

# PROYECTO

HOMBRE

XX JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

VISIÓN INTEGRAL DE LA  
INTERVENCIÓN EN ADICCIONES

## PROYECTO GÉNERO



3€ N°96  
MAYO 2018

Revista de la Asociación  
Proyecto Hombre

# PROYECTO HOMBRE

## PRESIDENTE DE LA REVISTA

Manuel Muiños

## COMITÉ CIENTÍFICO

Luigi Cancrini  
Médico psiquiatra  
Roma, Italia

Domingo Comas  
Sociólogo y Presidente de Fundación Atenea  
Madrid

Javier Elzo  
Sociólogo, Investigador del Instituto Deusto de drogodependencias  
Bilbao

Georges Estievenart  
Director de Honor del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías  
Lisboa, Portugal

Jaume Funes  
Psicólogo Periodista y escritor  
Barcelona

Baltasar Garzón  
Magistrado, Juez  
Madrid

Elena Goti  
Consultora Dianova Internacional  
Barcelona

Alain Labrousse  
Presidente del Laboratorio de Geopolítica de las Drogas  
Francia

Emiliano Martín González  
Psicólogo Responsable del Menor y la Familia  
Ayuntamiento de Madrid

Luis Rojas Marcos  
Psiquiatra. Profesor de la Universidad de Nueva York, USA

Santiago de Torres  
Médico y ex-Director General PNSD  
Madrid

Nora D Volkow  
Directora National Institute on Drug Abuse (NIDA), USA

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Manuel Muiños

Elena Presencio

Oriol Esculiés

Begoña del Pueyo

Ubaldo Cuesta

Olatz González

Carolina Escudero

## EDICIÓN

PROYECTO HOMBRE

Carolina Escudero

## MAQUETACIÓN Y DISEÑO

Doblehache Comunicación

## IMÁGENES

Alba Bernabé (A.B.)

Carolina Escudero (C.E.)

Olatz González (O.G.)

Nuria López (N.L.)

Juan Ramón Santos (J.R.S.)

Otros autores

*Ilustraciones:*

Olatz González

## DELEGACIONES Y CORRESPONSALES

### AMÉRICA

Argentina  
Martín Gomá  
Fundación Belén Escobar

Chile  
Juan Palacios  
CICAD-OEI

Colombia  
Gabriel Mejía  
Fundador de Hogares Claret

Margarita M<sup>a</sup> Sánchez  
Presidenta de la RIOD

Guatemala  
Sergio Rolardo Valle Leoni  
Pte. Red Guatemalteca de Organizaciones que trabajan en Drogodependencias

México  
Presidente CCTT México

USA  
Anthony Gelormino  
Presidente Federación Mundial de Comunidades Terapéuticas

### EUROPA

Rowdy Yates  
Presidente de la EFTC

### ESPAÑA

Alicante  
Rubén Guillén

Almería  
Manuel Navarro

Asturias  
Ernesto Lois

Baleares  
Víctor Dengra

Burgos  
Almudena Abajo Cruces

Cádiz  
Javier Sevilla

Canarias  
Esther Brito y María Padrón

Cantabria  
Eloísa Velarde

Castellón  
Miguel A. Pérez

Castilla-La Mancha  
Begoña Rubio

Cataluña  
Jordi Feu

Córdoba  
Lázaro Castro

Extremadura  
Blanca Glez. Santos

Galicia  
Amalia Calvo

Granada  
David A. Ortega Jañez

Huelva  
Víctor Rodríguez

Jaén  
Pedro Pedrero

La Rioja  
Vanessa Gordo

León  
Jorge Rubio

Madrid  
Mercedes Rodríguez

Málaga  
Belén Pardo

Murcia  
Ana Muñoz

Navarra  
Marisa Aristu

Salamanca  
Rosa Barrios

Sevilla  
Ana Bastos

Valencia  
Elvira Miragaya

Valladolid  
Begoña Rodríguez

## CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN ESPAÑA

10 €

## CUOTA ANUAL DE SUSCRIPCIÓN EXTRANJERO

Europa: 30 €  
América: 40 €

## EDITA

Asociación Proyecto Hombre

## IMPRIME

Industrias Gráficas Afanias  
www.afanias.org

## DEPÓSITO LEGAL

M-41802-1991

## I.S.S.N.

1136-3177  
Permitida la reproducción citando procedencia

## OFICINA DE ADMINISTRACIÓN Y DIFUSIÓN

*Responsable:*  
Carolina Escudero  
C/ Sánchez Díaz, 2  
28027 Madrid  
comunicacion@proyctohombre.es  
Tel: 91 357 01 04  
www.proyctohombre.es  
902 88 55 55

## COMITÉ TÉCNICO DE JORNADAS:

Yoana Granero Salas  
Reyes Heras Prieto  
Gorka Moreno Arnedillo  
Pedro Pedrero Lanero  
Rosa Peréz Valles

Los artículos firmados sólo reflejan el pensamiento de sus autores



PUEDES SOLICITAR LA SUSCRIPCIÓN ANUAL A LA REVISTA PROYECTO DESDE FUERA DE ESPAÑA A TRAVÉS DE NUESTRA WEB: [www.proyctohombre.es](http://www.proyctohombre.es) en la sección Publicaciones / Revista



## 02 > Editorial

---

Pedro Pedrero

## 04 > Conferencia

---

- Patriarcado, machismo y posmachismo. Del origen a la actualidad  
Paloma Tosar López

## 10 > Mesas redondas

---

- Las desigualdades de género en salud pública y drogodependencias  
Nuria Romo-Avilés, Laura Pavón-Benítez
- Adicción al ciberporno  
Ubaldo Cuesta Cambra
- Masculinidades y adicciones: ¿la droga nos hace más hombres?  
Ander Bergara Sautua
- Intervención educativa terapéutica en adicciones de Proyecto Hombre: oportunidad de colaborar en el proceso de transformación social cuando el nombre dice, pero no lo dice todo  
Rosa Pérez Valles

## 24 > Mesas de experiencias

---

### Mesa 1 • Prevención

- Consumo intensivo de alcohol en los espacios recreativos de ocio desde la perspectiva de género: sobre cómo la violencia de género se convierte en *sexting*  
Nuria Romo-Avilés, Penélope Sánchez-González
- El "no es no" es insuficiente: reflexiones del 4º Informe Noctámbul@s  
Ana Burgos García
- La influencia del género en la efectividad de los programas de prevención escolar  
María Aránzazu Fernández Rodríguez, Sandra Dema Moreno, Yolanda Fontanil Gómez

### Mesa 2 • Tratamiento

- Violencia de género y adicción  
Belén Orozco Jabato
- Apoyo a mujeres con problemas de adicción, víctimas de violencia de género  
Mª Dolores Aracil Tomás
- Investigar es mirar lo que todos ven pero pensándolo de una manera diferente  
José Javier López-Goñi

### Mesa 3 • Reducción del daño

- Género, usos de drogas y prostitución  
Carmen Meneses Falcón
- Taller para la mejora de las competencias parentales en mujeres en tratamiento en programa de mantenimiento de metadona  
Rosa Pérez Valles
- Espai Ariadna: violencia de género y adicciones. Claves de intervención con mujeres desde una perspectiva de género  
Alicia Salamanca Fernández

## 52 > Talleres

---

- Intervención con hombres con perspectiva de género  
Rafa Soto González
- Adicciones y perspectiva de género: mandatos de género como herramienta de trabajo  
Raquel Cantos Vicent
- Claves para la introducción de la perspectiva de género en el trabajo con adicciones  
Patricia Martínez Redondo
- Adicciones y maltrato en la pareja como manifestación de la violencia de género: comprendiendo las secuelas en las víctimas de esta multiproblemática  
Olga María Barroso Braojos

## 64 > Entidades colaboradoras

---



# > Editorial





**P**asó un año y la Asociación Proyecto Hombre presenta de nuevo sus Jornadas. En esta ocasión, en su vigésima edición, el tema escogido es "Proyecto Género: visión integral de la intervención en adicciones". El objetivo es presentar formas de intervención, a la luz de la investigación y la evidencia científica, que promuevan la actualización y la reflexión permanente respecto a esta cuestión.

