el aprendizaje e intercambio de conocimientos”

Complejo Deportivo Cultura La Petxina. Valencia, 26 de Junio de 2018

COMITÉ ORGANIZADOR DE LA JORNADA

Presidentes:

Francisco Jesús Bueno Cañigral
Rosa María Soriano Redondo

Secretaria:

Pilar Piera Tarazona

Vocales:

Ricardo Pérez Gerada
Carmen López Tarazona
Vicent G. Ferrer i Marco
María José López Tarazona
Javier Cencillo Lorente

Editores:

Francisco Jesús Bueno Cañigral
Rosa María Soriano Redondo
Carmen López Tarazona
Pilar Piera Tarazona



PROGRAMAS AVANT

Programa de Atención a Familias

Intervención en Conductas Adictivas

Unidad de Valoración y Apoyo en Drogodependencias

Adicción y Violencia contra la Mujer

Más de 30 años de movimiento asociativo, participando y dando respuesta a la sociedad en cuanto a conductas adictivas y violencia de género se refiere. 30 años de esfuerzo, ilusión y esperanza en el trabajo realizado. 30 años de experiencia que avala un pasado, un presente y un futuro. Más de 30 AÑOS ESTANDO PRESENTE.

ÍNDICE de INTERVENCIONES

Inauguración

D^a María Such Palomares, Directora General del Institut Valencià de les Dones y per la Igualtat de Gènere

D^a Maite Girau Meliá, Regidora de Sanitat, Salut i Esports, Ajuntament de València.

D^a Rosa M^a Soriano Redondo, Presidenta de AVANT.

Conferencia Inaugural

D^a. Patricia Martínez Redondo. “Uso de Drogas Adicciones y Violencia desde la Perspectiva de Género”. Antropóloga y Educadora Social de Madrid.

Mesa Redonda. Prevención

D^a. Lorena Giménez Manrique. “Violencias sexuales en Ocio Nocturno: formación del staff en prevención y actuación”. Psicóloga de la Universitat de les Illes Balears - Oficina de la Universidad Saludable y Sostenible de Palma de Mallorca.

D^a. Sonia Rubio Jansana. “Adolescencia, drogas y Violencia de Género: experiencias preventivas en el ámbito educativo”. Antropóloga y Educadora de la Asociación Educación para la Acción Crítica (EdPac). Barcelona

D^a Antonia Arjona García. “La prevención desde la proximidad. El ámbito municipal”. Psicóloga de Prevención Familiar. PMD/UPCCA-València. Concejalía de Sanidad y Salud. Ajuntament de València.

Mesa Redonda. Acogida y Atención

D^a. Paqui Hidalgo Reja. “De la Adicción a lo Invisibilizado”. Educadora Social y Coordinadora Técnica de la Asociación APOYAT de Villanueva de la Serena (Badajoz)

D^a Carmen López Tarazona. “Adicción y Violencia Contra la Mujer”. Trabajadora Social y Coordinadora de programas de Asociación AVANT de Valencia.

D^a. Aura Roig Forteza. “Metzineres. Entornos de Cobijo para Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo a Violencias”. Antropóloga y Directora del Programa Metzineres de la Fundació Salut y Comunitat de Barcelona.

D^a Francisca Herrero Cuesta. “Respuesta Institucional ante Situaciones de Violencia de Género: mujeres con problemas por uso de sustancias y/o con otros problemas de salud”. Trabajadora Social de la Unidad de Conductas Adictivas de Massamagrell (Valencia).





D^a Rosa M^a Soriano Redondo. Presidenta de AVANT.

JORNADA TÉCNICA: ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO. “Espacio para el aprendizaje e intercambio de conocimientos”

Buenos días! Bienvenidas y bienvenidos a la Jornada Técnica: **“Adicción y Violencia de Género”**.

En primer lugar, me gustaría agradecer en nombre de la Asociación, vuestro interés y participación en esta jornada. Vuestra respuesta nos ayuda a seguir impulsando iniciativas que defiendan los derechos de las personas y de los colectivos más vulnerables.

Queremos que esta jornada sea un espacio para el aprendizaje e intercambio de conocimientos.

Me vais a permitir que, en estas primeras palabras, cite a Marcela Lagarde Antropóloga e investigadora, autora de numerosos artículos y libros sobre estudios de género, feminismo y desarrollo humano, quien nos enseña y remarca que la autonomía unida a la autoestima es un proceso indispensable para conseguir el empoderamiento personal y colectivo de las mujeres.

Lagarde, defiende que la autonomía lleva a una nueva identidad como sujetos femeninos, que confiere poder y que empodera en cuanto al conocimiento pasado y del presente, subrayando la importancia de las mujeres en la sociedad. Esto impulsa, ya libre de prejuicios sexistas, a sentir seguridad y a reivindicar el merecido espacio de las mujeres en la vida pública. Es necesario ir adquiriendo conciencia de género, fortaleciendo la dignidad y autoestima de la mujer a la vez que se propicia la ocupación de espacios públicos.

Son estos cimientos los que sustentan y dirigen el programa “Adicción y Violencia Contra la Mujer” que desarrolla nuestra Entidad desde hace algunos años. Trabajar con las mujeres que atendemos significa escuchar atentamente, comprender y responder a sus necesidades para que puedan empoderarse en una sociedad compleja y competitiva.

A lo largo de la Jornada de hoy podremos escuchar y conocer algunas experiencias que se llevan a cabo como respuesta a esas necesidades. Quisiera señalar, como podéis comprobar hoy, el gran interés que ha suscitado esta jornada, situación que, por un lado, nos satisface pero también nos plantea un nuevo reto en la posibilidad de organizar una segunda edición.

No quiero finalizar sin agradecer muy especialmente al Plan Municipal de Drogas de la Regidoria de Sanitat, Salut i Esports de l’Ajuntament de València la confianza y el apoyo a nuestra Asociación que ha posibilitado la organización y realización de esta jornada.

Para nuestra Entidad es importante dar visibilidad a este trabajo, un deseo para que nuestras instituciones pongan en valor el esfuerzo conjunto, las sinergias y el trabajo en equipo. Señalar y

apoyar a nuestras instituciones para que sea real el trabajo dirigido a las mujeres más desfavorecidas en nuestra sociedad.

Una sociedad saludable contribuye a su bienestar y, ésta, es una de las finalidades que compartimos en el desarrollo de nuestras actividades.

Nuestra entidad, como ya sabéis, trabaja desde la perspectiva de género, y es por ello que es doblemente un placer y un orgullo que podamos abrir esta jornada con dos mujeres que representan a nuestras instituciones trabajando al servicio de las personas.

Ahora, sin más dilación tenemos el honor de contar con la presencia de la Directora General de l'Institut Valencià de les Dones i per la igualtat de Gènere, la Ilustrísima Sra. D^a María Such Palomares, y la Regidora de Sanitat, Salut i Esports de l'Ajuntament de València, Ilustrísima Sra. D^a Maite Girau Meliá.

D^a. Patricia Martínez Redondo. Antropóloga y Educadora Social de Madrid.

“Uso de Drogas Adicciones y Violencia desde la Perspectiva de Género”.

Objetividad es el nombre que se le da en la sociedad patriarcal a la subjetividad masculina
Adrienne Rich (1979)

Este artículo es un breve resumen de la ponencia expuesta en las Jornadas *Adicciones y Violencia de Género. Espacio para el intercambio de experiencias*, realizadas el 26 de junio de 2018 en Valencia, y organizadas por la Asociación Avant. Para complementarlo es necesario acudir a las lecturas referenciadas al final de cada apartado, con enlace disponible para su descarga gratuita.

La violencia que sufren las mujeres en contextos de uso/abuso/dependencia de sustancias no es una consecuencia de ese consumo. Existe en los equipos profesionales una dificultad de análisis en este sentido, ya que se interpreta que las mujeres sufren esta violencia por la drogodependencia o por el uso de sustancias, y no por razón de género. Esto entronca con la falta de formación en este sentido. Sí existe una interrelación específica, y dinámicas concretas que debemos analizar desde perspectiva de género, pero antes de ello, habrá que hacer entonces una breve definición del concepto de género.

¿QUÉ ES EL GÉNERO? UNA PREGUNTA OBVIA QUE NO LO ES TANTO...

Existe suficiente bibliografía en la que se explica el ‘género’ y qué significa. Sin embargo, sigue sin ser un concepto, teorías y perspectivas de análisis que se hayan incorporado efectivamente en los medios profesionalizados de intervención en las adicciones.

En espacios no especializados se suele definir el género como el conjunto de lecturas socioculturales a partir de un dato entendido como “biológico”¹(*): el sexo; lo masculino y lo femenino (género) vienen a designar normas, valores, formas de comportamiento, de vestir, de expresarse, sentir, etc. para los dos sexos definidos-designados: hombre y mujer.

Sin embargo, no podemos quedarnos en esa definición básica, ya que el elemento central que nos desvela este concepto es el de la desigualdad estructural entre hombres y mujeres, la cual es consecuencia de la minusvaloración de un género (el femenino) frente al otro (el masculino): el sistema sexo/ género (Gayle Rubin, 1975) nos revela el género como principio de organización social

1. *Anne Fausto-Sterling, bióloga, plantea en su libro Cuerpos sexuados (2001) que la categoría “sexo” como una realidad dicotómica no deja de ser una categoría social derivada del sistema de género, que necesita esa dualidad. Ella examina la realidad de la intersexualidad, y explora la posibilidad del cuerpo humano en múltiples categorías más allá de solo dos.*

con un marcado carácter jerárquico. Además, plantea que esa construcción no es innata, es construida, y por tanto: modificable. Sin embargo, está tan naturalizada, que se toma como realidad dada y se invisibiliza los mecanismos por los cuales se crea.

El género es un principio de organización social que genera / se inscribe en la subjetividad e identidad. Es un concepto relacional, procesual y dinámico, estando su contenido en continua transformación. Sin embargo, sus bases son: la dicotomía 'hombre-mujer' (estableciéndola como algo *natural* y con la heterosexualidad como sistema también *naturalizado* de organización del deseo), y que conlleva la subordinación y minusvaloración de lo asociado al género femenino-las mujeres (los cuerpos leídos mujeres²(*).

El género actúa como fuerza de exclusión de las mujeres y lo asimilado a “lo femenino” → tanto a nivel estructural (los trabajos de cuidado y reproducción de la vida humana no dan derechos en esta sociedad, si los adquieres es a través del empleo; y los empleos tradicionalmente femeninos son tareas derivadas de los cuidados y están en las escalas más bajas de salario) como a nivel interpersonal directo (ante el mismo comportamiento, las mujeres reciben mayor sanción o sesgo de género).

Las mujeres, al igual que los hombres, no son “un colectivo”. Existe una “Interseccionalidad” → Ejes de opresión en coexistencia, y sistemas de privilegios, que nos atraviesan a todas las personas: “Clase socioeconómica” - “Color de piel” - “Discapacidad/Diversidad Funcional” - etc. Pero en drogodependencias hemos pasado de la invisibilización a la esencialización: las mujeres y sus experiencias son situadas como “lo otro” (tenemos necesidades “específicas”, “especiales”) frente a los hombres y sus experiencias, que son referencia de “la norma(lidad)” (no tienen necesidades específicas). Por tanto, hablar de mujeres (y de varones) no garantiza que se aplique la perspectiva de género. Hablar en clave de perspectiva de género es acceder a un marco *analítico* y *comprehensivo*, más allá de la ‘*descripción*’ de la “realidad” → ofrece todo un cuerpo teórico para poder examinar las drogodependencias y adicciones sin sustancias, introduciendo cuestiones que pueden ofrecer un referente para al análisis de esas diferencias *percibidas*.

Sin embargo, en nuestro ámbito se emplea ampliamente el término 'género' como sinónimo de 'sexo'³(*), y se abordan como *características dadas* las diferencias percibidas en el consumo de sustancias y adicciones comportamentales de hombres y mujeres.

VIOLENCIA DE GÉNERO Y CONDUCTAS ADICTIVAS

La violencia de género es una violencia específica hacia las mujeres, fruto del sistema estructural de

2. Nos referimos al proceso sociosubjetivo/construcción de lo que se entiende /lee socialmente como “mujer”, muy ligado a lo cis. En este sentido es necesario señalar que hay cuerpos no leídos socialmente como mujeres, que lo son; hablamos del género como identidad.

3. En su acepción tradicional, no en la propuesta por Anne Fausto-Sterling.

desequivalencia entre hombres y mujeres. Sus manifestaciones son múltiples, y aquí examinaremos algunas de las manifestaciones más directas y que nos encontramos habitualmente en este ámbito de intervención. Se recomiendan lecturas de ampliación al final de este apartado, directamente relacionadas con la aclaración de conceptos: violencia de género, machista, contra las mujeres, homofobia, transfobia... puesto que fruto de este sistema hay muchas otras violencias directamente relacionadas, pero su acepción original tiene que ver con la violencia ejercida sobre las mujeres por el hecho de serlo (1993, ONU. 1995, IV Conferencia Mundial de la ONU sobre la mujer, Beijing)

VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual se presenta como un ámbito que debería ser específico de intervención en los tratamientos. Existen pocos estudios, pero los pocos que hay detectan que más del 60% (a veces incluso el 80 o 90% de la muestra) de las mujeres en tratamiento han sufrido violencia sexual⁴ (*) por parte de los hombres, así como abusos sexuales en la infancia y adolescencia (Irefrea, 1998 – 2004; Corral, P. 2006; Díaz Salazar, M. 2009; Amor, P.J. et al 2007). También en la experiencia profesional se detectan porcentajes muy elevados.