El tiempo transcurrido desde la última edición hasta ahora ha sido un año cargado de actividad y de trabajo para preparar estas jornadas. La continuidad en el trabajo con el Observatorio 2016 sobre el perfil de personas con problemas de adicción en tratamiento, supone una herramienta tremendamente útil y eficaz a la hora de plantear los temas a tratar, porque entendemos que son temas emergentes en las distintas realidades de las entidades que se relacionan con las adicciones en el ámbito de la prevención, la rehabilitación o la incorporación social.

El informe 2016 pone sobre la mesa una realidad llamativa: de las personas que acuden a rehabilitación en un centro de Proyecto Hombre, solo el 16% son mujeres. Este dato es comparable a los datos de atención de otros recursos. A raíz de ellos, quizás sean varias las palabras que me vienen a la cabeza:

- **Accesibilidad y visibilidad.** Parece que, según los datos, nuestros programas no son del todo accesibles. Es posible, yo casi lo aseguraría, que nos falte mucho camino por recorrer en lo referente a la realidad que viven las mujeres con problemas de adicción. Este análisis pasa por plantear en el seno de Proyecto Hombre un estudio en profundidad sobre el impacto que los abusos de cualquier tipo sufridos en mujeres pueden tener en el posterior uso de drogas y qué incidencia tiene este aspecto sobre los tratamientos, así como en el desarrollo de modelos y procedimientos específicos para las necesidades de las mismas.
- **Complicidad y corresponsabilidad.** La cuestión del género no es una cuestión exclusivamente de mujeres. El trabajo con los hombres dentro y fuera de nuestros recursos debe posibilitar un nuevo posicionamiento y un nuevo concepto de lo masculino. Solo desde un camino común que permita quitarse de encima estereotipos y barreras y comprometerse en la consecución de nuevos modelos sociales, podremos facilitar espacios de igualdad y equidad.

Entendemos, por tanto, que tiene todo su sentido que la Asociación Proyecto Hombre dedique estas Jornadas a profundizar sobre esta cuestión.

También pretendemos unir la parte más teórica con el trabajo de campo a nivel más práctico. Contamos con personas del ámbito de la investigación y con aquellas que están trabajando en el día a día, haciendo un conjunto donde la reflexión y la realidad crean una mezcla enriquecedora. Es por ello que en esta búsqueda se han organizado unas jornadas donde conviven las conferencias, los talleres en los que profundizar sobre distintas intervenciones y las mesas de experiencias en las que podremos ver cómo se trabaja de manera práctica sobre diferentes realidades.

En definitiva, buscamos un espacio donde compartir, indagar, cuestionar y llevarnos experiencias en nuestra mochila para que la intervención en los ámbitos en los que nos movemos sea más rica y más eficaz, que es a fin de cuentas de lo que se trata.

Como cada año, desde Proyecto Hombre facilitamos el marco de trabajo. Esperamos que disfrutéis de estas Jornadas, en las que os animamos a participar y a hacerlas vuestras. Con esa intención las preparamos.

Un abrazo y a disfrutar.

### Pedro Pedrero

Director-presidente de Proyecto Hombre Jaén y presidente de la Comisión Nacional de Formación de la Asociación Proyecto Hombre

# > Conferencia





## PATRIARCADO, MACHISMO Y POSMACHISMO. DEL ORIGEN A LA ACTUALIDAD

Paloma Tosar López  
Coordinadora general en Ágora  
Espacio de Formación Feminista

### PATRIARCADO

La estudiosa, historiadora y escritora feminista Gerda Lerner afirmó que el patriarcado es una creación histórica elaborada por hombres y mujeres en un proceso que tardó casi 2.500 años en completarse.

Son diferentes las teorías y estudios que desde la antropología, arqueología e historia nos hablan de la génesis del patriarcado y todas ellas coinciden en datar su origen entre finales del paleolítico y principios del neolítico.

Parece ser que la corresponsabilidad era una característica de la organización social en el Paleolítico, ya que la autosuficiencia era igual en hombres y en mujeres, con una repartición de tareas similar entre todos los miembros del grupo.

La subsistencia dependía del apoyo mutuo y la cooperación. La educación de las criaturas era asumida por el grupo; aunque es muy probable que la aparición del protolenguaje se lo debamos a las mujeres. Se desconocía el papel de los hombres en la reproducción, no se conocía la paternidad, el único parentesco conocido era la maternidad. Las hembras copulaban con varios machos y no se conocía la relación entre coito y embarazo.

Se tiene constancia de que la recolección fue vital para el grupo, y la caza fue en la mayoría de las ocasiones para complementar la ingesta de vegetales. La caza ni era la actividad más importante ni estaba asumida solo por hombres. Las mujeres y los hombres, en un principio carroñeaban, ya que no se tenía un metabolismo adaptado para cazar. Y conforme sus cuerpos se fueron adaptando, ambos sexos compartían la tarea de conseguir alimento matando a otros animales.





Distintos aspectos, como que los animales podían oler la menstruación de las mujeres y huir o atacar y el hecho de que las hembras críasen, condujo a que conforme fueron conscientes de su importancia para el grupo y al ser peligroso para el embarazo ciertas actividades como cazar, explorar, luchar y la exposición a las inclemencias del tiempo, las labores de las mujeres pasaron poco a poco a ser la de la recolección.

Hasta entonces la estructura social era matrilineal y facilitaba la autoridad práctica de las mujeres. Sin embargo, como señala L. Henry Morgan, en el transcurso del desarrollo social y cultural, por razones no lo suficientemente aclaradas, relacionadas con diferentes teorías que se han movido entre la conciencia de la paternidad (*en el Neolítico con la ganadería, las sociedades apreciaron como cuando separaban a las hembras de los animales machos, estas no se quedaban embarazadas (Jacques Dupuis)*) hasta la protección de las mujeres para garantizar el cuidado de lxs hijxs, aparece la unión monógama patriarcal.

En esta nueva forma de relación, el hombre se empezó a encargar de la búsqueda de alimento y protección del grupo y las mujeres del cuidado de la prole y de su protección, facilitándose así una gran expansión demográfica.

Ahora que los hombres sabían quiénes eran sus hijos/as y con la agricultura asentada, la propiedad privada cobra más fuerza. Interesa aprovechar la fuerza de trabajo de lxs hijxs para cultivar las tierras y explotar los recursos. Del sexo sin necesidad de monogamia, pasamos a una sociedad basada en parejas, debido al conocimiento de la paternidad. La familia (de famulus; conjunto de bienes del patriarca) aparece, y debido a su potencial económico destierra a las sociedades que apostaban por huir de la monogamia y que practicaban la cooperación de todas las personas.

La relación establecida entre el hombre y la mujer, y las consecuentes funciones desarrolladas en su seno, supusieron la modificación de la autoridad única de la madre sobre sus hijxs (pérdida de la autoridad matrilineal) y el distanciamiento y ruptura de la vinculación horizontal entre las mujeres que quedaron más aisladas, como señala Martín-Cano. Esta nueva situación, conforme fue desarrollándose, generó una dependencia de la mujer al hombre y una mayor dificultad para auto-sustentarse y mantener una autonomía respecto a él.

La consolidación de la cultura patriarcal y la modificación de la función económica de las mujeres, relegada prácticamente al cuidado de lxs hijxs y las labores domésticas, hizo que la herencia se convirtiera en patrilineal y que la propiedad pasara a manos de los hombres. Se genera así la construcción de la dependencia estructural de las mujeres a los hombres.