Así mismo, en los espacios nocturnos de ocio y consumo de sustancias se dan múltiples agresiones sexuales (en distintos grados) a mujeres (Informes del Observatorio Noctámbul@s desde 2013/14, disponibles al final de este apartado).

Sin embargo, es una realidad que sigue sin incorporarse a los tratamientos (la adicción como síntoma de estas violencias recibidas y no tratadas), y en ámbitos de prevención de conductas de riesgo se sigue enfocando las violencias sexuales como un riesgo del consumo, en lugar de situarlo en su contexto específico: la violencia de género. Ejemplo: el Ministerio de Sanidad ha elaborado campañas de prevención en 2007, 2011 y 2017 que aluden directamente al riesgo de mantener relaciones sexuales para las chicas bajo efectos de sustancias, en relación a la posibilidad de la agresión sexual. Lo sitúa así como una consecuencia del consumo, cuando para los chicos esa posibilidad no es un riesgo, luego: ¿qué tiene que ver con el consumo? (evidentemente el consumo afecta a los mecanismos de control, reacción, etc. pero no es la causa de la posibilidad de agresión sexual para las chicas, como tampoco es baladí que se enfoque como riesgo el mantener relaciones sexuales bajo efectos de sustancias – campaña del 2011 “Esto no debería ser normal”- exclusivamente en las chicas...).

Existe una doble penalización social de las mujeres que consumen drogas o tienen problemas de drogodependencia: fallo a los roles normativos genéricos designados para las mujeres

4. *Es alarmante el hecho del elevado porcentaje en mujeres en tratamiento que presentan esta realidad. Encontramos en la experiencia profesional que algunos hombres también han sufrido abusos sexuales en la infancia o incluso agresiones sexuales en etapa adulta, pero por parte de otros hombres y muchas veces en contextos de privación de libertad. Las agresiones a mujeres son habituales en el entorno social más inmediato: familiares, amigos, conocidos.*

(‘(buena)esposa’, ‘(buena)madre’, ‘(buena)hija’). En el imaginario colectivo no es esperable la imagen de ‘mujer delincuente’ o ‘mujer drogodependiente’ (se juzga con más dureza a una mujer “borracha” que a un hombre “en estado de embriaguez”) y esto se traduce en una mayor incompreensión → falta de apoyo en el entorno social inmediato. Así mismo, se produce una ocultación consumo (con lo que se detectan más tarde los consumos problemáticos) durante más tiempo (cuando piden tratamiento presentan mayores criterios de gravedad en la adicción).

Hay que prestar especial atención al deterioro de las relaciones familiares de forma cualitativamente distinta por el hecho de ser mujer drogodependiente (y de relación madre/hija en particular), estando preparados/as como profesionales para la posibilidad de abusos sexuales intrafamiliares, que difícilmente van a manifestarse abiertamente en el trabajo familiar.

A nivel social existe una permisividad, una justificación social a la violencia que sufren mujeres bajo efectos de sustancias. En la violencia sexual existe una culpabilización de las mujeres, sobre todo de aquellas que se alejan de la idea de la “buena víctima” ... Y una mujer bajo efectos de sustancias, o drogodependiente, o con conductas adictivas... ¿no lo es?...

*Ver video de **Inés Hercovich**: “Por qué las mujeres permanecen en silencio después de un ataque sexual”. TedTalks. Septiembre 2015.*

Disponible en:

https://www.ted.com/talks/ines_hercovich_why_women_stay_silent_after_sexual_assault?language=es#t-838412

Y un último apunte necesario: si no se va a intervenir desde una psicología feminista, una óptica de reconocimiento de la violencia sexual como una violencia estructural, es mejor no intervenir, puesto que se pueden dar procesos de revictimización.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA

El caso del recurso “Mariana Pineda” en Madrid.

Este es un caso específico que bien puede arrojar luz sobre algunas problemáticas que aún hoy encontramos en las redes de atención a la violencia en la pareja/ex pareja y las adicciones.

Son redes segmentadas, que no se coordinan, y en ambas se detectan casos de mujeres con problemas de adicción y violencia (en una), o de violencia y adicción (en la otra). Que sea detectado en una u otra red no es un detalle sin importancia, puesto que pone de relieve cuál es el problema que la mujer percibe como principal o que la impulsó a pedir ayuda...

Este recurso fue un piso específicamente dirigido a mujeres con problemas de adicción que estuviesen en situación de violencia en la pareja o ex-pareja, coordinado con ambas redes municipales de atención. Poco tiempo después de su puesta en marcha perdió la especificidad de

drogas puesto que las plazas no se cubrían, y pocas mujeres con problemas de adicción lograban acceder al recurso desde la red de atención a drogas. Tras la investigación realizada en 2010 para UNAD (disponible al final de este apartado), se concluyó que múltiples factores estaban interviniendo para que este recurso pareciera como “no necesario” en tanto que no se cubrían las plazas... Pero el problema no es que no fuera necesario, antes, al contrario, sino que no estaba diseñado para atender esta realidad en conjunción.

Veamos los diferentes factores:

- *Relacionados con el diseño del recurso y los equipos profesionales*

No se analizaba la intervención en términos de protección, sino que se supeditaba a que hubiera una abstinencia (se exigía la misma para acceder al recurso). Muchas mujeres drogodependientes llegaban en situación de emergencia (después de una paliza, por ejemplo), y no estaban abstinentes en esos momentos, con lo que terminaban sin poder entrar en el recurso.

Las personas profesionales entrevistadas argumentaban que había un gran problema en el no “reconocimiento” del problema del maltrato en las mujeres con problemas de adicción. Si tuviéramos que hacer un análisis de este problema de reconocimiento, deberíamos aplicar el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente, así como hacernos con el conjunto de habilidades de la Entrevista Motivacional para poder trabajar... Las mujeres en tratamiento ya han recibido el estigma de drogodependiente, y a eso había que sumar el estigma de mujer maltratada. Los y las profesionales parecen olvidar el estado de precontemplación de una persona en la toma de conciencia de un problema... Y además con la complejidad que encierra en el caso del maltrato dentro de la pareja en cuanto a mandatos de género, ambivalencia, repetición de patrones, adherencia a la relación y expectativas de que la violencia desaparezca... Una vez más se ponía de relieve la falta de formación específica en esta materia.

Se producía también un choque entre lo que las personas de los equipos de violencia identificaban como “situación de emergencia” vs. “necesidad social de vivienda” → se creaba así un criterio de exclusión fundamentado en la no idoneidad del recurso para mujeres que aun estando en situación de violencia en la pareja o expareja, no accedían al recurso al interpretarse que su motivación era la necesidad de vivienda, no alejarse del maltratador.

En muchas ocasiones se interpretaba la situación de estas mujeres en términos de “violencia bidireccional”. Es necesario introducir elementos diferenciales por razón de género a la hora de analizar la violencia que podamos observar dentro de una pareja (violencia sufrida / ejercida es cualitativamente diferente por razón de género). No negaremos las diferentes violencias que puedan darse, pero sí afirmaremos que existe un problema de identificación de la violencia de género específicamente, y de nuevo: una responsabilización de las mujeres drogodependientes de la violencia sufrida.

Otro elemento importante fue que mujeres en situación de emergencia (y que han consumido en esa situación, luego: no pueden ingresar en recurso acogida) a las que se ha ingresado en desintoxicación hospitalaria, luego han preferido irse a Comunidad Terapéutica, dentro de la Red de Drogodependencias, en vez de a este recurso específico. Allí no se trabajará la situación de violencia sufrida, que además se percibe como pasada.

- *Relacionados con las mujeres en esta situación:*

No identifican la necesidad de intervención; tienen un alta "tolerancia" a la violencia en sus relaciones, sin que esto signifique responsabilizarlas en el hecho de estar siendo agredidas en un sentido de "tolerar-permitir" el maltrato, sino que están inmersas en relaciones violentas y las han integrado en su cotidiano, es "lo normal".

Muchas entienden que es normal que se les pegue si se drogan (además "se entiende" que el compañero sentimental se torne más agresivo cuando está bajo efectos de la sustancia). Además: ¿cómo van a denunciar? (protección; causas pendientes; consumo activo...)

Presentaban una conjunción de cuestiones directamente relacionadas con el género, que necesitan de un abordaje integral: -"dependencia emocional" vs adherencia a la relación + mandato género tener pareja para sentirse completa + baja autoestima + vergüenza y estigma como mujeres por el hecho de ser drogodependientes, etc. - que siguen sin integrarse en el trabajo de los tratamientos en drogodependencias en general, ya que se concibe la adicción y los procesos de recaída como algo ¿no inter-relacionado con todos estos factores en las mujeres?.

ALGUNAS PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN

- ¿Propuesta de protocolos de coordinación con recursos especializados ¿vs.? Creación de dispositivos y recursos que proporcionen atención integral?

Hay que garantizar el derecho de acceso a la red de atención a violencia para las mujeres con problemas de adicción. A día de hoy están en desventaja con el resto de población general. Por otro lado, en la red de adicciones debemos formarnos específicamente en la materia: círculo de la violencia, vínculo con el maltratador, etc. // Atención en Violencia Sexual desde Perspectiva Feminista. No se trata tanto de derivar o coordinarse como de integrar que se necesitan equipos profesionales sensibilizados y preparados para una atención integral desde perspectiva de género, sea desde la red que sea.

- Aprender de las buenas prácticas

L'Espai Ariadna, recurso residencial para mujeres con la doble problemática, y con y sin hijos/as, y

Metzineres, reducción de daños y entornos de cobijo para supervivientes a violencias. Fundación Salud y Comunidad, Barcelona.

- Asociación Avant, Valencia. Programa de Prevención de Recaídas desde Perspectiva de Género con Mujeres. Mayor adherencia al tratamiento.
- Apoyat, Extremadura. Recurso residencial para mujeres con y sin hijos/as.
- Trabajar la “Autoestima “de género”

‘La autoestima no es voluntaria, espontánea o natural. (...) proviene de las condiciones de vida y de lo que cada una ha experimentado al vivir su vida’. Marcela Lagarde

- Minusvaloración constitutiva de la construcción social del género femenino
- La abstinencia no conlleva una mejora de la autoestima por sí misma
- Ejercicio de delimitación de una misma y lo que una quiere
- Vínculo vs. rivalidad entre mujeres (falta de pacto intragénero)
- Reconversión de lo relacional como herramienta de empoderamiento
- Claves feministas para la autoestima (dotarse de contenidos desde perspectiva de género)
- Trabajo con grupos de mujeres

No significa que sustituyan a los grupos mixtos (¿o sí?)

Herramienta de intervención complementaria a la intervención psicológica individual.

Permiten que las mujeres compartan experiencias y cobren conciencia de la situación estructural en la que se encuentran por razón de género.

Permiten trabajar temas que en grupos mixtos, normalmente de mayoría masculina, “no salen”.

Permiten generar el clima grupal necesario para su abordaje.

En otros grupos específicos de mujeres, fuera de las redes de drogodependencia, las mujeres suelen esconder este hecho (posibilidad expulsión además por tratamiento).

Metodología flexible, contenidos adaptables, y formulación indirecta. Confidencialidad como requisito indispensable.

Estas propuestas se desarrollan ampliamente en:

MARTÍNEZ REDONDO, Patricia. *Extrañándonos de lo ‘normal’. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes.* Horas y HORAS la editorial, Colección cuadernos inacabados nº 57, 2009 Disponible para descarga:

<http://www.generoydrogodependencias.org/2015/09/25/extranandonos-de-lo-normal/>

... porque: *¿cómo recoger la vida de unas mujeres, su trayectoria y vivencias, en unas páginas... en unas palabras ordenadas y dispuestas en la lógica de un libro? Porque de eso se trata mi trabajo: de introducirse de lleno en la vida de unas personas, de analizar con ellas y poner sobre la mesa una trayectoria en la que las drogas y su adicción, no son más que una parte de todo un entramado que es la vida cotidiana... esa que habitamos y en la que nos relacionamos, existimos... somos.*"

Y para finalizar, me gustaría ofrecer algunas claves específicas en el ámbito de la intervención en las adicciones:

- Es necesario plantearse que la prevención y la intervención están íntimamente relacionadas entre sí y con la reflexión sobre nuestra propia práctica: la teoría.
- ¿Qué entendemos por 'drogodependencia', por 'adicción'? ¿Desde qué modelo de análisis e intervención nos situamos? ¿Qué opinamos sobre los consumos recreativos? ¿Todo consumo es problemático?, etc.
- Enfoque Multidimensional (o Multisistémico) propuesto por Carrón y Sánchez (1995)
- La entrevista motivacional (especialmente en el momento de separación del maltratador, para una posible preparación al cambio)
- Modelo transteórico del cambio de Prochaska y DiClemente (1984)
- Necesidad equipos INTERdisciplinarios

Más manuales para la intervención:

Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Asecedi, 2008. Patricia Martínez Redondo <http://www.generoydrogodependencias.org/2010/08/19/perspectiva-de-genero-aplicada-a-las-drogodependencias/>

Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias.

http://www.generoydrogodependencias.org/wp-content/uploads/2010/07/capitulo_05_perspectiva_de_genero.pdf

(el documento es el capítulo 5 seleccionado, por lo que no viene reflejado el título ni la autoría: "***Guía Juventud, alcohol y cocaína***" Cruz Roja. 2010, Patricia Martínez Redondo)

Investigación sobre la intervención en Drogodependencias y Malos Tratos a Mujeres en las Redes de Atención. Martínez Redondo, Patricia. 2010 UNAD Descarga: <http://www.generoydrogodependencias.org/2010/12/19/investigacion-sobre-la-intervencion-en-drogodependencias-y-malos-tratos-a-mujeres-en-las-redes-de-atencion/>

Informes del Observatorio Noctámbul@s. Desde 2013. Fundación Salud y Comunidad. Disponibles en: <http://www.generoydrogodependencias.org/tag/fiesta/>

Guía práctica de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (2016). Consejo General del Poder Judicial [http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Guias-practicas/Guia-practica-de-la-Ley- Organica-1-2004--de-28-de-diciembre--de-Medidas-de-Proteccion-Integral- contra-la-Violencia-de-Genero--2016-](http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Guias-practicas/Guia-practica-de-la-Ley-Organica-1-2004--de-28-de-diciembre--de-Medidas-de-Proteccion-Integral- contra-la-Violencia-de-Genero--2016-)

ALTABLE VICARIO, Charo. *Penélope o las trampas del amor. Por una coeducación sentimental.* Valencia, Ed. Nau llibres, 1998

BOSCH, Esperanza et al, *El Laberinto Patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres.* Editorial Anthropos, 2006

CASTAÑOS IZQUIEDO, Mónica et al, *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género.*

Colección Salud nº 10. Instituto de la Mujer, 2007

Descarga: <http://www.generoydrogodependencias.org/2010/08/14/intervencion-en-drogodependencias-con-enfoque-de-genero/>

LAGARDE Y DE LOS RÍOS, Marcela. (2001) *Claves feministas para la negociación en el amor.* Editado en España por horas y HORAS la editorial, en el libro *Para mis socias de la vida*, Colección Cuadernos Inacabados no 48, 2005

AROSTEGUI, Elisabete y MARTÍNEZ REDONDO, Patricia (en prensa) *Manual de Prevención de Recaídas con Mujeres desde Perspectiva de Género.* Universidad de Deusto, 2018.

D^a. Lorena Giménez Manrique. Psicóloga de la Universitat de les Illes Balears - Oficina de la Universidad Saludable y Sostenible de Palma de Mallorca.

“Violencias sexuales en Ocio Nocturno: formación del staff en prevención y actuación”.

A pesar de que las violencias sexuales en los contextos de ocio no son un fenómeno nuevo, en los últimos años se ha desarrollado un proceso de visibilización, denuncia y toma de conciencia en respuesta a los hechos acontecidos tanto a nivel nacional (fiestas de San Fermín o fiestas de Sant Joan en Ciutadella, Menorca) como a nivel europeo (Colonia, Alemania) que han generado múltiples campañas de prevención y actuación en municipios de todo el estado español, pasando a ser considerado como un problema social ante el que debemos actuar de manera conjunta implicando a todas/os las/os agentes o potenciales agentes.

Estas campañas han sido implementadas, en su mayoría, en las fiestas mayores de barrios, pueblos y ciudades generando una conciencia social sobre la problemática. El hecho de que las campañas se lleven a cabo únicamente durante las fiestas populares implica que existen muchos otros momentos festivos y contextos de ocio que no están cubiertos, especialmente los fines de semana que es el momento en el que, de manera habitual, “se sale de fiesta”. Es por ello que, nutriéndonos de todo el trabajo previo desarrollado, debemos diseñar campañas de prevención que cubran la mayor parte del tiempo y contextos de ocio.

Los espacios de ocio nocturno (discotecas, bares, pubs, clubs, etc.) son contextos donde, además de la premisa de la diversión y la socialización, está asociada también la búsqueda y experiencia sexual (Calafat et al., 2008). Las dinámicas relacionales, fruto de la socialización de género, también se reflejan en estos contextos en los que se genera una tolerancia a ciertas conductas que no tendrían cabida en otros espacios, convirtiéndolos en uno de los lugares más permisivos hacia la violencia sexual (Graham et al., 2010; FSyC, 2016).

El consumo de sustancias presente en los ambientes de ocio nocturno es un factor de riesgo añadido puesto que dificulta la percepción y la resistencia ante las agresiones sexuales debido a la menor capacidad para poner límites inducida por los efectos de las sustancias (Altell et al., 2016). Además, el consumo de sustancias por parte de la persona agresora puede ser percibido como un factor desinhibitorio (FSyC, 2014), generando una menor preocupación por las consecuencias negativas de sus acciones y pudiendo ser utilizado como una excusa ante el comportamiento agresivo (Graham et al., 2010). En contraposición a esta percepción del consumo de sustancias por parte de los varones como un atenuante –tanto en el imaginario social como en el ámbito penal- en relación a las violencias sexuales (“iba borracho y no sabía lo que hacía”), observamos que el consumo de sustancias por parte de las mujeres es percibido como un agravante hacia ellas a la hora de direccionar la responsabilidad

sobre los hechos (“si no hubiera bebido, no le hubiera pasado”).

La falta de perspectiva de género en el ámbito del consumo de sustancias y las drogodependencias ha generado una visión sesgada y androcéntrica que ha maximizado las experiencias de los varones invisibilizando las vivencias de las mujeres y sus especificidades en relación al consumo de sustancias (Fabregat et al., 2012). Además, la alta tolerancia de nuestra sociedad hacia los comportamientos abusivos de carácter sexual en los espacios de ocio nocturno, especialmente bajo los efectos de sustancias psicoactivas –alcohol, en la gran mayoría de los casos-, ha contribuido a que las agresiones sexuales queden invisibilizadas y normalizadas, reforzando así su continuidad e impunidad.

Actualmente, podríamos decir que estamos ante la *tercera generación*¹ de campañas preventivas en relación a las violencias sexuales, que dirigen la intervención al público en general y promueven su actuación. La denominada *bystander intervention* (intervención con espectadoras/es u observadoras/es) ha sido implementada en los campus universitarios estadounidenses, mostrando ser una herramienta prometedora en la reducción de la violencia interpersonal (Coker et al., 2017).

El entrenamiento a observadoras/es enseña a las personas a identificar situaciones y comportamientos que podrían generar situaciones violentas e intervenir para reducir la probabilidad de que ello suceda (Banyard et al., 2004). A nivel individual, este tipo de intervención puede reducir las conductas violentas aumentando la disposición y la autoeficacia para desafiar las normas y conductas de apoyo existentes en el grupo de iguales e intervenir en situaciones de riesgo para prevenir la violencia. Es decir, se pretende empoderar a las personas para que, tras aprender a identificar conductas o situaciones iniciales que pueden derivar en actos violentos generen acciones que, de manera segura, reduzcan esa posibilidad o los efectos de la violencia.

Como refieren las autoras Kathrin Graham et al. (2010), el principal foco a nivel preventivo debe ser la promoción del rol de agentes preventivos/os del personal que trabaja en los espacios de ocio nocturno mediante el entrenamiento y las prácticas de manejo ante las agresiones sexuales. De esta manera se utilizan los recursos humanos existentes en el escenario donde existe la necesidad de implementar la acción, sin necesidad de un coste extra (sea éste económico o de capital humano, si nos referimos a organizaciones externas que realicen dicha prevención).

El hecho de que el *staff* tenga formación para poder intervenir en las situaciones de violencia sexual, especialmente en las situaciones más comunes (acorralamientos, insistencias ante una negativa, invasión del espacio, etc.), puede ayudar a instaurar fronteras más claras sobre las dinámicas relacionales y lo que está permitido en el marco de las relaciones afectivo-sexuales.

1. *Las campañas de prevención relacionadas con las agresiones sexuales tradicionalmente han ido dirigidas a modificar comportamientos de las mujeres para no ser acosadas sexualmente, perspectiva que ha sido fuertemente criticada por los movimientos feministas (Drogas&Genero, 2015). Una segunda generación serían las que buscan promover un cambio de actitud con respecto a la responsabilización social que existe hacia las mujeres sobre las agresiones sexuales –dirigidas a agresores y público en general.*

En esta línea, encontramos diferentes campañas de prevención que, actualmente, incluyen la formación del personal que trabaja en los espacios de ocio nocturno para que aprendan a reconocer y responder ante situaciones de riesgo, manteniendo la seguridad de las posibles víctimas y conservando una actitud de responsabilización hacia las personas agresoras. Algunos ejemplos a nivel internacional son: *Good night out* (Londres, Reino Unido), *Don't be that guy* (Vancouver, Canadá), el proyecto europeo *Stop Sexual Violence* (IREFREA) o el proyecto a nivel global #NoMore.

A nivel nacional, la Regiduría de Feminismos y LGTBI del Ayuntamiento de Barcelona ha publicado recientemente el *Protocolo "No callamos" contra las agresiones y los acosos sexuales en espacio de ocio nocturno privado*, realizado en colaboración con diversas salas de ocio y asociaciones de la ciudad, con el fin de garantizar que estos espacios tengan un rol activo contra la violencia machista.

La importancia del *staff* como agentes promotores de la salud también la encontramos en las formaciones sobre dispensación responsable de alcohol que se ofrecen desde hace algunos años a este sector. El objetivo de estas formaciones es mejorar la calidad del ocio a través de la adquisición de conocimientos y destrezas de actuación para prevenir tanto los riesgos asociados al consumo de alcohol como para intervenir con personas bajo los efectos de su consumo.

Así pues, la formación en prevención y actuación ante las violencias sexuales dirigida al personal que trabaja en los espacios de ocio nocturno, debe dotarles de las herramientas –personales y ambientales- necesarias para poder implementarlas en los locales donde trabajan (tanto en referencia al público que allí asiste como entre el propio personal que trabaja), contribuyendo así a enviar el mensaje de rechazo ante dichos comportamientos y generando espacios libres de violencia sexual.

El contenido de estas formaciones debería incluir, por una parte, el análisis del uso recreativo de sustancias, desde la perspectiva de género, y la relación de los consumos con la violencia sexual, con el objetivo de examinar los estereotipos vigentes en relación a esta temática y favorecer reflexiones críticas que rechacen la legitimación de la violencia sexual en estos ambientes –asociados al consumo de sustancias-.

Por otra parte, debido a que los contextos de ocio son ambientes altamente sexualizados y en los que, muchas veces, el personal que trabaja también padece situaciones de acoso o violencia sexual (por parte de compañeros y por parte de la clientela), es importante construir un entorno laboral en el que no se toleren las conductas sexistas (distribución sexista de las tareas, vestimenta sexualizada de las camareras, etc.), así como reconocer qué variables físico-ambientales del local podemos modificar para crear un entorno que contrarreste la violencia sexual (cartelería, tipo de fiesta, música, aforo, distribución de los espacios –zonas “oscuras”, zonas de descanso-, entre otras). A pesar de que las condiciones físicas y ambientales del local (distribución de los espacios, aforo, cartelería, etc.) no son el motivo por los que se cometen las agresiones sexuales, mediante el control de estas

variables podemos mejorar el contexto de ocio y convertirlo en un espacio que, en su conjunto, no sea permisivo y no tolere la violencia sexual así como que facilite la prevención, detección e intervención en caso de agresiones sexuales.

Así mismo, debemos ofrecer al *staff* estrategias de actuación seguras y protocolarizadas ante las agresiones sexuales. Es importante trabajar en el reconocimiento de las distintas manifestaciones de violencia sexual (prestando especial atención a las más sutiles –que son las más normalizadas e invisibilizadas- y que son las que con mayor frecuencia se dan en estos espacios) y que éstas sean identificadas como parte de la violencia estructural que sufrimos las mujeres y no como hechos aislados que suceden en ambientes festivos; así como trabajar las habilidades en la gestión ante un incidente (apoyo a las personas que las sufran, diálogo desresponsabilizador a las víctimas, conocimiento de los recursos asistenciales disponibles, etc.). Es por ello importante que este tipo de formaciones estén vinculadas a protocolos en los que se analice la problemática, se justifique la necesidad de implementación de dicha formación, se detallen las actuaciones en caso de agresiones sexuales y se establezcan vínculos colaborativos con los diferentes agentes implicados (centros hospitalarios, policía, etc.)

La inclusión de la perspectiva de género tanto en el diseño como en la implementación de la formación ayudará a la consecución de un tratamiento más igualitario entre varones y mujeres, aspecto muy relevante en este ámbito ya que, como se ha señalado previamente, son ambientes altamente sexualizados y sexistas. Gran cantidad de estrategias de prevención relacionadas con esta temática han ido dirigidas a las mujeres –a restringir su comportamiento para no ser agredidas- y, como sabemos, este tipo de estrategias, además de no ser efectivas y no poner el foco de atención en quien realmente tiene la responsabilidad de las mismas –quien agrede-, generan un sentimiento de culpabilidad “por no haber podido evitarlo a pesar de todas las pautas que me han indicado”. Este aspecto toma especial relevancia en los contextos de ocio nocturno debido al consumo de sustancias. El hecho de que se enmascaren muchas de las manifestaciones de violencia sexual por el consumo de sustancias legitima ciertas estrategias de “ligoteo” y diluye la responsabilidad de quien las comete, además de responsabilizar a la víctima “por no haberse cuidado/protegido”. Si cambiamos el mensaje y a quién va dirigido, es decir, si nos centramos en desincentivar y penalizar socialmente las manifestaciones de violencia sexual de quien las comete –y no de quien las recibe- generaremos un mensaje mucho más empoderador para las mujeres y de corresponsabilidad para los varones.

Incluir a la industria del ocio nocturno como pilar fundamental en la prevención de las agresiones sexuales significa generar contextos de ocio diferentes en los que se pueda disfrutar con total libertad del ambiente festivo y en el que las personas asistentes tengan la confianza y seguridad de que el personal que allí trabaja va a saber reaccionar ante cualquier situación de violencia sexual.