El cuidado de lxs hijxs garantizó el desarrollo económico, la riqueza y la propiedad, esta, tal y como recoge Mellasoux, llevó a la necesidad de preservar los efectivos productores, y este control se tradujo en una mayor dependencia de las mujeres. Después, la riqueza llevó a los enfrentamientos y a las guerras y, de nuevo, las mujeres tuvieron el papel secundario e invisible de cuidar a lxs hijxs para reponer las pérdidas que suponían las sangrías demográficas, hasta el punto de que en muchos conflictos fueron consideradas como botines de guerra y convertidas en verdaderas máquinas humanas esclavizadas en su función procreadora. En este sentido, un estudio publicado en 2008 en la revista *Antiquity Journal*, recoge el trabajo realizado sobre los restos de una fosa del neolítico de unos 6.900 años de antigüedad. Los restos óseos hallados en su interior corresponden a una comunidad atacada por otras tribus extranjeras, y todos ellos pertenecen a hombres y



• Proyecto Hombre Burgos (C.E.)

niños varones cruelmente asesinados, sin que apareciese ningún esqueleto femenino. Las características del yacimiento han llevado a concluir que las mujeres fueron tomadas como botín de guerra para ser utilizadas dentro de sus propias comunidades, circunstancia de la que se tenía referencias indirectas, pero que ahora cuenta con el respaldo de la constatación objetiva.

**“NIÑOS Y HOMBRES INSTRUIDOS BAJO LA LEY DEL DOMINIO, CON EL OBJETIVO DE CONSTRUIR SUS IDENTIDADES ORIENTADAS A DOMINAR TODO LO QUE LES RODEA (INCLUIDAS NOSOTRAS)”**

Todo este largo proceso es llamado por Françoise Héritier la “valencia diferencial de los sexos”, que hizo de las mujeres eternas menores. Ella considera que ese sistema de pensamiento es la base del inicio del mundo en el que vivimos, fundado en una relación desigual, jerárquica, entre varones y mujeres.

O sea, el origen de la dominación masculina, que se expandió a medida que los seres humanos se multiplicaban, a partir de unos 100.000 individuos primitivos, es la voluntad de control de los varones sobre el poder de fecundidad de las mujeres.

De ahí derivan absolutamente todos los estereotipos de género, que llegaron a ser universales precisamente porque ese sistema se remonta a épocas muy, muy lejanas: la mujer-objeto, la mujer abnegada, que se sacrifica por sus hijxs, la mujer dulce y compasiva, la maternidad como destino obligatorio para toda mujer, la mujer fiel porque necesita de un macho protector vs. el macho que va sembrando su semen de flor en flor, pero también la mujer demonio, la mujer presa de sus hormonas, la mujer loca a la que hay que controlar...

Sobre esa creencia se construyeron todas las sociedades. **El patriarcado no es una mera división del trabajo; es un sistema de dominación**, del que deriva una división del trabajo que es cambiante de acuerdo a las épocas y las necesidades. Cuando hay necesidad de mano de obra, como durante una guerra, se le da la bienvenida a las mujeres en el campo laboral. Cuando hay sobrante de mano de obra, se les pide que vuelvan a sus casas...

El patriarcado cuenta con la normalización del machismo como principal herramienta para su mantenimiento y consolidación.

## MACHISMO

Desde entonces hasta ahora y con el objetivo que fortalecer la naturalización del machismo; niñas y niños, mujeres y hombres hemos sido educadxs durante miles de años para que inconscientemente obedezcamos lo que han definido Amelia Valcárcel y Elena Simón como la Ley del agrado (Valcárcel) y la Ley del dominio (Simón).

Niñas y mujeres adoctrinadas bajo la ley del agrado, con el objetivo de construir nuestras identidades orientadas a agradar, ser del agrado de todos los que nos rodean.

La ley de agrado centrada en instruirnos para el cuidado de lxs demás, la belleza, la satisfacción de los deseos sexuales del otro, la dependencia (antes económica y siempre emocional) y la inteligencia emocional.

Niños y hombres instruidos bajo la ley del dominio, con el objetivo de construir sus identidades orientadas a dominar todo lo que les rodea (incluidas nosotras).

La ley del dominio concentrada en adiestrar a los varones en dirigir sus vidas hacia el desarrollo intelectual y las habilidades técnicas, el desarrollo profesional, la autonomía/independencia, la libertad y el analfabetismo emocional.

Lo que, en un principio, hace miles de años, se originó como una necesidad de adaptación a las circunstancias del momento (origen biológico), se mantiene y refuerza durante siglos, aunque tales circunstancias hayan desaparecido. El objetivo de la subsistencia de la especie (biológico) queda sustituido por el de la dominación masculina (cultural y social).

La perdurabilidad del patriarcado tiene que ver con el mundo de las estrategias. El posmachismo es una de ellas, la más actual.

## POSMACHISMO

Cuando hablamos de posmachismo, hablamos de machismo, es una estrategia del machismo. Es una nueva forma de machismo, sin ser tan explícito ni directo.

El posmachista se define como defensor de la igualdad real, de la igualdad verdadera, *no la igualdad que defiende el feminismo, que solo lucha por los derechos de las mujeres.*

El posmachista juega y se aprovecha de todos esos estereotipos que el machismo tiene sobre el feminismo y eso lo hace muy creíble porque no genera ningún conflicto con lo establecido, con lo normal y lo normal es el machismo.

Es machismo es la cultura, el machismo es la normalidad, ha ido cambiando para seguir igual y esa es la esencia del posmachismo; diferentes estrategias a las históricas, pero con el mismo objetivo. La estrategia del machismo es cambiar para seguir igual. Este actualmente se presenta ante la sociedad como una especie de exceso, el machismo es cuando hay determinadas conductas, manifestaciones, comentarios que sobrepasan un nivel que consideramos normal.

Piropos poco elegantes, chistes ofensivos, comentarios vejatorios, que sobrepasan un determinado nivel, es machismo. Todo lo demás, todo lo que está por debajo de ese nivel forma parte de lo normal. Esta es una de las grandes trampas del machismo. Toda la realidad que vivimos es machista y el posmachismo nos hace creer que es solo una parte y que además cada vez es más pequeña.

A quienes detectamos el machismo como la principal característica de nuestras sociedades, el posmachismo nos presenta como unas exageradas y tiquismiquis que vemos machismo en todas partes, incluso donde tan solo hay buenas intenciones, costumbres y tradiciones inofensivas.

El posmachismo es la reacción del machismo. Si hay una reacción diferente y beligerante es porque se percibe que hay acción, se percibe que el feminismo está transformando la realidad y que esta transformación social hacia la igualdad está siendo liderada y protagonizada por las mujeres.

El posmachismo no reconoce al feminismo toda su aportación histórica, las consecuencias se interpretan como un proceso natural de las democracias, sin protagonistas concretas con nombres y apellidos. No se le reconoce al feminismo la infinidad de logros; sufragismo universal, educación universal, liberación sexual universal, derecho al trabajo universal, etc. Sino que más bien se presenta al feminismo y las feministas como una amenaza. El posmachismo intenta limitar y restringir nuestros avances, el de las mujeres.

El feminismo nació como respuesta a una injusticia. El machismo necesita negar y no aceptar el feminismo, porque si lo acepta como fuente válida de justicia social tiene que reconocerse a sí mismo como el causante de la injusticia.

No está dispuesto porque es una estructura de poder y si lo acepta tiene que reducir a la nada todo ese sistema donde ellos tiene todos los privilegios que han ido disfrutando a lo largo de la historia. El machismo va a utilizar toda la resistencia y toda la violencia posible para no reconocerse como protagonista y responsable de esa construcción social.

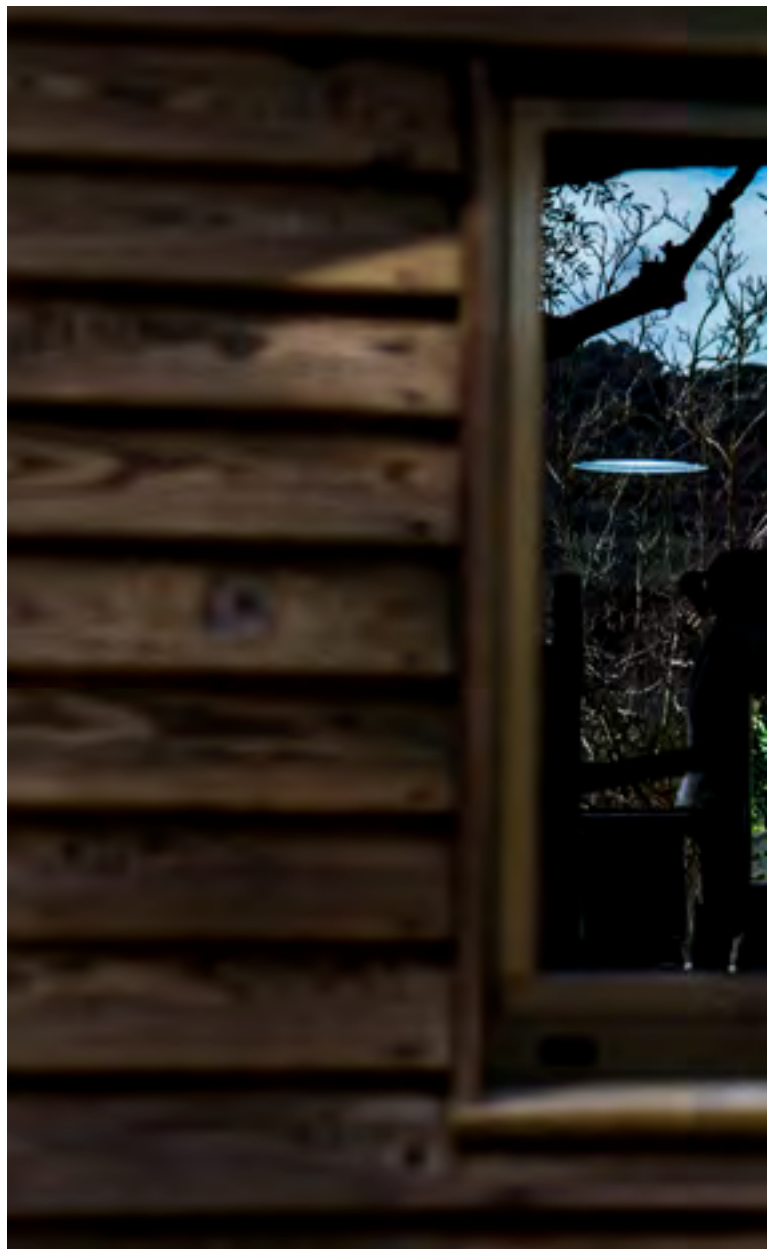
El machismo se instaura a través de la Ley del agrado / Ley del dominio y el posmachismo además de potenciar esas identidades tiene otras dos herramientas:

## 1. LA CONFUSIÓN

Genera confusión hacia los logros de feminismo y los cuestionamientos y las críticas que hace. Esta confusión genera duda, la duda se traduce en distanciamiento del problema y la distancia genera pasividad, no hay implicación, no hay interés por entender o conocer por qué hacemos las reivindicaciones que hacemos desde el feminismo.

Cuando hay pasividad, nada cambia y todo sigue igual, que es lo que el machismo persigue.

Actualmente no se puede hacer una crítica directa al feminismo porque generaría rechazo, pero sí generar confusión y al final el objetivo se cumple, que todo siga igual. Esta estrategia se hace a través de los neomachismos; reactualizaciones de los mitos tradicionales, como el mito de la Eva perversa.





“Se ha estado negando la violencia de género hasta finales de los 90. Gracias al trabajo de estudiosxs en la materia actualmente ya no se puede negar la violencia de género, ¿Qué hace el posmachismo entonces? Se inventa el mito de las denuncias falsas”

Por ejemplo: Se ha estado negando la violencia de género hasta finales de los 90. Gracias al trabajo de estudiosxs en la materia actualmente ya no se puede negar la violencia de género, ¿Qué hace el posmachismo entonces? Se inventa el mito de las denuncias falsas; concluyen que el 80% de las denuncias son falsas, argumentando que todas las que no acaban en sentencias condenatorias son falsas.

La Fiscalía General del Estado sitúa las denuncias falsas en un 0,010%-0,018% (dependiendo del año) y en el año 2012 tuvo que advertir que las que no acaban en sentencia condenatoria no es porque el delito no se haya cometido, sino porque no aparecen suficientes pruebas para romper la presunción de inocencia (esa de la que muchos hombres se quejan de no tener).

Por poner un ejemplo reciente, el caso del jugador de fútbol Rubén Castro. Este maltratador no fue condenado; el juez en la sentencia exponía que solo una vez pegó a su novia en público.

Los datos presentados en la Memoria de la Fiscalía General del Estado del 2017 donde se hace un estudio desde 2002 al 2016 sobre denuncias falsas, dice que representan el 0,0075%.

El posmachismo ha llegado a hacernos creer que las denuncias falsas son muy abundantes en los casos la violencia de género. Ante esto, ¿qué hace la sociedad? Poner el foco fuera del problema, distanciarse del problema argumentando cosas como ... es que hay muchas denuncias falsas o también hay mujeres que maltratan...

El posmachismo consigue: que no veamos la realidad objetiva de los datos oficiales; 60 mujeres asesinadas de media al año y 600.000 denuncias, como un problema de la normalización del machismo y que no veamos al feminismo como la única solución (propuesta por ahora) al problema.

## 2. LA VICTIMIZACIÓN DEL HOMBRE

Los hombres son víctimas del machismo; sufren más accidentes laborales, más accidentes de tráfico, tienen menor esperanza de vida, son mayores consumidores de drogas, etc.

Y también víctimas de la igualdad (del feminismo), porque la igualdad solo está destinada a beneficiar a las mujeres.

Como dice Miguel Lorente;

*Los hombres somos más un producto del machismo que víctimas del machismo. Los hombres tenemos lo que tenemos como consecuencia de los privilegios que tenemos y cada uno los usa y dosifica como considera. Esto tiene consecuencias negativas, sí. Pero es como decir que pobrecitos los aristócratas que en la Edad Media tenían ácido úrico y gota.*

*Si fuéramos víctimas del machismo en algún momento de la historia nos hubiéramos revelado contra él.*

## BIBLIOGRAFÍA

- Valcárcel, Amelia. Conferencia "Sapere aude" (Atrévete a saber) Congreso Mundos de Mujeres Madrid, 2008
- Hériter, Françoise. Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia. Ed. Ariel, 1997
- Lerner, Gerda. La creación del patriarcado. Ed. Katakarak, 1986
- Lorente Acosta, Miguel. Los nuevos hombres nuevos. Ed. Imago Mundi, 2009
- Simón Rodríguez, Elena. Democracia vital. Ed. Narcea, 1999

# > Mesas redondas



1

LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD PÚBLICA Y DROGODEPENDENCIAS

2

ADICCIÓN AL CIBERPORNO

3

MASCULINIDADES Y ADICCIONES:  
¿LA DROGA NOS HACE MÁS HOMBRES?

4

INTERVENCIÓN EDUCATIVA TERAPÉUTICA EN ADICCIONES DE PROYECTO HOMBRE: OPORTUNIDAD DE COLABORAR EN PROCESO DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL CUANDO EL NOMBRE DICE, PERO NO LO DICE TODO



1

## LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN SALUD PÚBLICA Y DROGODEPENDENCIAS

*El feminismo es una forma de vivir individualmente y de luchar colectivamente.*

Simone de Beauvoir

Nuria Romo-Avilés

Laura Pavón-Benítez

Departamento de Antropología Social,  
Instituto Universitario de Investigación  
de Estudios de las Mujeres y de  
Género, Universidad de Granada



• Proyecto Hombre Barcelona (N.L.)