D^a. Sonia Rubio Jansana. Antropóloga y Educadora de la Asociación Educación para la Acción Crítica (EdPac). Barcelona.

“Adolescencia, drogas y Violencia de Género: experiencias preventivas en el ámbito educativo”.

EdPAC es una entidad educativa que trabaja desde hace quince años para fomentar un consumo crítico y promocionar la salud individual y colectiva, especialmente en materia de prevención y reducción de riesgos en el consumo de drogas con población pre-adolescente, adolescente y joven, así como en el trabajo preventivo de usos abusivos de “pantallas”. Así, en los últimos años ha ido intensificando su trabajo en temáticas como las relaciones entre adolescentes y jóvenes y las violencias, desde una vertiente también preventiva.

Des de hace unos años, incorpora la perspectiva de género de forma transversal para hacer una prevención lo más eficaz posible. Se trata de aplicar esta perspectiva como herramienta de análisis pero también como herramienta de cambio, entendiendo el género como un sistema estructurador de lo social que crea y mantiene la desigualdad entre hombres y mujeres, situando a éstos (y lo masculino) en la parte superior de una jerarquía, que también contempla otros ejes de opresión (lgbtfobia, racismo, etc.), y cuya expresión más encarnada (pero no la única) es la violencia de género –la violencia machista-.

En el momento actual, si bien las tendencias en consumos de drogas (especialmente las legalizadas, como el tabaco y el alcohol) se están igualando desde hace años entre los y las adolescentes (e incluso en algunas edades los consumos de las chicas pueden superar al de los chicos), este hecho no parece derivarse o traducirse en una igualdad efectiva entre chicos y chicas.

En este sentido, tener en cuenta la perspectiva de género es fundamental. Podemos decir que entre chicos y chicas: existen relaciones diferenciales y específicas y diferentes patrones de consumo de drogas; existen motivaciones para iniciarse o mantenerse en el consumo que pueden divergir; y los efectos y especialmente las consecuencias del consumo son desiguales. Especialmente relevantes son la mayor penalización y estigmatización social del consumo de las chicas y los altos niveles de violencia (de género, machista) que éstas reciben en contextos de ocio (especialmente nocturno) así como de consumo en general.

Para dar respuesta a este escenario y trabajar de forma transversal el conjunto adolescencia, drogas y género, la entidad ha ido revisando e incorporando diferentes elementos en sus actuaciones y

proyectos para (en la medida que nos es posible) hacer una mejor prevención y reducción de riesgos y erradicar las desigualdades, así como las violencias machistas existentes.

Destacamos cuatro estrategias:

Incorporando la perspectiva de género en todas las etapas y con una finalidad transformadora

Nos parece imprescindible revisar nuestras actuaciones preventivas aplicando una perspectiva de género, desde el momento de la planificación hasta la evaluación, en todas las etapas intermedias y de forma transversal.

Por ejemplo; revisar críticamente el empleo de factores de riesgo y de protección desde una perspectiva de género, así como los determinantes (de la salud) psico-sociales o conductuales y de entorno; ajustar los objetivos en relación a variables de género así como la priorización de éstos que hacemos; tener en cuenta el sesgo de género en el acceso a las actuaciones que planteamos; asumir que necesitamos estrategias diferenciales y metodologías adaptadas a esta realidad desigual; y un largo etcétera que nos permitirá reducir y revertir (con el tiempo y trabajo en profundidad) el sesgo androcéntrico que se mantiene en el trabajo alrededor de las drogas.

Si bien como entidad realizamos algunos proyectos propios, gran parte de nuestro trabajo es en colaboración con diferentes administraciones o para actuaciones específicas; en los casos en los que la planificación no está en nuestras manos, ha sido muy positivo aportar estas claves de género en estas actuaciones específicas para ser tomadas en cuenta en evaluaciones y rediseños del programa o proyecto.

Ampliando nuestros ámbitos de intervención y trabajando en red

Salir de las aulas y los espacios jóvenes de forma habitual y no puntual ha sido un plus y una fuente de riqueza para todas nuestras intervenciones.

La participación en creación de materiales educativos para adolescentes y jóvenes, proyectos de medio abierto o educación de calle, la organización de grupos de discusión, etc. han enriquecido nuestra práctica preventiva. Al mismo tiempo lo ha hecho colaborar y trabajar en red con otros servicios o entidades expertas en otros ámbitos (prevención de violencias de género, diversidad lgbtiq+, prevención del bullying, etc.), así como nos ha permitido aprender e integrar en base a la práctica contenidos transversalizables óptimos para una mejor prevención.

Al mismo tiempo, la aplicación de metodologías cualitativas (trabajo de campo, observación flotante y/o participante, entrevistas, etc.) no ha enriquecido profundamente, especialmente en lo que al género

se refiere. Estas metodologías suelen ser más permeables a la aplicación de perspectiva de género y feminista.

Actualizando constantemente nuestro análisis de la realidad adolescente

Atender a las realidades adolescentes actuales respecto al consumo de sustancias y las relaciones de género, partiendo de la observación directa y el análisis cualitativo de creencias, discursos y prácticas de adolescentes y jóvenes, nos ha dado unas cuantas claves:

En relación a los consumos de drogas, nos encontramos que actualmente:

- Algunos consumos (como el de alcohol) por parte de las chicas están por encima que el de los chicos; ellas asumen también el consumo recreacional y también puede haber una presencia mayor de chicas en otros consumos.
- Asunción de riesgos también por parte de ellas.
- Comportamientos de las chicas, también transgresores de su rol normativo.
- No se reconocen en los estereotipos (o en la división de géneros). Es decir: son capaces de identificar las desigualdades de género a su alrededor pero consideran su grupo de amistades un como un espacio en donde no se reproducen estas desigualdades.
- Que los consumos se igualen no implica igualdad en los contextos y en las consecuencias de estos consumos.
- Ellas reciben mucha violencia de género y sexual -en pareja, expareja, ligues, etc.-, agresiones machistas... tanto en contextos de ocio nocturno como en contextos de consumo en general.

En relación a las violencias de género:

- Discursos de lo políticamente correcto muy incorporados. Pero prácticas muy alejadas del discurso.
- Percepción diferencial de lo que es un límite por parte de chicos y chicas (también de lo que es una agresión sexual en general).
- Práctica habitual de ignorar los límites en el “ligar” por parte de los chicos. Idea del “reto” y las “segundas oportunidades”.
- Dificultad de identificación de estas violencias por parte de las chicas.
- Banalización de las violencias machistas.

Se nos hace necesario realizar una prevención y una reducción de riesgos que les sea próxima y relevante, en clave también de género, además de basada en la evidencia científica.

Operativizando herramientas para el trabajo diario

Tal y como comentábamos, asumimos que necesitamos estrategias diferenciales y metodologías adaptadas a esta realidad, con el objetivo de hacer una mejor prevención, tanto en consumo de sustancias como en violencias machistas. Entender que no se puede trabajar la prevención en materia drogas, sin trabajar desde la perspectiva de género, del mismo modo que no se puede hacer prevención de la violencia de género de forma aislada sin transversalizarla.

Así planteamos, por ejemplo:

- Revisar la supuesta neutralidad de las herramientas/instrumentos con las que trabajamos (cartelería, informes, fichas, etc.).
- Trabajar desde la prevención y la reducción de riesgos procurando revertir el sesgo androcéntrico y contemplando y otorgando mayor importancia a los riesgos habitualmente minorizados en relación a los consumos y los contextos de consumo (especialmente las violencias machistas así como las violencias sexuales).
- Trabajar para dar rango a las “prácticas” entendidas tradicionalmente como femeninas, con alto valor potencial preventivo, especialmente entre los chicos: empatía, cuidados, prudencia, planificación, asunción de consecuencias, etc.
- Trabajar para revertir la culpabilización (y auto-culpabilización) de las mujeres por las violencias que reciben.

Y adoptando una máxima: Entender que la supresión del patriarcado y los mandatos de género como los conocemos son un objetivo necesario, también entendido desde una óptica preventiva y de promoción de la salud.

D^a Antonia Arjona García. Psicóloga de Prevención Familiar. PMD/UPCCA-València. Concejalía de Sanidad y Salud. Ajuntament de València.

“La prevención desde la proximidad. El ámbito municipal”.

La sociedad actual se enfrenta a muchos riesgos, incluyendo el uso o abuso de sustancias y otras conductas adictivas, las agresiones sexuales y la violencia de género, entre otras, aunque estos problemas nos vienen de lejos ya que la historia de las adicciones va unida a la historia de la humanidad.

El tabaco, el alcohol, la marihuana o las hojas de coca son ejemplos de sustancias que las personas han utilizado a lo largo del tiempo y que se siguen utilizando en la actualidad. Junto a las anteriores sustancias y sus derivados, preparados químicos o industriales destacan las nuevas adicciones. Unas están derivadas de nuevas sustancias, y otras son adicciones conductuales, sin sustancia, producto de la sociedad de consumo y/o del uso o del abuso las tecnologías de la información y la comunicación.

Por ello, en la actualidad se incluyen distintas conductas bajo la denominación genérica de adicciones o conductas adictivas. Basadas inicialmente en el concepto de dependencia (física y psíquica), que en un principio se aplicaban a las sustancias psicoactivas que tenían la capacidad de producir dependencia, tras haberse observado que existen conductas que, sin necesidad de sustancias, también son capaces de producirla, así como otras características que tienen las adicciones con sustancia.

Existen ciertos factores personales y algunas condiciones ambientales, que pueden incrementar la vulnerabilidad a las adicciones, son los factores de riesgo. A su vez, estos mismos aspectos pueden minimizar el riesgo, y actuar como factores de protección o factores preventivos, produciendo un efecto positivo o un efecto negativo porque aun reconociendo la importancia que los factores ambientales desempeñan en las adicciones, se trata, en última instancia de una conducta individual, teniendo las personas, en última instancia, la posibilidad, si esa es su decisión, y dispone de las capacidades necesarias para mantenerla, de rechazar la presión social e incluso de modificar el ambiente, poniendo de manifiesto la importancia que los atributos individuales juegan en el inicio y el mantenimiento de las adicciones.

El Ajuntament de València, comprometido con la ciudadanía, desde la Concejalía de Sanidad y Salud,

y con más de treinta años de experiencia en la Prevención de Conductas Adictivas, trata de abordar estos problemas desde la proximidad y se encarga de realizar actuaciones, de planificar y de ordenar los recursos, objetivos, programas y procesos en materia de prevención de drogodependencias, que incidan en una reducción sobre el consumo de sustancias tóxicas y las consecuencias derivadas de su uso a través del Plan Municipal de Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos (PMD), llevando a cabo programas de prevención de las adicciones tanto con sustancia como sin sustancia, de forma transversal dirigidos a la ciudadanía del municipio de Valencia.

Para ello se impulsan acciones de promoción de la salud y que eduquen para la búsqueda de salud, con el fomento de estilos de vida saludables. Las actuaciones se dirigen a la población general, con actividades comunitarias pero también orientadas especialmente a la infancia y la juventud.

Así mismo, la Concejalía de Igualdad y Políticas Inclusivas, a través del “Espai Dones i Igualtat” (EDI), presta un servicio integral a las mujeres de la Ciudad de València, así como a profesionales y asociaciones de mujeres. Realizando funciones de información, orientación social, de prevención de la violencia de género, asesoría psicológica, laboral y jurídica, y con un amplio catálogo de actividades de formación, difusión y colaboración ciudadana.

“Espai Dones i Igualtat” cuenta con Unidades de Igualdad Descentralizadas que son centros de atención a las mujeres y de participación de la ciudadanía y las entidades en la promoción de la igualdad que han sido creadas para acercar los servicios municipales a la población de los barrios de la ciudad.

Las adicciones con sustancia o sin sustancia, están generando importantes alteraciones conductuales y están constituyendo un problema de salud pública muy importante sobre todo en la población más joven. Responder a estos riesgos puede constituir en ocasiones una tarea difícil que requiere una actuación integral y sinérgica, puesto que la prevención de las adicciones y la promoción de la salud de la ciudadanía, no sólo incluye al ámbito de la salud, sino también al de la investigación, la educación, los servicios sociales, la economía, ya que todo ello requiere de la participación de todos los poderes públicos.

El ámbito local es el más próximo a la ciudadanía y desde la administración local debemos seguir trabajando coordinadamente con todas/os para fomentar la prevención de las adicciones y para educar en salud, ya que esta forma parte de la promoción de la salud integral, contribuyendo a la disminución de los factores de riesgo y al aumento de los factores protectores y de ganancia de salud.

D^a. Paqui Hidalgo Reja. Educadora Social y Coordinadora Técnica de la Asociación APOYAT de Villanueva de la Serena (Badajoz)

“De la Adicción a lo Invisibilizado”.

En el año 1983, la Asociación para la Prevención, Orientación y Ayuda a la persona en situación de drogodependencia, APOYAT, surgió en Villanueva de la Serena, ciudad de apenas 25.000 habitantes en un momento delicado debido a un gravísimo repunte de consumo de heroína venopunzada, por iniciativa de profesionales de diferentes ámbitos y familiares, sobre todo madres, de personas con problemas de adicción.

APOYAT fue la primera entidad extremeña en organizar jornadas, conferencias y congresos de “lucha contra la toxicomanía” y encabezó las reivindicaciones que solicitaban la intervención de la Administración frente a los graves problemas derivados de las drogodependencias.

En 1987 fue reconocida oficialmente, y “declarada de Utilidad Pública” por Orden Ministerial de 30 de junio de 1998. Hoy día cuenta con unos de 150 personas socias.