La equidad de género es un derecho fundamental de las personas. Su promoción es necesaria desde una perspectiva de los derechos humanos y también desde el punto de vista de la salud pública, para la igualdad en el acceso a los servicios de salud, empoderamiento y visibilización en los ámbitos privados y públicos de la vida. Como movimiento social y político, el feminismo es revolucionario al proponer sociedades nuevas, igualitarias y respetuosas. La perspectiva de género como herramienta teórica y metodológica es clave para visibilizar desigualdades, entendida desde una perspectiva grupal, no como algo estático, sino en construcción y reproducción a través de las interacciones cotidianas en la vida social (West & Zimmerman, 2009). Sabemos que el sistema de género es el que ordena, otorga valores, normas, costumbres y comportamientos. Contribuye así a las diferencias en exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo para la salud de hombres y mujeres (Sen y Östlin, 2007). En Salud Pública, la perspectiva de género está generando interés sobre temas de investigación que habían permanecido en el olvido. A continuación presentamos de manera introductoria algunos ámbitos que podrían ser claves en la investigación y debate.

**“LAS MUJERES ACUDEN A CONSULTAS MÉDICAS CON MAYOR FRECUENCIA QUE LOS HOMBRES Y RECIBEN MÁS PRESCRIPCIONES POR PROBLEMAS DE SALUD, INCLUYENDO PROBLEMAS DE SALUD MENTAL”**

## 1. VISIBILIZA ENFERMEDADES IGNORADAS EN LAS MUJERES

En este sentido, un ejemplo revelador en los últimos años para comprender el impacto de la perspectiva de género sobre la salud pública es el trabajo realizado sobre las "Cardiopatías", gracias al cual se ha mostrado cómo el género afecta a la propia construcción de la enfermedad, que siempre se había considerado masculina (Bolívar-Muñoz, 2013). Se viene detectando que las mujeres mostramos un patrón diferente a los hombres ante el infarto de miocardio. Al no conocer esta diferencia y haberse generalizado la información con los síntomas masculinos se ha dificultado su diagnóstico rápido, aumentando la mortalidad por no llegar a tiempo a los servicios sanitarios. Los estudios sobre cardiopatías con perspectiva de género abren la puerta a las posibilidades que el feminismo puede tener en la visión diferencial en otras muchas patologías quizás estudiadas sin perspectiva de género.

## 2. SACA A LA LUZ SITUACIONES QUE AFECTAN A LA SALUD DE LAS MUJERES COMO LOS PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN DIFERENCIAL

En lo que respecta a la salud de las mujeres se da una paradoja, las mujeres viven más años, pero con peor estado de salud. La salud de las mujeres tiene relación con su socialización, con el control sobre los recursos y capacidad para la toma de decisiones, que son en general más desfavorecidas; la menor esperanza de vida de los hombres se debe a que tienen peores hábitos de salud, son menos propensos a consultar con los servicios de salud y practican más conductas de riesgo. La vida de las mujeres se caracteriza por estar más medicalizada que la de los varones. En la encuesta EDADES sobre alcohol y drogas en España del Plan Nacional sobre Drogas del año 2015-2016 se estimó que la prevalencia del uso de ansiolíticos e hipnóticos fue del 12%, siendo el 15,8% para mujeres y

el 8,3% para hombres (EDADES, 2015). Mirar desde la perspectiva de género ayuda a que se comprendan las diferencias de consumo de estos fármacos entre hombres y mujeres.

Una hipótesis sobre las causas que motivan el sobreconsumo de estos fármacos en mujeres sería la de la mayor vulnerabilidad biológica a los trastornos de salud mental. Sin embargo, los estudios con perspectiva de género contradicen esta visión. No se ha podido demostrar que las diferencias biológicas entre hombres y mujeres hagan a éstas más propensas a padecer trastornos mentales (Doyal, 2000). A las mujeres se les atribuyen con más frecuencia diagnósticos debido a cambios en el humor y a trastornos por ansiedad (Mostofsky y Barlow, 2000) y esto provoca una mayor frecuencia de prescripción de psicofármacos. Por otro lado, las mujeres acuden a consultas médicas con mayor frecuencia que los hombres y reciben más prescripciones por problemas de salud, incluyendo problemas de salud mental.

## 3. MUESTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO COMO UN PROBLEMA DE DERECHOS HUMANOS Y SU CONEXIÓN CON LA SALUD DE LAS MUJERES

La OMS ha advertido de que la violencia contra las mujeres ha adquirido dimensiones epidémicas (WHO, 2013). Las mujeres que han padecido violencia de género llegan a los centros de salud con distintos problemas de salud física y mental. Es probable que acudan antes a los servicios de urgencia pidiendo ayuda que a los servicios sociales o el sistema de justicia, por ello se ha visto como un lugar privilegiado para la intervención. La violencia de género es un factor de riesgo para diferentes problemas de salud. Distintas investigaciones han mostrado un incremento en el dolor crónico, problemas gastrointestinales, enfermedades ginecológicas incluyéndose enfermedades de transmisión sexual, depresión, o stress postraumático (Ruiz Pérez et al., 2004).

## 4. DESTACA LAS DESIGUALDADES EN LOS CUIDADOS Y LA SOBRECARGA LABORAL DE LAS MUJERES

El Índice de Igualdad de Género es un indicador que mide las brechas de género dentro de un rango de áreas relevantes en el marco de las políticas de la UE (trabajo, dinero, conocimiento, tiempo, poder, salud, violencia y desigualdades interseccionales). Según el informe de 2017, que analiza los datos del periodo 2005-2015, la esfera del tiempo revela la tercera puntuación más baja (65,7%) con respecto al resto de dominios centrales que analiza el Índice de Igualdad de Género. Representa un descenso de tan solo un 1% con respecto a diez años atrás (64,7% en 2005). Esto pone de manifiesto los persistentes desequilibrios en el uso del tiempo en Europa y la división desigual del trabajo no remunerado entre mujeres y hombres en la esfera privada, que sigue siendo la mayor barrera para la igualdad de género y que tiene un fuerte impacto sobre la salud femenina (EIGE, 2017).

Investigaciones como las de María Ángeles Durán han señalado que el cuidado es incompatible con la generación de rentas. Para ella, las mujeres primero hemos accedido masivamente a la educación, después al empleo, pero el hueco que hemos dejado en los cuidados no lo han ocupado los varones. Las mujeres cuidan más (Durán, 2011). Distintas investigaciones han mostrado cómo las mujeres que cuidan más ven afectada su salud (García Calvente et al., 2004).



## 5. NUEVA VISIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA EN LOS QUE LAS MUJERES HAN SIDO IGNORADAS: PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL E IMPACTO DIFERENCIAL DEL CONSUMO DE OTRAS DROGAS

Las crisis de drogas en España se han caracterizado por la escasa participación de las mujeres, poco tendentes a consumir drogas de comercio ilegal. Sin embargo, las últimas décadas se han caracterizado por un aumento continuado en el consumo de sustancias de comercio legal entre las chicas a edades muy tempranas.

Así, las tendencias del consumo de drogas señalan que las chicas sobrepasan con amplitud a los varones en el consumo de drogas legales, entre ellas el consumo de alcohol (Romo Avilés, 2018). La Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundaria (ESTUDES) permite hacer una radiografía básica sobre los patrones de consumo de alcohol. Según los datos de la encuesta 2016-17, dirigida a jóvenes de 14 a 18 años, el 75,6% de la muestra ha consumido alcohol en los últimos doce meses, estando dicho consumo más extendido entre las chicas (76,9% chicas; 74,3% chicos). La edad media de inicio al consumo de alcohol se sitúa en 14 años, manteniéndose estable con respecto a años anteriores. Aumenta la presencia de las chicas a las edades más tempranas (14 y 15 años) para patrones de consumo intensivo: "binge drinking". Del mismo modo, a los 14, 15 y 16 años el porcentaje de chicas que se ha emborrachado en el último mes es mayor que el de chicos (con un 9,2%, 17,4% y 20,1% respectivamente) (ESTUDES, 2016).

Estos datos obligan a repensar la influencia del sistema de género en dichos cambios sociales, así como sus implicaciones en las conductas que se relacionan con la salud. Tradicionalmente, el consumo público de alcohol había sido descrito como una forma de demostración de masculinidad; una práctica que pone en valor

"Las tendencias del consumo de drogas señalan que las chicas sobrepasan con amplitud a los varones en el consumo de drogas legales, entre ellas el consumo de alcohol"

la representación de comportamientos asociados a la capacidad de aguante y la adopción de riesgos. Desde esta perspectiva, los mayores consumos de sustancias de los jóvenes de la generación actual podrían interpretarse como estrategias que reducen las diferencias de género (Measham & Østergaard, 2009). Puede que el avance hacia la igualdad conlleve para las chicas adolescentes la incorporación a conductas de riesgo consideradas típicamente como masculinas. Las chicas están redefiniendo el sistema de género a través de prácticas relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas legales. Estos cambios en los patrones normativos de consumo están contribuyendo a revelar toda una serie de rupturas de género dentro de la sociedad española; rupturas que tienen que ver, en primera instancia, con el hecho de que las adolescentes asocien el consumo de alcohol al placer, así como a hacerlo en espacios públicos. Nos quedan por ver las consecuencias que para su salud puedan tener estos cambios en los patrones de consumo y si conllevan un mayor acceso a los recursos económicos y sociales, a situaciones de la vida social de mayor igualdad y libertad.

### BIBLIOGRAFÍA

- Bolívar Muñoz, J. (2013). La búsqueda de ayuda en hombres y mujeres con Síndrome Coronario Agudo: Un estudio desde la perspectiva de género y la desigualdad social. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 5, 931- 939.
- DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (2016). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España: ESTUDES. [Consultado: 09/04/2018].
- Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/pdf/ESTUDES\\_2016\\_Presentacion.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/pdf/ESTUDES_2016_Presentacion.pdf)
- DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (2015). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España. EDADES. [Consultado: 09/04/2018].
- Disponible en: [http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2017_Informe_EDADES.pdf)
- Durán Heras, M. A. (2011). *El trabajo de cuidado en América Latina y España*. Madrid, España: Fundación Carolina CeALCI.
- EIGE (2017). Gender Equality Index 2017: Measuring gender equality in the European Union 2005-2015 Report. Oficina de publicaciones de la UE. Disponible en <http://eige.europa.eu/rdc/eige-publications/gender-equality-index-2017-measuring-gender-equality-european-union-2005-2015-report>.
- García Calvente, M. M., Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18 (2), 83-92.
- Measham, F., & Østergaard, J. (2009). The public face of binge drinking: British and danish Young women, recent trends in alcohol consumption and the european binge drinking debate. *Probation Journal*, 56(4), 415-434. 10.1177/0264550509346526 Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0264550509346526>
- Mostofsky D. I., Barlow D. H. (2000). *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Needham heights, M.A: Allyn Bacon.
- Romo-Avilés, N. (2018). Drugs and Gender. In: Ronzani T. (eds.) *Drugs and Social Context*. Springer, Cham.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P. y Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta sanitaria*, 18 (5), 4-12.
- Sen, G. & Östlin, P. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. Final report of the Women and Gender Equity Knowledge Network (WGEKN). Karolinska Institutet. Retrieved from: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgek\\_n\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgek_n_final_report_07.pdf)
- West, C. & Zimmerman, D. H. (2009). Accounting for doing gender. *Gender & Society*, 23 (1), 111-122 <https://doi.org/10.1177/0891243208326529>
- World Health Organization. (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization. Retrieved from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/85239>

2

## ADICCIÓN AL CIBERPORNO

Ubaldo Cuesta Cambra  
Catedrático de la Universidad  
Complutense de Madrid.  
Director de la Cátedra de  
Comunicación y Salud de la UCM

La actriz de la industria de la pornografía, Tori Black, dos veces ganadora de la Artista Femenina del Año en los Premios AVN, los principales galardones de esta industria, declaró: "Escogimos esta industria porque el sexo es algo que nos conmueve y nos apasiona, de la misma manera que un músico está atraído por la música" y, posteriormente, en la misma entrevista, afirmó: "Necesitamos luchar conjuntamente contra el estigma porque todas hemos estado bajo ataque", (Revista Digital Semana, 2018).

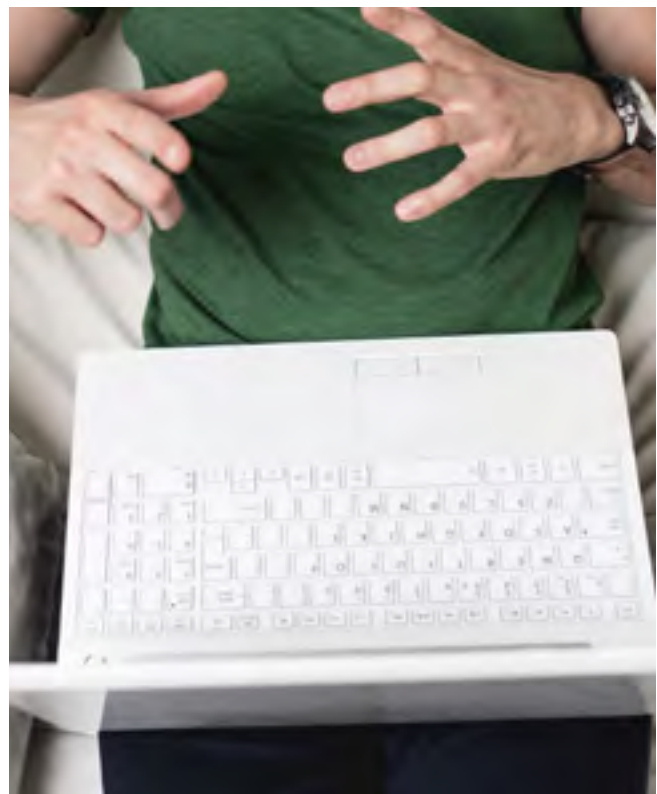
Quizá lo más triste de estas declaraciones es que fueron hechas a raíz de la muerte de una famosa actriz pornográfica, Shyla Styles, seguida posteriormente de varias muertes similares, todas ellas de chicas muy jóvenes. El titular de la noticia, de hecho, era: "Las muertes consecutivas de cinco actrices porno que encendieron las alarmas sobre las duras condiciones de la industria".

### LA INDUSTRIA DE LA PORNOGRAFÍA

La industria de la pornografía gestiona miles de millones de euros. Se trata de un negocio que proporciona enormes beneficios en todo el planeta. Es difícil conocer con exactitud los datos de esta industria. Según datos de la revista FORBES, la pornografía mueve cada año 60.000 millones de euros en el mundo y unos 250 millones de personas en el mundo son consumidores de pornografía. Ambos datos son difíciles de confirmar y muy especialmente el número de consumidores, dado que, desde la aparición del vídeo en streaming es prácticamente imposible conseguir datos fiables de audiencias. Otras fuentes hablaban, ya en el año 2012, de 97.600 millones de dólares (Internet pornography statistics, 2012).

El esquema de la "industria" es simple: generar unos productos audiovisuales baratos y venderlos a bajo precio pero a millones de usuarios. El modelo de "negocio" se apoya en una característica adicional muy importante: el producto puesto en el mercado potencialmente genera fuerte adicción, lo que garantiza que el flujo de demanda por cliente sea cada vez mayor, así como un incremento constante del volumen de consumidores. Como con cualquier otra adicción, cuando se dan las condiciones sociales necesarias, tanto la "incidencia" o "prevalencia" como la "tolerancia", aumentan: es decir, cada vez aparecen más usuarios (incidencia)

que demandan "dosis" o "emociones" cada vez más fuertes (tolerancia). El mecanismo de la tolerancia es empleado por esta industria para captar clientes de pago. En realidad, es algo similar a lo que ocurre con las sustancias tóxicas ilegales: al principio muchos consumidores se inician mediante "pruebas" gratuitas, hasta que adquieren un hábito tan fuerte que están dispuestos a pagar grandes cantidades de dinero por la sustancia. También sucede así con otras adicciones sin sustancia, como las apuestas: el inicio suele ser gratuito o muy barato. Esto explica que en Internet exista una enorme cantidad de pornografía gratuita, como "cebo", por así decir.