Desde el año 1992, APOYAT gestiona un dispositivo asistencial, de carácter residencial, mixto, para la desintoxicación y estabilización de personas con problemas de drogodependencias: “Centro de Tratamiento Breve”, con una media de estancia de dos meses y medio y capacidad para 8 personas, dando acogida durante 15 años a 730 personas.

Se observaba que la proporción de mujeres drogodependientes que iniciaban tratamiento en centros mixtos era claramente inferior a la de los varones, lo que abocó en un modelo de intervención adaptado al perfil predominante, el masculino, que provocó el incremento en la desigualdad de género. Sumándose a esta cuestión, la estadística mostraba que el fracaso terapéutico en programas mixtos era y es, igualmente superior en las mujeres que en los varones. Por otra parte existen rasgos diferenciales de género a nivel psicológico, socio-familiar y sanitario e incluso en la forma de acceso a los recursos, que podían suponer criterios importantes para establecer tratamiento específico.

Desde Octubre de 2008 y hasta la actualidad comenzamos a aplicar perspectiva de género y adaptamos el programa residencial de tratamiento breve al perfil femenino, con un programa de atención diferencial: Centro Residencial “Portadaex” para mujeres con problemas de adicción, embarazadas y/o con hijos/as menores, programa de desintoxicación y deshabituación adaptado, según objetivos, a las necesidades de cada mujer.

Desde el año 2010 contamos con un programa de formación, orientación e inclusión social y laboral, que dispone de soporte residencial y que da cabida a 5 personas usuarias: Vivienda de incorporación socio-laboral.

Y por último en este año 2018 implementamos un Programa Centro de Día, mixto, que procurará atención ambulatoria a personas con problemas de adicción.

APOYAT está plenamente integrada en la red asistencial de drogodependencias y otras conductas adictivas. La admisión y acceso a los recursos residenciales es a través de los ECA (Equipos de Conductas Adictivas de la CCAA de Extremadura) y las UDA (Unidades de media estancia para la desintoxicación alcohólica), siendo la estancia totalmente gratuita.

Tradicionalmente venimos desarrollando tres ejes de actuación: 1) Prevención universal, selectiva e indicada, trabajando con otros recursos municipales y supramunicipales desde un programa de participación comunitaria. 2) Formación para estudiantes que realizan prácticas curriculares y extracurriculares, para profesionales y personas voluntarias. 3) Asistencia, tal y como hemos descrito con anterioridad.

Tradicionalmente, EL OBJETIVO GENERAL de los programas asistenciales con soporte residencial es mejorar la calidad de vida de la persona, desde una perspectiva integral, adoptando un paradigma de intervención desde el modelo bio-psico-social. Esto se realizaba a través de dos ejes tradicionales: La formación convencional y especializada para conseguir empleo y los talleres ocupacionales. Desde el equipo multidisciplinar nos planteamos ir más allá en el abordaje de los tratamientos, con la implantación de un programa psico-educativo y socio-educativo de tratamiento donde se presta atención médico-sanitaria, psicológica, educativa, familiar, social, jurídico-legal, formativo- laboral y de tiempo libre y ocio responsable. Los componentes de género se establecen desde el inicio de forma transversal, para transformar el paradigma vital de estas mujeres hacia un vínculo potente entre ellas y hacia el empoderamiento desde sus realidades.

Nos diferencia de las líneas de trabajo tradicionales, la base o esencia de los programas: modelo educativo de intervención que utiliza técnicas cognitivo-conductuales, terapia sistémica, afectivo-emocional, psicodinámicas y terapias holísticas, que abarcan la adicción como punta visible de una situación más compleja que incluye conflictos más profundos: Doble y triple penalización, por ser mujer, adicta y por tener problemas psico-emocionales, por tener relaciones de subordinación extremas, despersonalización, desprotección al estar solas, violencia de género, abusos y maltratos en la infancia...

Para ello se diseña un plan individualizado de tratamiento que atiende las necesidades y características propias de cada mujer en las diferentes fases del programa sin olvidar el refuerzo obligatorio del pacto intragénero.

Al ingreso llegan en consumo activo. El equipo las acoge y ante todo acompaña en los procesos vitales tan complejos que han de vivir. Al ser un centro con menos plazas, ocho en total, el tiempo de estancia igualmente se reduce y por supuesto su ubicación es en el centro del casco urbano de Villanueva de la Serena, siendo una vivienda tradicional, adaptada y adecuada en el tiempo.

A lo largo de estos años hemos podido describir una serie de características comunes en mujeres,

en función del consumo de diferentes sustancias:

1. Mujeres con problemas de adicción de larga evolución, a mezcla fumada de heroína- cocaína, entre 35 y 55 años de edad, donde se aprecian características relacionadas con un ambiente de desprotección múltiple: historia de malos tratos y abusos en la infancia, violencia de género, prostitución, penalización familiar...
2. Mujeres con problemas de alcohol, entre 40 y 60 años de edad, donde se aprecia un alto control de la proyección de la autoimagen, consumo invisibilizado, que generalmente asocian al consumo de benzodiazepinas, trastornos del estado de ánimo, núcleo familiar aparentemente normalizado, historias de violencia de género continuadas...
3. Mujeres jóvenes, de entre 18 y 30 años de edad, policonsumidoras de cocaína, cannabis, alcohol y drogas de diseño, en contextos lúdicos o en grupo de iguales como referentes, con muchos problemas en la familia y con historias frecuentes de violencia de género...

Lo que veníamos observando es que muchas personas opinan y penalizan el consumo de sustancias argumentando desde el mito de la libre elección y por tanto relegando a la individualidad el poder de la decisión que se adopte, por supuesto penalizando cualquier atisbo de equivocación, lo que dificulta poder tener una posición más amplia y crítica al respecto. “Lo hace porque quiere, lo ha elegido ella” ...Así, sin más.

Si vamos un punto más allá, se reflejan conflictos más profundos que se manifiestan en estas mujeres y observamos que más que tener un simple problema de adicción, tienen una situación de adicción, que se potencia e incrementa con una situación de violencia de género, con una situación de prostitución, con una situación de desequilibrio emocional, aderezado con algún trastorno mental asociado o diagnosticado... No podemos hablar entonces de una única situación de estigmatización, sino de múltiples variables por las que son penalizadas.

Cuando llegan a tratamiento, enfermas y desvitalizadas, traen una zona de confort establecida, subordinada al sentirse mal y la tienen tan normalizada, que hay que intervenir sobre toda la creación de un paradigma vital basado en emociones aflitivas, como el apego, el enojo, la ignorancia y sobre todo el miedo, miedo por las experiencias pasadas, miedo por la incertidumbre del presente y miedo a las expectativas nada halagüeñas y generalmente muy negativas que proyectan hacia un futuro también incierto.

El esfuerzo del equipo se centra en ofrecer un tratamiento integral con metodologías educativas que abarcan al ser humano desde una perspectiva integral para que puedan lograr una relación equilibrada consigo mismas y con el entorno y en sus relaciones (metta-educación¹: relajación, meditación, yoga) actividades socioeducativas y de educación medioambiental, participación

1 El prefijo “Metta” es una palabra que proviene del pali y que significa amor universal, alegría, tolerancia, respeto, amabilidad, reconocimiento, comprensión, afecto, compasión.

comunitaria para favorecer la incorporación social, aproximaciones a la igualdad y la perspectiva de género de forma transversal, psicodrama, psicoterapia y terapia narrativa, gestión emocional, educación en valores, expresión corporal, apoyo y atención a familias, etc.

Desde este contexto hemos querido realizar un análisis de los datos que se han ido obteniendo desde que comenzamos en el año 2008 a trabajar con mujeres que tienen problemas de adicción, con tratamiento específico, para obtener la prevalencia de violencia de género en contextos de adicción. Se ha llevado a cabo en el Centro Residencial Portadaex.

El presente estudio es por supuesto, no experimental y lo realizamos sobre la prevalencia de la adicción a diferentes variables asociadas, de una población general de 217 mujeres ingresadas en el C.R.Portadaex desde 2008 hasta la actualidad. De ellas 142 mujeres, un 65´5% han sufrido alguna vez a lo largo de su trayectoria vital violencia de género. De este 65´5% estudiamos la correlación de dos variables: el consumo de sustancias diferentes y su relación con episodios de violencia de género. Cabe concluir que algo más de la mitad de la muestra, un 51%, coincide con la adicción a mezcla de heroína-cocaína, asociadas a ambientes de desprotección y desarraigo, en contextos ilegales de elevado riesgo, donde se ejerce la violencia a través del maltrato y la agresión, por parte de la pareja o de otros, a cambio de sustancias.

El 28% de la muestra, casi un tercio de ésta, son mujeres consumidoras de alcohol y cocaína, jóvenes que consumen en contextos lúdicos y han sufrido violencia de género. De estas 40 mujeres, ocho casos, son mujeres de otras nacionalidades y culturas y todo les sucedió en contextos legales de prostitución.

El 21% restante, son 30 mujeres consumidoras de alcohol y benzodiazepinas, cuyo consumo es encubierto y hasta invisibilizado. Beben en el hogar, a escondidas, a salvo de miradas indiscretas, “salvo la de sus parejas”, también en situación de consumo de alcohol, en las que persiste una historia de violencia de género continuada.

Consideramos necesario sacar a la luz todas estas variables, sobre las que escasamente se enfoca y que determinan de forma destructiva la vida de estas mujeres. Procurarles herramientas y visión para que puedan, si recuperan su fuerza, si quieren, transformar desde su interior su paradigma vital. Es lo menos que podemos hacer.

Estar ligada a nuestra INTUICIÓN promueve una dependencia confiable en ella, sin importar lo que suceda. Cambia la actitud guía de la mujer, de “lo que será, será a “déjame ver todo lo que hay que ver”.²

² Clarissa Pinkola Estés “Mujeres que corren con lobos”

D^a Carmen López Tarazona. Trabajadora Social y Coordinadora de programas de Asociación AVANT de Valencia.

“Adicción y Violencia Contra la Mujer”.

En septiembre de 2003 el Centro de Día de la Asociación AVANT estableció su compromiso, trabajando desde la perspectiva de género, en la realización de un grupo específico para mujeres que se encontraban en tratamiento en nuestro centro. En el año 2007, como resultado de la intervención realizada durante 4 años, se concluyó que el perfil de la mujer atendida con problemas de conductas adictivas presentaba de forma habitual abusos, maltrato físico y/o psicológico por parte de sus parejas y agresiones sexuales, que convivía mayoritariamente con su familia de origen y en una proporción importante con hijos/as a su cargo.

Después de estos años de experiencia, el equipo de profesionales junto a la Dirección Técnica de la Entidad, se planteó una revisión del trabajo que venía realizando en base a las necesidades detectadas y a la demanda que las propias mujeres manifestaron. Dichas demandas motivaron el inicio del programa que en la actualidad continúa atendiendo a mujeres desde un enfoque integrador y especializado. Nuestro modelo de atención toma como centro a la mujer interviniendo en todas las áreas problemáticas que ellas presentan.

Cuando hablamos de sexo hacemos referencia sólo a las características biológicas de las personas. El género hace referencia a un sistema de relaciones familiares, sociales y simbólicas que sitúa de forma diferente a las mujeres de los varones. Se entiende el género como una construcción social e histórica que influye en todas las dimensiones de la vida social, tanto pública como privada.

El enfoque de género se fundamenta en la idea de que lo femenino y lo masculino son una construcción cultural que deriva del modo en que han sido vividas y percibidas las diferencias biológicas. Algunos roles estereotipados determinan que la estructura de poder favorezca al género masculino. De esta forma, las mujeres aprenden a ser intuitivas, afectivas, maternas, sumisas y siempre preocupadas por otras personas y, los varones, dominantes, fuertes, racionales e independientes.

La identidad de género es una producción cultural que se gesta a partir de procesos de socialización entre hombres y mujeres a lo largo de sus vidas, por lo tanto, puede modificarse.

Existen problemáticas que en sí no tienen género, como es el caso de las adicciones, pero sí el efecto de éstas en las personas, por tanto, dichos efectos serán distintos si la persona es una mujer o un varón. Sin embargo, el patrón de consumidor/a de drogas se ha conformado a partir de la experiencia con varones, tanto en las fórmulas de tratamiento como en la literatura especializada. Como resultado de todo esto, la mujer con problemas de adicción queda en una posición de invisibilidad tanto para los

servicios responsables de la prevención y atención e incluso en la investigación en el campo de las adicciones.

Como resultado de las investigaciones, algunos/as autores/as plantean que las mujeres con problemas de drogas, en relación con los varones, experimentan un estigma que puede ser más estresante y destructivo que el que pueden sufrir ellos. Existen diferencias entre hombres y mujeres que inciden de forma importante en los procesos de deshabitación de las mujeres:

1. Las mujeres habitualmente no cuentan con la misma comprensión y apoyo familiar y social que los hombres y, en algunos casos de forma explícita, sufren una oposición por parte de sus propios familiares a recibir atención profesional. Todo ello agrava el problema durante el tratamiento y añade más dificultades en la mujer a la hora de pedir ayuda profesional.
2. Con respecto a la relación de pareja, cuando el consumidor de drogas es hombre la mujer se mantiene a su lado durante el período de rehabilitación haciéndose cargo de los hijos y participando en el tratamiento. Sin embargo si es mujer y con bastante frecuencia, ésta es abandonada por su propia familia y/o pareja quedando los/as hijos/as frecuentemente a cargo de familiares.
3. Los temas centrales que la mayor parte de mujeres manifiestan durante el tratamiento son las tensiones que se viven en el hogar, la violencia familiar, el no reconocimiento de su aportación social, la tendencia a situarse en un papel secundario, etc. Dificultades que en su mayoría no son consideradas de forma específica durante su proceso de deshabitación debido a que la intervención está dirigida mayoritariamente a varones.