Con la aparición del ciberporno en *streaming*, la práctica totalidad de su consumo se ha derivado a este medio provocando un fenómeno de enormes consecuencias: el acceso al material pornográfico es (1) ubicuo, (2) disponible en todo instante, (3) facilita la privacidad y el incógnito, (4) acceso gratuito mediante wifi, al menos inicialmente. Estas variables potencian un efecto psicosocial ya de por sí presente: la no-percepción de riesgo (que sería la 5ª variable en juego). La conducta de consumo de pornografía provoca, a su vez, la activación de los sistemas dopaminérgicos, especialmente en el varón, donde el uso de pornografía suele asociarse a la masturbación. Estas cinco variables constituyen la "tormenta perfecta" para generar conducta adictiva.

En el año 2017 Pornhub, uno de los *sites* más importantes del mundo en pornografía, reveló, por primera vez, sus métricas del año anterior. La gente pasó casi 4,6 mil millones de horas en Pornhub en el año 2016, lo que se traduce en 23 mil millones de visitantes que vieron un total de 91,9 mil millones de videos. Además, el 61% de las visitas se realizaron a través del teléfono inteligente o *smartphone*. Los datos de Pornhub son abrumadores, pero existen otros muchos *sites* pornográficos en Internet. Las cifras son mucho mayores, basta con aplicar simples cálculos aritméticos aproximados.

Seamos honestos: todo el mundo sabe que el consumo de pornografía por Internet es muy elevado. En realidad, no es necesario avalarlo con datos estadísticos, aunque puede hacerse. Una reciente tesis doctoral de la Universidad Complutense (Serrano, 2017) indica que prácticamente todos los jóvenes consumen pornografía, muy especialmente los varones y que la percepción de riesgo, especialmente entre los más jóvenes (adolescentes) es absolutamente nula.

## UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Se ha demostrado que el 93% de los niños y el 62% de las niñas han visto pornografía por Internet durante la adolescencia y que el grado de exposición a la actividad sexual parafilica y desviada antes de los 18 años es de "especial preocupación" (Sabina y cols., 2008). También se ha demostrado que entre los varones universitarios, casi el 49% se "encontró" por primera vez con la pornografía antes de los 13 años (Sun, 2016). Una encuesta representativa a nivel nacional en USA halló que el 64% de los jóvenes, de entre 13 y 24 años, busca activamente pornografía semanalmente o con mayor frecuencia (Barna Gropu, 2016).

El uso privado a gran escala de pornografía dura por parte de millones de personas tiene ramificaciones públicas. Las actitudes, creencias y comportamientos moldeados por el uso de la pornografía tienen un profundo impacto, no solo en las relaciones privadas de los consumidores, sino también en sus relaciones profesionales y sociales. El uso de la pornografía, en diversos grados, influye muchísimo sobre el modo en el cual las personas ven, interactúan y construyen el mundo. Crean *frames* sociales, marcos de referencia: ventanas a través de las cuales interpretamos el mundo.

La bibliografía científica, así como los informes y encuestas de instituciones sanitarias, presentan evidencia sólida que apoya la idea de que la pornografía constituye una crisis de salud pública. Es cierto que, de manera independiente, estos estudios no prueban, por el momento, que la pornografía cause daños psicosociales permanentes graves, pero, tomada en su totalidad, la evidencia convergente abrumadora sugiere que la pornografía está correlacionada con una amplia gama de daños que afectan negativamente la salud pública. Estos incluyen una mayor incidencia de ETS, aumento de la agresión sexual verbal y física, aceptación de los mitos de la violencia sexual, comportamientos sexuales de riesgo entre los adolescentes, control de los impulsos reducido y toma de decisiones imprudente, aumento de la disfunción sexual, etc. (Pornography and Public Health, 2018).

Y, por otro lado, estos estudios nunca tienen en consideración una de las facetas más graves de la industria pornográfica: el daño irreparable que provoca en las jóvenes actrices. Seguramente los estereotipos sociales dominantes en determinados sectores del ámbito de la gestión y la investigación impiden que se apliquen recursos, económicos y humanos, al desarrollo de este objeto de investigación.

"La bibliografía científica, así como los informes y encuestas de instituciones sanitarias, presentan evidencia sólida que apoya la idea de que la pornografía constituye una crisis de salud pública"

## EL ESLABÓN MÁS DÉBIL: LAS ACTRICES PORNOGRÁFICAS

La sociedad contemporánea, debido a un conjunto muy complejo de variables psicosociales y económicas, no parece percibir el problema: la percepción de riesgo es casi nula. Por otro lado, esto es algo relativamente frecuente en las etapas iniciales de cualquier adicción, con o sin sustancias tóxicas: así ocurrió con el tabaco o con el alcohol inicialmente, o con el gambling, recientemente incluido en el DSM-5. La sociedad, por lo tanto, actualmente, se encuentra indefensa frente a este grave problema, lo que está provocando la aparición de una epidemia silente de consecuencias muy negativas a largo plazo, como hemos señalado. Pero esta crisis de salud pública tiene todavía otras víctimas. Quizá las más indefensas y más necesitadas de ayuda por parte de la sociedad.

En esta industria, al margen de las "organizaciones" que la promueven, hay dos grandes protagonistas: los actores y actrices de los "productos" audiovisuales y los consumidores "compulsivos", adictos o, lo que es casi peor, "normalizados", a los que nos hemos referido anteriormente. Ambos, actores/actrices y consumidores, padecen consecuencias graves. En el caso de las actrices, consecuencias devastadoras para sus vidas, casi con seguridad. Si alguien pone en duda esta afirmación, y quiere ser honesto consigo mismo, que se haga la siguiente reflexión: "¿Cómo me sentiría si mi hija fuera una actriz pornográfica?". Naturalmente, lo anterior vale también para el actor, para mi hipotético hijo. Aunque, de forma abrumadora, se comprueba que la industria de la pornografía, humilla mucho más a la mujer que al hombre en las imágenes que produce.

Los actores, pero muy especialmente las actrices, sufren un terrible maltrato al ser "cosificadas" al realizar un trabajo donde se comercializa con su vida sexual. La diferencia de género aquí es muy importante: la industria del porno profesional, es decir, las producciones más costosas y más rentables, centran siempre las escenas en los placeres del hombre, llenando los vídeos de brutalidad y violencia hacia las mujeres. Además, todo ello queda grabado en el ciberespacio para siempre, dejando un estigma en sus vidas para siempre, tanto psíquico como documental, por así decir. En este negocio, además, la tasa de reposición de actrices es muy elevada, lo que genera que cientos, miles de mujeres diferentes estén participando en esta industria anualmente. Mujeres, generalmente muy jóvenes, humilladas y maltratadas con muchas posibilidades de arruinar sus vidas para siempre. Una de las protagonistas del reportaje *Date My Porn Star* (2016), ex-actriz pornográfica, afirmaba: "Estar grabada en Internet como actriz pornográfica es como tener

un virus mortal crónico: nadie se te quiere acercar". Estas mujeres acceden a este mundo, con gran frecuencia, debido a problemas sociales o personales. Es muy infrecuente que una mujer joven, con una estructura de personalidad estable y con patrones sociales y familiares de apoyo adecuados, se incorpore a este mundo donde se comercializa con su cuerpo y su vida sexual de una forma tan violenta y su "yo" es brutalmente cosificado. Por lo tanto, las autoridades sanitarias (o las que correspondan, en su caso) deberían ser conscientes de la existencia de estos grupos vulnerables que necesitan una atención muy especial. No solo esto, debería preocuparse por establecer programas de intervención en prevención primaria. No se trata de estigmatizar a las actrices, como refería *Tori Black* en la entrevista citada al inicio, al contrario, se trata de proporcionar todo el apoyo social que necesita cualquier grupo que, por unas u otras razones, se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Además, uno de los mayores riesgos que están emergiendo en este campo es el siguiente: algunas jóvenes, debido a la distorsión perceptual global que mencionábamos anteriormente, se acercan a este mundo con la sensación de que "es normal". Recordemos la entrevista de *Tori Black* citada al inicio, donde afirma: "Escogimos esta industria porque el sexo es algo que nos conmueve y nos apasiona, de la misma manera que un músico está atraído por la música". No es necesario un artículo de investigación publicado en revistas de impacto para demostrar que no, que ese sexo no "conmueve y apasiona", que el sexo que se practica con uno o varios extraños en una escena de pornografía, habitualmente violento y degradante para la mujer, y realizado en público, delante de un equipo de rodaje de desconocidos con cámaras y focos entremetiéndose por todas partes, no es verdadero sexo. Sin embargo, el frame social, el marco de referencia, en el que se han criado muchas jóvenes contemporáneas, les ha hecho creer esto. Que se trata de una actividad "normal", algo que te puede atraer "de la misma manera que un músico está atraído por la música". Es muy posible que esto esté ocurriendo y que no se esté valorando el peligro extremo que esto supone. Se dirá que no hay datos, por el momento. Pero las evidencias convergentes apuntan claramente a ello. En esto, como en otras epidemias, no parece prudente esperar a que los datos confirmen que la "epidemia" se ha extendido provocando daños irreversibles. Como ha ocurrido, por cierto, con el tabaco y el alcohol.