El mayor porcentaje de personas maltratadas corresponde a mujeres y el maltrato que ellas padecen, favorece a su vez los problemas de adicción. Destacar que la mujer por el hecho de ser mujer y consumidora de drogas, presenta una mayor vulnerabilidad ante la violencia de género.

Con los resultados obtenidos sobre tipología de la violencia se constata, que mayoritariamente la violencia que padecen las mujeres que acuden a nuestro servicio son los malos tratos físicos y psicológicos habitualmente ejercidos por sus propias parejas o por otro familiar de su entorno. Cabe resaltar que un 60% de las mujeres que atendemos tiene hijos/as y con mucha frecuencia conviven con sus abuelos/as maternos. Esta situación representa una presión importante para ellas puesto que cuando llevan un breve período de tiempo en el programa son los/as propios/as padres/madres los que les plantean la finalización anticipada dado que consideran prioritario la atención a sus nietos/as como consecuencia de sentirse, en muchas ocasiones, desbordados por toda la situación vivida en su núcleo familiar.

Por todo lo expuesto anteriormente, la mujer que llega a nuestro servicio necesita el apoyo social de todos los agentes implicados, visibilizando sus dificultades e impulsando los recursos necesarios que le ayuden en el proceso de reinserción personal, familiar, social y laboral. Tales necesidades son

frecuentemente: el cuidado de los/as hijos/as durante el tiempo que ellas acuden al programa; viviendas tuteladas para las mujeres con problemas de adicción y víctimas de malos tratos que conviven con el agresor pudiendo ser acogidas junto a sus hijos/as, incrementar recursos y establecer nuevos criterios que prioricen su incorporación a la formación laboral, académica y ocupacional, etc.

En la intervención con mujeres constatamos un aumento en número de mujeres que acuden al recurso (En el año 2000 cuando pusimos en marcha nuestro centro de día atendíamos un 22% de mujeres frente a un 78% de hombres. En la actualidad estamos atendiendo un 65% de mujeres frente a un 35% de hombres.), una disminución notable de abandonos de tratamiento, una mayor permanencia y un incremento en altas terapéuticas.

OBJETIVO GENERAL

Dotar a las mujeres de un espacio propio que posibilite la atención integral y especializada en las problemáticas que ellas presentan al objeto de su recuperación emocional y personal. Apoyar sus vínculos afectivos con sus hijos/as y/o familiares y favorecer su participación de forma activa a nivel social y laboral.

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

Área Psicológica

Desde el área psicológica abordamos:

- Favorecer la sororidad entre las mujeres
- Reconceptualizar el rol de mujer desmitificando la aceptación de roles fijos
- Identificar y expresar emociones compartiendo contenidos íntimos
- Favorecer y potenciar la autonomía personal
- Adquirir/Mantener las habilidades sociales y asertividad que permitan mejorar las relaciones familiares, sociales y laborales, así como la resolución de problemas y toma de decisiones
- Fortalecer y potenciar la autoestima
- Conocer e identificar en la intimidad las relaciones sexuales satisfactorias
- Identificar la falta de conciencia de maltrato físico y/o psicológico y/o sexual
- Conocer e identificar el proceso sobre el ciclo de la violencia
- Aclarar conceptos y creencias respecto a la sexualidad favoreciendo la estabilidad emocional

- Reevaluar el daño que ha generado las conductas adictivas favoreciendo un clima terapéutico para la expresión de emociones
- Aprender a establecer relaciones de pareja basadas en la igualdad y autonomía personal
- Promover la educación en valores

Área Social

El área social centra su intervención en los siguientes aspectos:

- Valorar y diagnosticar necesidades sociales
- Tomar conciencia de la gestión del tiempo
- Aprender y/o mantener una planificación de actividades diarias
- Aprender a gestionar los recursos económicos personales
- Conocer y gestionar las ayudas sociales y laborales que existen para las mujeres
- Conocer y gestionar las diversas alternativas de ocupación del tiempo libre
- Adquirir y/o mantener responsabilidades respecto a los/las hijos/hijas
- Adquirir/potenciar las redes de apoyo social y familiar
- Favorecer el empoderamiento

Área Laboral

En el trabajo con mujeres es importante introducir itinerarios individualizados para la búsqueda de formación ocupacional que mejore el grado de empleabilidad y la búsqueda de empleo que permita la incorporación al mercado laboral. Destacamos el abordaje de:

- Potenciar la empleabilidad a través de itinerarios personalizados
- Adquirir y/o mejorar habilidades que les permitan la incorporación al mercado laboral
- Formar en competencia-socio profesionales
- Facilitar y ayudar en la gestión de ofertas de empleo
- Motivar hacia una mejora de la empleabilidad
- Facilitar recursos de formación laboral
- Valorar el uso de las nuevas tecnologías y la relación de las personas usuarias con las mismas.

- Conocer e integrar los derechos de las mujeres

Área de Salud

Desde el área de salud trabajamos:

- Promover y/o mantener un estilo de vida saludable (ejercicio físico, alimentación, sueño, sexo seguro, etc.,)
- Fomentar la higiene personal
- Apoyo y concienciación de la correcta adherencia a tratamientos farmacológicos prescritos
- Tomar conciencia sobre el autocuidado

Área Legal y Jurídica

Damos respuesta a las necesidades legales que presentan las mujeres mediante:

- Informar / Orientar / Asesorar a las mujeres sobre temas jurídico-legales
- Derivar (si procede) a los recursos específicos
- Acompañar y apoyar durante proceso judicial

Área Familiar

Implicar:

- Asesorar y motivar a la familia con el fin de incrementar su participación e implicación en los objetivos terapéuticos
- Favorecer la expresión y análisis de sentimientos y emociones en las relaciones familiares
- Identificar las dificultades que interfieren en el adecuado cumplimiento de las prescripciones pautadas
- Adquirir y/o mantener estrategias para la resolución de situaciones conflictivas en la dinámica familiar
- Dar a conocer indicadores que permitan detectar las diferentes situaciones de riesgo que pueden presentarse
- Acompañar a la mujer en el proceso de recuperación de sus hijos/as
- Mediar entre madres e hijos/as

PERFIL DE LA MUJER ATENDIDA

El perfil de la mujer que atendemos en el programa Adicción y Violencia Contra la Mujer responde a:

- Mujer
- Edad comprendida entre 38 y 47 años
- Soltera con hijas/os
- Nivel de estudios primarios
- Desempleada que percibe recursos económicos de sus familiares de origen
- Consumidora de alcohol
- Con patología asociada con tratamiento en centro de salud mental
- Presentando malos tratos psicológicos y/o físicos por parte de su expareja
- Destacamos un porcentaje cercano a 30% que presenta abusos sexuales durante la infancia

REFLEXIONES Y CONCLUSIONES

¿Qué dificultades hemos detectado a lo largo de todos estos años en la atención a mujeres con problemas de conductas adictivas y violencia de género? Nuestras conclusiones son las siguientes:

- Escasez de profesionales con formación específica desde la perspectiva de género.
- Escasez de recursos específicos.
- Inexistencia de protocolos de atención a mujeres que presentan estas problemáticas.
- Pocos estudios para la detección de necesidades
- Desde el ámbito de la sanidad en la CV no se contempla un Centro de Día específico en la atención a mujeres con problemas de adicción y/o salud mental y violencia de género. Se establecen itinerarios de tratamiento temporalmente muy cortos no dando respuesta real y adecuada a sus necesidades (itinerarios de intervención para la atención a mujeres de 9 a 12 meses).
- Inexistencia de ayudas dirigidas a la atención de mujeres con problemas de conductas adictivas y/o salud mental y que sufren o han sufrido violencia de género.

“Como nos abocamos a transformar radicalmente el mundo, cada mujer precisa, así mismo, cambiar radicalmente. Para las feministas, cada mujer es la causa del feminismo. Cada mujer

tiene el derecho autoproclamado a tener derechos, recursos y condiciones para desarrollarse y vivir en democracia. Cada mujer tiene derecho a vivir en libertad y a gozar de la vida”.

Marcela Lagarde

D^a Aura Roig Forteza. Antropóloga y Directora del Programa Metzineres de la Fundació Salut y Comunitat de Barcelona.

“Metzineres. Entornos de Cobijo para Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo a Violencias.”

Metzineres. Entornos de Cobijo para Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias es el primer programa integral de reducción de daños exclusivo para mujeres en Cataluña. Desde alcances holísticos e individualizados a la medida de las particularidades de cada una, ofrece propuestas flexibles de entrada directa e inmediata según sus expectativas, inquietudes, curiosidades, intereses y necesidades. A través de un modelo innovador y atrevido de intervenciones de base, desplegado en *Entornos de Cobijo*, es sostenido por estrategias comunitarias ancladas en derechos humanos y transversalidad de género, que prueban ser fiables, pragmáticas, costo-efectivas, donde toda mujer es protagonista.

A quien concierne

Las Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias (MUDSV) difícilmente entran o se adhieren a los sistemas de atención sociosanitaria. Falta de opciones óptimas, ubicuas barreras de acceso e inherentes vacíos institucionales exacerbaban mecanismos de control, desigualdades, injusticia social y exclusión, también con arraigo en prejuicio, estigma y discriminación, que a su vez siguen manufacturando negación de sus derechos. *Metzineres* da la bienvenida a todas las mujeres que se sienten apeladas, tramando y adaptando respuestas compasivas a sus realidades complejas y cambiantes, sin importar cómo cada quien maneja el consumo o experiencia violencias.

No pretendiendo enunciar un listado exhaustivo ni excluyente, se hace énfasis en llegar a mujeres con múltiples, simultáneas e interconectadas variables sociales que posicionan su existencia: sinhogarismo, joven, adulta mayor, diversidad funcional, migrada, LGTBIQ+, trabajo sexual y/o sexo por supervivencia, encarcelamiento, trastornos de salud física y/o mental.

Objetivos generales

🌀 Procurar abordajes centrados en las mujeres, fundamentados en libertad de (re)definición por parte de las MUDSV, asiduamente alentando autonomía, empoderamiento y mejora de bienestar físico, emocional y psicológico.

- ⌘ Expandir abastecimiento de excelencia en las diferentes redes de atención minimizando cualesquiera barreras dadas, mediante recursos y servicios diversificados, comprensivos, apropiados, asequibles, de fácil navegación y alta calidad para MUDSV.
- ⌘ Respalda a las MUDSV como interlocutoras esenciales en influir establecimiento, desarrollo o transformación de políticas públicas y eventuales actuaciones que, de manera directa o indirecta, puedan condicionar sus recorridos vitales.
- ⌘ Disminuir prejuicio, estigma y discriminación contra personas en trayectorias de uso de drogas, específicamente MUDSV, perseverando por hacer efectivos sus derechos.

Entornos de Cobijo

Entorno de Cobijo se concibe como algo de márgenes indeterminados, independiente aunque interactuando entre sí, fluyendo en juntas pluridimensionales. Las MUDSV podrán formar parte de uno o varios Entornos y deambularse en virtud de sus propias circunstancias y ambivalencias sobre facultades subjetivas. Esta maleabilidad acopla demandas de bienestar, mutables grados de implicación y encomienda de acompañamiento, tratando de mitigar posibilidades de fracaso para evitar revictimización o traumatización secundaria.

DE MOMENTO. Entorno de cura, formación y recuperación

De Momento está abierto a todas las MUDSV, con una refrescante agenda de actividades formativas, ocupacionales, culturales y de ocio. Facilitando necesidades básicas, brindando atención sociosanitaria y extendiendo una amplia gama de opciones de autocura, vínculos de confianza, intercambio de saberes, autodefensa, solidaridad y apoyo mutuo, mientras se busca animar pericia técnica e incidencia política.

LA OSADA. Entorno productivo

La Osada promueve mérito profesional, emprendeduría y oportunidades de trabajo satisfactorias para MUDSV que encaran mercados laborales obstaculizantes, estimula empleabilidad con ingresos regulares estables, y potencia habilidades, impulsa autosuficiencia, inspira crecimiento personal.

LA CUBIERTA. Entorno residencial

La Cubierta se convierte en vivienda segura que convida serenidad, intimidad, descanso y protección para MUDSV en situación de sin hogar o que han tenido que abandonar el domicilio, tendiendo a su voluntad todo un abanico de elementos terapéuticos para propiciar estabilidad.

Planificación, Seguimiento y Evaluación

La responsabilidad de originar información genuina, acurada y actualizada¹ sobre MUDSV asigna esfuerzos participativos para dotarse de instrumentos de investigación no intrusivos, respetuosos de intimidad, confidencialidad y anonimato. Aplicarlos como proceso rutinario, más que de manera finalista, permite conocer disponibilidad, cobertura, calidad y relevancia de las intervenciones, realizar una revisión rigurosa y tomar decisiones pragmáticas para reconfigurar constantemente *Metzineres* a coyunturas y poblaciones en las que quiere repercutir.

D^a Francisca Herrero Cuesta. Trabajadora Social de la Unidad de Conductas Adictivas de Massamagrell (Valencia).

“Respuesta Institucional ante Situaciones de Violencia de Género: mujeres con problemas por uso de sustancias y/o con otros problemas de salud”.

La violencia de género es la violencia que ejercen los hombres sobre las mujeres para conseguir su dominación, control y subordinación. Es una manifestación de las relaciones de poder desiguales entre los géneros, consecuencia de la educación patriarcal y sigue siendo la herramienta social más eficaz para perpetuar la discriminación y la jerarquización de los roles de género.

Fue reconocida como problema de Salud Pública por la Organización Mundial de Salud en 1996, dando a conocer las graves consecuencias que ocasionaba en la vida de las mujeres víctimas, y en su salud física, psicológica y social. Según la OMS, las cifras recientes de la prevalencia mundial indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física, psíquica y/o sexual de pareja o terceras personas en algún momento de su vida.

A pesar de que ser mujer es el principal factor de riesgo para sufrir violencia, existen procesos, trayectorias y condicionantes de salud que aumentan su vulnerabilidad. Diversos autores Internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de la población general, además, entre un 50% y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia.

ANTECEDENTES

La administración pública valenciana ha sido sensible a esta problemática abordando la problemática y tratando de consensuar protocolos de actuación para la intervención profesional en esta materia.

En 2009 se publica el **“Protocolo de Actuación para la Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género”**, para cuya elaboración se utilizó el estudio sobre “El Impacto psicosocial de la Violencia de Género” realizado en 2008. Este Protocolo está dirigido, principalmente, a los profesionales que trabajan directamente en los centros de atención a mujeres. El objetivo de la Conselleria de Bienestar Social al editar este documento era ofrecer un instrumento más para ayudar a la detección, atención y apoyo a las mujeres que sufren estas lamentables situaciones. En definitiva, se pretendió garantizar a las mujeres de la Comunidad Valenciana que son o han sido víctimas de violencia, la mejor asistencia posible, integral y coordinada, aportando para ello pautas y criterios de actuación y articulando cauces de coordinación entre los profesionales de las instituciones implicadas. El Protocolo se estructura en dos partes y unos anexos finales. En la primera parte se habla de los marcos normativo, institucional y teórico y, en la segunda parte se desarrolla el Protocolo de detección

y atención integral.

También en 2009, se edita por parte de la Conselleria de Sanitat el “**Protocolo para la atención sanitaria de la violencia de género (PDA)**” elaborado por la Dirección General de Salud Pública, para permitir guiar la búsqueda activa, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de los casos de violencia de género. Éste se va a aplicar tanto en el ámbito de la atención primaria como especializada. Asimismo, se incluyen las estrategias que se tienen que hacer de forma coordinada con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos como consecuencia de la violencia de género. El protocolo también incluye una guía de recursos disponibles en distintas administraciones públicas, que podrán ayudar al establecimiento de medidas de intervención adecuadas. En la elaboración de este protocolo han participado profesionales de la Agència Valenciana de Salut, de la Dirección General de Salud Pública y otras administraciones públicas.

El objetivo general de este protocolo para el abordaje de la violencia de género en el sector sanitario es establecer unas pautas normalizadas que guíen la búsqueda activa o detección precoz de posibles casos de violencia de género y las medidas de intervención a seguir ante los casos identificados. Así mismo, se establecen estrategias de seguimiento en el ámbito de la atención primaria y especializada de la Comunitat Valenciana.

Los objetivos específicos de este protocolo son:

1. Sensibilizar a los/las profesionales sanitarios/as sobre la magnitud de la violencia de género como problema de salud.
2. Facilitar un instrumento que permita guiar la búsqueda activa, la detección precoz y la valoración de las situaciones de maltrato en el ámbito de la atención primaria y especializada.
3. Elaborar unas pautas que permitan guiar las actividades de intervención sanitaria a seguir tras la detección y valoración de situaciones de maltrato en el ámbito de la atención primaria y especializada.
4. Facilitar una serie de instrumentos que permitan registrar los casos de violencia y las intervenciones sanitarias instauradas tras su detección y valoración.
5. Promover la capacitación de las mujeres que sufren malos tratos para el reconocimiento de su situación y para la búsqueda de soluciones.
6. Contribuir desde el sector sanitario a la sensibilización de la población general sobre el tema de la violencia de género.

Por parte de la Conselleria de Sanitat se crea un grupo de trabajo formado por trabajadoras sociales para la elaboración de la “**Guía de intervención del trabajador social en Atención Primaria con mujeres víctimas de violencia de género**” que se publica en 2012, por la citada Conselleria. Con la elaboración de esta guía se pretende ofrecer un manual de intervención social consensuado para

aplicarlo en el ámbito del trabajo social sanitario.

La intervención del trabajador social en situaciones de violencia doméstica debe ser un proceso facilitador en el que la mujer pueda entender lo que le está sucediendo y decidir qué cambios quiere para su situación. La realidad social que podemos encontrarnos es diversa y por ello, para hacerle frente necesitamos multiplicidad de respuestas, las más adecuadas a cada caso. No será lo mismo intervenir en una situación de urgencia o crisis reconocida, que en una primera atención en una consulta ordinaria, con una mujer que plantea una situación de maltrato de larga duración, o con otra mujer que no reconoce la situación de maltrato que como profesional estamos objetivando claramente. En ocasiones, el episodio agudo de malos tratos en el que la mujer visita el servicio de urgencia, será el punto de partida a partir del cual se inicie el proceso de denuncia y de cambio. En otras ocasiones, como profesionales haremos

seguimiento del caso hasta que ese momento llegue. El trabajador social en los servicios de salud, tanto Centros de Salud como de Hospitales, es el profesional social más cercano y accesible dentro del sistema sanitario, conocedor de los recursos sociales existentes, y por ambas cosas útil a la hora de prestar una atención integral a la mujer víctima de malos tratos.

Los profesionales sociosanitarios sólo somos un pequeño eslabón de la gran cadena necesaria para abordar eficazmente el problema de la violencia doméstica, pero eso no nos exime de la parte de responsabilidad que nos concierne, siendo sensibles al problema y asumiendo nuestro papel en la detección, el tratamiento, el apoyo y seguimiento de las víctimas.

MARCO LEGAL

A continuación, se destaca la normativa, **a nivel estatal**, de referencia en esta materia.

Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayuda y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Se configura como una respuesta integral de carácter interdisciplinar al contemplar diferentes ámbitos de actuación dirigidos a la sensibilización de la ciudadanía, la prevención, detección o intervención como medidas a tener presente en el proceso de atención de este gran problema de la sociedad actual. Abarca aspectos preventivos, educativos, sanitarios, jurídicos, de protección sociolaboral, apoyo económico, asistencial, social y de atención a la víctima. Asimismo, tiene en consideración la normativa civil y penal al abordar las respuestas punitivas que se han de llevar a cabo ante la presencia de estos delitos. Los actos de violencia doméstica son considerados delitos en la exposición de motivos de la propia Ley, dado que constituyen una violación de los derechos humanos. Por todo ello, el código penal contempla entre los tipos de gravámenes de lesiones, uno específico,

relativo a la lesión, la amenaza o la coacción producida contra una persona que haya sido esposa del agresor o haya estado ligada por relaciones sentimentales (Art. 148, 153, 171, 172, 468 y 620 del Código Penal; tomado de Luaces y Vázquez, 2006).

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

En cuanto a la **normativa autonómica** se destaca la siguiente legislación:

Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana por la que se regula el sistema de Servicios Sociales en el ámbito de la Comunitat Valenciana. Determina que los Servicios Sociales en el área de Mujer estén destinados a las mujeres que se encuentren en situación de riesgo por maltrato físico/psíquico, carencia de apoyo familiar, ausencia de recursos y otras circunstancias originadas en las diferencias de género, y requieran un tipo de atención específica en el plano técnico y profesional.

Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat Valenciana, para la igualdad entre mujeres y hombres.

El Observatorio de Género nace, de acuerdo con la Ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, como órgano de carácter consultivo dependiente y adscrito a la Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas, cuya función principal será estudiar y hacer visibles las diferencias de género, mediante la construcción de un sistema de información con capacidad para conocer la situación de las mujeres respecto de los hombres, y el efecto de las políticas institucionales puestas en marcha, para promover la participación de las mujeres en todos los ámbitos, en un plano de igualdad.

Objetivos

- Impulsar la desagregación de datos por sexos en todas las estadísticas e investigaciones que se lleven a cabo en la Comunitat Valenciana.
- Profundizar en el estudio e investigación sobre la realidad social desde una perspectiva de género.
- Dar cuenta de la evolución de los índices de igualdad de mujeres y hombres en el ámbito de la Comunitat Valenciana.
- Realizar un diagnóstico fiable y válido sobre los avances en la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, y evaluar las políticas planeadas con este fin.

Funciones

- Actuar como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes autonómicas, nacionales e internacionales sobre la igualdad de oportunidades.

- Formular recomendaciones y propuestas tendentes a mejorar los indicadores y sistemas de información relacionados con las mujeres.
- Participar y mantener relaciones con instituciones similares.
- Recibir información sobre medidas y actividades que pongan en marcha las Administraciones públicas en materia de Igualdad de Oportunidades.
- Evaluar el impacto en la sociedad de las políticas y medidas que afecten a las mujeres.
- Constituir un foro de intercambio y comunicación entre organismos públicos y la sociedad.
- Proponer iniciativas tendentes a realizar el seguimiento del tratamiento de la figura de la mujer en los medios de comunicación.
- Proponer la realización de estudios e informes técnicos de diagnóstico de la situación de las mujeres en la Comunitat Valenciana.
- Realizar el seguimiento informativo de las políticas sociales que afectan a las mujeres.
- Difundir información sobre diversos aspectos relacionados con las mujeres.
- El Observatorio de Género elaborará un informe anual sobre el grado de cumplimiento de la ley 9/2003, de 2 de abril, de la Generalitat, para la Igualdad entre Hombres y Mujeres, y de la evolución de los índices de igualdad entre mujeres y hombres, que elevará a las Cortes Valencianas.

Ley 7/2012, de 23 de noviembre, de la Generalitat, integral contra la Violencia sobre la Mujer en el ámbito de la Comunidad Valenciana. Esta ley está estructurada en cuatro capítulos que abordan: los derechos básicos de las víctimas, las medidas específicas de la Generalitat para hacer frente a la violencia, la regulación de la red de atención integral y establece la competencia de la Generalitat para actuar contra la violencia.

La **Comisión Interdepartamental para combatir la violencia de género en la Comunitat Valenciana** es el órgano colegiado adscrito a la Conselleria competente en materia de violencia de género, cuyo objeto es coordinar las actuaciones sectoriales de los distintos departamentos

Funciones:

1. Establecer las directrices de coordinación de las distintas actuaciones sectoriales del Consell relacionadas con la violencia de género.
2. Impulsar, evaluar y realizar el seguimiento del Plan de Medidas del Consell para Combatir la Violencia que se ejerce sobre las mujeres

3. Estudiar y proponer las medidas a adoptar por el Consell, en su respectivo ámbito de competencias, sobre asistencia a las víctimas de violencia de género.
4. Establecer las directrices de colaboración de la actuación del Consell con respecto a las que desarrollen las restantes Administraciones Públicas en esta materia.
5. Instar al Consell para que proponga a la Administración del Estado aquellas medidas de competencia de ésta que incidan favorablemente en la situación de las mujeres víctimas de violencia de género.
6. Cualquier otra función relacionada con el ámbito de su competencia.

PLANES ESTRATÉGICOS.

En el desarrollo de la normativa y, dando una respuesta práctica, se desarrollan varios planes y pactos de actuación que concretan el contenido de la norma en medidas a implementar. Se destacan algunos de ellos.

III Plan de medidas del Gobierno Valenciano para combatir la violencia que se ejerce contra las mujeres 2010-2013

El Plan de Medidas del Gobierno Valenciano para Combatir la Violencia que se ejerce contra las mujeres, que finalizó su vigencia en el ejercicio 2008, se configuró en líneas generales como un plan integrado y transversal donde se requería la participación de las diferentes Consellerías implicadas, con la finalidad de articular una serie de medidas que ofrecieran una respuesta integral al problema de la violencia que sufre un número significativo de población femenina de la Comunidad Valenciana.

Finalizado el periodo de vigencia de dicho, y habiéndose presentado el informe de evaluación externa del mismo por la Universidad de Valencia durante el ejercicio 2009, se hace preciso la aprobación de un nuevo Plan del Consell para combatir la Violencia que se ejerce contra las mujeres cuya vigencia abarcará el período 2010-2013.

Así, en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto del Consell 52/2004, de 2 de abril, por el que se creó el Foro de la Comunitat contra la Violencia de Género y Personas dependientes en el Ámbito de la Familia, en su redacción dada por el Decreto del Consell 94/2009, de 10 de julio, el Foro se reunió el 5 de julio de 2010 para abordar el diseño y elaboración del nuevo Plan 2010-2013. Posteriormente, se acordó elevar el Borrador definitivo a la Comisión Interdepartamental para combatir la Violencia Doméstica en la Comunitat Valenciana, que tiene, entre otras funciones, el impulso y seguimiento del Plan.

El nuevo Plan seguirá dando continuidad al compromiso del Consell para erradicar la violencia de género padecida por un número muy significativo de mujeres en la Comunidad Valenciana, cuyo impulso, seguimiento, y evaluación corresponderá a la Comisión Interdepartamental para combatir la Violencia Doméstica en la Comunitat Valenciana, tal y como se establece en el Decreto 208/2009, de 13 de noviembre, del Consell, por el que se modifica el Decreto 143/2002, de 3 de septiembre, del Consell, por el que se creó la Comisión Interdepartamental para combatir la Violencia Doméstica en la Comunitat Valenciana.

I Pacto Valenciano contra la violencia de género. Septiembre de 2017. Suscrito por 63 representantes de instituciones, partidos políticos y entidades sociales y cívicas. Cuenta con 5 líneas estratégicas.

Línea estratégica 1. Garantizar una sociedad segura y libre de violencia machista.

Objetivos:

- Sensibilización con perspectiva de género, como herramienta de prevención, para toda la sociedad.
- Formación obligatoria específica en género a las y los trabajadores públicos y promoción de formación en el resto de profesionales que intervienen en la atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijos e hijas.
- Fomentar y reforzar el tejido social y comunitario preventivo de las desigualdades y la violencia machista (tercer sector, desarrollo comunitario, fomento del asociacionismo, redes de solidaridad y grupos de mujeres).
- Garantizar la alternativa residencial a las mujeres víctimas de violencia de género y en exclusión social para que desarrollen una vida libre e independiente.
- Garantizar una vida independiente mediante políticas de redistribución de la riqueza como los ingresos mínimos y políticas de inserción sociolaboral a las mujeres víctimas de violencia de género.

Línea estratégica 2. Feminizar la sociedad.

Objetivos:

- Promover la coeducación, convivencia y gestión de las emociones desde edades prematuras, así como las habilidades sociales, de comunicación y resolución de conflictos para el equilibrio entre las esfera pública y privada, reproductiva y productiva, y la razón y las emociones.

- Generar nuevas formas de relacionarse personal, social, política y laboralmente más igualitarias, saludables.
- Promover los valores de las nuevas masculinidades para generar nuevos referentes de hombres y la reeducación y reinserción de los agresores machistas.
- Garantizar la corresponsabilidad y la reorganización justa de los usos del tiempo.
- Garantizar una contratación pública responsable y el fomento de la responsabilidad social corporativa con empresas que cuentan con planes de igualdad, cláusulas sociales para combatir la feminización del empobrecimiento y planes de reinserción laboral de mujeres víctimas de violencia de género.

Línea estratégica 3. Coordinar el trabajo en red para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género y machista y a sus hijos e hijas.

Objetivos:

- Atención y recuperación integral a las mujeres víctimas de violencia de género y a sus hijos e hijas.
- Atención integral especializada a los grupos de mujeres más vulnerables, teniendo en cuenta sus múltiples discriminaciones des de la interseccionalidad: mujeres inmigrantes, mujeres víctimas de la trata, mujeres prostituidas, mujeres con diversidad funcional, mujeres con problemas de salud mental, mujeres con conductas adictivas, mujeres ex reclusas, y prestar especial atención al ámbito rural.
- Fomentar el trabajo en red entre los recursos institucionales, del tercer sector y el tejido asociativo de mujeres y feminista como instrumento preventivo y rehabilitador.
- Elaboración y difusión de una guía de recursos y mapa de servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia de género y machista.
- Estudios, búsqueda, innovación y evaluación con perspectiva de género de las políticas de intervención, detección, prevención y sensibilización en violencia de género y machista.

Línea estratégica 4. Romper los muros que invisibilizan la violencia de género y machista y socializarlo como un conflicto político y social.

Objetivos:

- Generar un relato compartido de lucha contra la violencia de género y machista, sin la doble revictimización de las mujeres, la confrontación política y social con los agresores machistas y la socialización del conflicto.
- Condena y rechazo institucional ante cualquier caso de violencia de género y machista.
- Redefinir y fortalecer el Observatorio de Publicidad No Sexista y promover el espacio comunicativo valenciano como herramienta para deconstruir los roles de género tradicionales y estereotipados perpetuados a través de los medios de comunicación, publicidad y cultura.

Línea estratégica 5. Garantizar la dotación presupuestaria estable para poder desarrollar e implementar los objetivos.

Objetivos:

- La Administración blindará los recursos materiales, personales y económicos y garantizará el aumento de la dotación presupuestaria necesaria para poder desarrollar e implementar los objetivos anteriores.

IV Plan de Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres 2011-2014

El Consell aprobó en el pleno del 2 de diciembre de 2011 el IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2011-2014 con la finalidad de lograr una sociedad más justa, cohesionada e igualitaria para todas las personas de la Comunidad Valenciana.

Este compromiso cuatrienal recogía la planificación de las actuaciones transversales para canalizar los recursos hacia la aplicación de la perspectiva de género y obligaba a los poderes públicos a poner en marcha políticas orientadas a superar la discriminación y a garantizar la igualdad.

Las áreas de Actuación que contenía el plan eran:

- Área 1. Transversalidad de Género en las Políticas Públicas
- Área 2. Mujer y Toma de Decisiones
- Área 3. Imagen, Medios de Comunicación y TIC
- Área 4. Educación, Cultura y Deporte
- Área 5. Empleo, Formación y Economía Social
- Área 6. Salud
- Área 7. Atención a la Diversidad e Inclusión Social
- Área 8. Participación y Cooperación

ACUERDOS ESPECÍFICOS.

Acuerdo interinstitucional por el que se aprueba el Protocolo para la coordinación de las actuaciones en materia de violencia de género. Firmado en Valencia el 21 de noviembre de 2014

Este Acuerdo lo suscriben las administraciones públicas de los tres niveles: estatal, autonómico y municipal junto con agentes intervinientes en materia de violencia de género en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

La elaboración del Protocolo de Coordinación es fruto del acuerdo adoptado el 26 de noviembre de 2012, en el seno de la reunión del Grupo de Trabajo de violencia de Género en el marco del Consejo Autonómico de Seguridad. Se presenta como un acuerdo amplio y abierto, llamado a ir perfeccionándose a través del desarrollo práctico de actuaciones contempladas en el mismo, orientadas todas ellas a la configuración de un sistema integral de atención a las víctimas de violencia de género. Este protocolo es un documento que explica la organización de la respuesta que se presta ante una situación de violencia ejercida contra las mujeres por razón de su sexo y en concreto; identifica instituciones y personas a las que recurrir, en qué momento hacerlo, de qué manera y con qué objeto; clarifica las competencias y responsabilidades de cada una; y expresa el compromiso asumido por cada una de ellas en la respuesta a proporcionar.

Los principios rectores de la actuación de las administraciones públicas competentes en materia de violencia de género en la Comunidad Valenciana:

- Actuación personalizada e inmediata de las mujeres que sufren violencia de género y de sus hijos e hijas.
- Atención profesional especializada.
- Actuación respetuosa con la intimidad y privacidad de las víctimas.
- Fomento de la autonomía y la autoestima de las mujeres.
- Actuación coordinada.
- Actuación proactiva y sensibilización de la sociedad.

Guía de intervención ante la violencia de género en Mujeres con Adicciones. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat, 2016. 1ª edición. Edición online.

Esta guía pretende ofrecer unas pautas de intervención, consensuadas, para la detección y abordaje de la violencia de género en las mujeres con adicciones.

En las Unidades de Conductas Adictivas y de Alcohología (UCA/UA), donde se une la problemática de consumo de drogas y maltrato por sus parejas, se sabe que el porcentaje de maltrato a mujeres es muy elevado. Estas dos circunstancias están muy relacionadas, y son los aspectos más visibles y dramáticos de una realidad estructural más profunda, centrada en la desigualdad por género. Una

mujer con un consumo activo puede presentar un estado de desestructuración y desestabilización tal, que sea muy complejo intervenir sobre su situación de violencia, sobre todo porque debido a los efectos de su consumo quizá no sea consciente de ésta.

Trabajamos con un colectivo que se encuentra en situación de gran vulnerabilidad, el ser mujer y consumidora de sustancias supone un multiplicador del riesgo de sufrir violencia de género. Diversos autores internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general, y en las mujeres en tratamiento con metadona la incidencia de maltrato es más alarmante aún, llegando al 90%; además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia.

Ser mujer y consumidora de sustancias supone un multiplicador de violencia de género. En otros casos, el comportamiento adictivo se ha desarrollado como estrategia de afrontamiento a la violencia. Es muy frecuente la relación entre el desarrollo de adicción en la mujer y sucesos traumáticos. A violencia de género pone en peligro la salud física, psíquica y en algunos casos la vida de la mujer, tanto o más que el propio trastorno adictivo.

En esta guía se habla también de las características de las mujeres que son víctimas de violencia de género y padecen un trastorno por uso de sustancias, así como de los tipos de violencia que sufren. Se ha diseñado un algoritmo con el Proceso de detección y abordaje de la violencia de género en mujeres con estas características.

Se trata de ofrecer un instrumento de utilidad para los profesionales que trabajan en el ámbito de las adicciones donde se identifican: indicadores de sospecha, pautas de actuación recomendaciones para el desarrollo de la entrevista de detección. Cuando se ha detectado la situación de violencia, se procede a la elaboración del Plan de intervención con las diferentes actuaciones según el caso.

Finalmente se explica el Sistema de Información para la Detección y Actuación frente a la violencia de género y también la violencia doméstica.

Acuerdo de coordinación entre la Red de Atención a las Mujeres Víctimas de Violencia de Género, dependiente de la Conselleria d'Igualtat i Polítiques Inclusives y las Redes de Salud Mental y de Conductas Adictivas, dependientes de la Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública.

Se viene analizando desde hace tiempo, la relación entre la violencia que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías, entre ellas el alta la prevalencia de la patología dual, en la que el desarrollo de un trastorno adictivo comórbido con un trastorno mental se convierte en un determinante de la intervención.

Entre los principales problemas psicopatológicos se encuentran la depresión, el trastorno de estrés postraumático y la dependencia de sustancias, entre otros.

La necesidad de coordinación se justifica a partir de la evidencia existente de que el hecho de ser mujer y tener una adicción u otro problema de salud mental supone un multiplicador del riesgo de sufrir violencia de género, siendo entre 2 y 4 veces superior respecto a las mujeres en general. En concreto, se constata que hasta un 43% de las mujeres ha sufrido violencia psicológica en la pareja y, además, 3 de cada 4 mujeres con trastorno mental grave han sufrido violencia en el ámbito familiar y/o en la pareja alguna vez.

En muchos casos, esta doble vulnerabilidad hace necesaria una actuación coordinada de carácter urgente, pues existen casos de mujeres en situación de violencia de género que requieren un tratamiento y atención específica por parte de la red de salud mental y/o red de conductas adictivas y, viceversa, existen mujeres atendidas en las redes de salud mental y conductas adictivas que requieren una atención e intervención específica por parte de los servicios de atención a la mujer víctima de violencia de género.

En este Acuerdo se establecen los objetivos de la colaboración:

1. Dar prioridad de atención a la mujer en situación de violencia de género en la red de atención a la salud mental y la red de conductas adictivas.
2. Definir y concretar los criterios de coordinación a través de la formación de grupos de trabajo entre los y las profesionales de todas las redes para la valoración de las posibles situaciones.
3. Formación de los y las profesionales.

Se establecen circuitos de atención preferente entre todas las redes de atención y se especifican los criterios para el ingreso, así como la derivación entre los dispositivos.

- Detección en los Centros de Mujer y Recursos residenciales para víctimas de violencia de género marcando dos tipos de atención:
 - a) Atención urgente: acudiendo a Servicios de Urgencia de referencia de la zona
 - b) Atención preferente: en los casos en que la mujer requiera atención en la USM y/o UCA/UA de manera preferente (solicitando atención y confirmación de la misma)
- Criterios para el ingreso en centros específicos de atención de las redes de salud mental y conductas adictivas (de manera prioritaria)
- Derivación desde dispositivos de la Red de Salud Mental y de la Red de Conductas Adictivas a los Centro Mujer y Recursos residenciales para mujeres.

Se constituirá una comisión de seguimiento del presente protocolo de colaboración y coordinación que se reunirá semestralmente y siempre que alguna de las partes lo solicite y que estará formada por profesionales designados por la Dirección General del Instituto Valenciano de las Mujeres y por la igualdad de Género y por la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Tanto la secretaría, como las convocatorias de las reuniones de seguimiento serán competencia de la Dirección General del Instituto Valenciano de las Mujeres y por la Igualdad de Género. El presente protocolo de colaboración tendrá una duración de un año desde la firma del mismo, renovándose anualmente de forma automática, salvo denuncia expresa de alguna de las partes.

Otro de los apartados es el de la formación a los equipos profesionales. Ambas Direcciones Generales se comprometen a formar a los equipos profesionales de todos los dispositivos de atención. Anualmente se establecerá una planificación de las acciones formativas a desarrollar según las necesidades detectadas.

Finalmente se aborda el tema de la evaluación que será de tipo cuantitativo estableciéndose una serie de indicadores para ello.

El Acuerdo cuenta con un anexo donde se explica la red de recursos de atención de ambas Consellerias.

CONCLUSIONES:

Se constata el interés mostrado por la administración valenciana en la detección y abordaje de la violencia de género que sufren las mujeres y, especialmente, está siendo sensible a las mujeres con factores de mayor vulnerabilidad, mujeres que se encuentran en un proceso adictivo y/o en un proceso de enfermedad mental (siendo el consumo y/o los síntomas de la enfermedad causa o consecuencia de la situación de violencia). En este sentido, las características de la intervención que se realice con las mujeres pasa porque:

- La atención debe ser integral desde un modelo de actuación de tipo biopsicosocial con equipos de profesionales interdisciplinarios y formados desde la perspectiva de género.
- Se debe dar una respuesta estructural donde estén involucrados todos los agentes implicados requiriendo la intervención, colaboración y coordinación de varias administraciones (educativa, sanitaria, de servicios sociales y judicial, entre otras).
- Haya dotación de recursos de atención especializados que atiendan la variada problemática que las mujeres tienen.
- Se cumpla estrictamente la ley para que la igualdad sea real y no solo formal y con ello se prevenga y se actúe frente a la violencia.





30 años ASOCIACIÓN
AVANT
1987-2017