Es necesario sensibilizar a la sociedad de este grave problema. A todos los actores sociales involucrados, pero muy especialmente a las autoridades tanto sanitarias como políticas. Sin olvidar, claro está, la enorme importancia de sensibilizar a los medios de comunicación, siempre tan relevantes a la hora de dinamizar a la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barna Group, *The Porn Phenomenon: The Impact of Pornography in the Digital Age*, (Ventura, CA: Josh McDowell Ministry, 2016).
- Chiara Sabina, Janis Wolak, and David Finkelhor, "The Nature and Dynamics of Internet Pornography Exposure for Youth," *CyberPsychology & Behavior* 11, no. 6 (2008):691–693.
- Chyng Sun, Ana Bridges, Jennifer Johnson, and Matt Ezzell, "Pornography and the Male Sexual Script: An Analysis of Consumption and Sexual Relations," *Archives of Sexual Behavior* 45, no. 4 (May, 2016): 983–94.
- *Date My Porn Star* (2016): <https://www.youtube.com/watch?v=2UYoSJa7fwI>
- Internet pornography statistics, (2012). <http://www.toptenreviews.com/internet-pornography-statistics/>.
- Pornhub (2016): "Pornhub's 2016 Year in Review,".
- *Pornography and Public Health* (2018): [http://endsexualexploitation.org/wp-content/uploads/ncose\\_pornography-publichealth\\_researchsummary\\_8-2\\_17\\_final-with-logo.pdf](http://endsexualexploitation.org/wp-content/uploads/ncose_pornography-publichealth_researchsummary_8-2_17_final-with-logo.pdf).
- *Revista Digital Semana*, 2018: [www.semana.com/mundo/articulo/las-muertes-consecutivas-de-5-actrices-porno-que-encendieron-las-alarmas-sobre-las-duras-condiciones-de-industria-del-entretenimiento-adulto-en-estados-unidos/561693](http://www.semana.com/mundo/articulo/las-muertes-consecutivas-de-5-actrices-porno-que-encendieron-las-alarmas-sobre-las-duras-condiciones-de-industria-del-entretenimiento-adulto-en-estados-unidos/561693).

3

## MASCULINIDADES Y ADICCIONES: ¿LA DROGA NOS HACE MÁS HOMBRES?

Ander Bergara Sautua  
Técnico de Emakunde y coordinador de Gizonduz



La realidad del consumo de drogas en nuestra sociedad está variando como consecuencia, entre otros factores, de las transformaciones derivadas de la incorporación de las mujeres al ámbito público y a actividades tradicionalmente consideradas como masculinas, así como de la introducción de nuevos tipos de sustancias y modos de consumo.

No obstante, las estadísticas muestran que, con carácter general y a excepción del caso de los psicofármacos y del tabaco en edad joven, el consumo de drogas es una actividad fundamentalmente masculina, tanto por ser hombres mayoritariamente los consumidores, como por concurrir en dichos consumos una serie de factores asociados a lo tradicionalmente considerado como masculino.

De acuerdo con lo establecido en el *Informe 2017 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España* publicado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones<sup>1</sup>, la prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15 a 64 años es significativamente superior en los hombres en todas las drogas analizadas (tabaco, alcohol, cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/speed, cocaína, heroína e inhalables), con la única excepción de los hipnosedantes con o sin receta, donde la prevalencia en muy superior en las mujeres.

Los hombres siguen siendo quienes más problemas tienen con el consumo abusivo de drogas y, de hecho, según el mismo informe, el 80,6% de las personas que murieron en España por reacción aguda tras el consumo de drogas fueron hombres y lo son también el 83,9% de las personas pacientes admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales.

Por otra parte, en el estudio *Drogas de ocio y perspectiva de género*<sup>2</sup> se deduce que en general los hombres en comparación con las mujeres: realizan más mezclas, toman dosis mayores y con mayor frecuencia, siguen itinerarios más largos, sufren un menor control social y familiar, evitan menos la agresividad, tienen una percepción menor del riesgo, son menos prudentes, utilizan más drogas ilegales, rehúyen menos los conflictos, alardean de su estado...

<sup>1</sup> Informe 2017 Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2017.

<sup>2</sup> Rekalde, A. Drogas de ocio y perspectiva de género. Txostenak. 16. 2005.





• Proyecto Hombre Barcelona (N.L.)

Por tanto, no se trata sólo de una cuestión numérica, sino también de que las formas y consecuencias de los consumos de los hombres suelen ser más problemáticas, en tanto que están más relacionadas con actitudes violentas, ilegales y de riesgo y, como ya se ha indicado, también con un mayor nivel de mortalidad.

Seguramente existirá más de una explicación al mayor y más problemático consumo de drogas por parte de los hombres; no obstante, la hipótesis más extendida y avalada es que dicho consumo tiene que ver con el modelo imperante de ser hombre en nuestra sociedad, que se transmite a través de los diferentes medios de socialización (familia, amistades, escuela, medios de comunicación, redes sociales...) y que está muy ligado al poder, la dominación, la competitividad, la violencia, la autosuficiencia, la indolencia, la invulnerabilidad, la insensibilidad, la práctica de conductas de riesgo como muestra de virilidad y la desresponsabilización de lo doméstico y familiar.

Es decir, en general, los hombres consumen más drogas y de forma más problemática, tanto para sí como para las personas que les rodean, para reafirmar su hombría, para demostrarse a sí mismos y a su entorno que son "hombres de verdad" o, dicho de otro modo, que no son ni niños, ni mujeres, ni homosexuales, a los que se considera seres débiles y de inferior categoría.

Precisamente para cuestionar este modelo hegemónico de ser hombre, sobre el que se sustentan la desigualdad que sufren las mujeres y otro tipo de discriminaciones y que genera

**“LAS FORMAS Y CONSECUENCIAS DE LOS CONSUMOS DE LOS HOMBRES SUELEN SER MÁS PROBLEMÁTICAS, EN TANTO QUE ESTÁN MÁS RELACIONADAS CON ACTITUDES VIOLENTAS, ILEGALES Y DE RIESGO Y TAMBIÉN CON UN MAYOR NIVEL DE MORTALIDAD”**

insatisfacción en muchos hombres, en 2007 Emakunde-Instituto Vasco de Mujer puso en marcha Gizonduz, una iniciativa pionera dirigida a promover la concienciación, participación e implicación de los hombres en pro de la igualdad de mujeres y hombres<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Para más información consultar: [www.euskadi.eus/gizonduz](http://www.euskadi.eus/gizonduz)



El término Gizonduz en euskera significa algo así como “haciéndose más hombre”, y lo que se quiere transmitir con dicho nombre es que la igualdad hace a los hombres más hombres, en el sentido de más humanos, a diferencia de la violencia y las conductas de riesgo y de dominación que los deshumanizan.

Los objetivos del programa son los siguientes:

- Incrementar el número de hombres sensibilizados y comprometidos a favor de la igualdad de mujeres y hombres y en contra de la violencia contra las mujeres.
- Incrementar el número de hombres con formación en materia de igualdad de mujeres y hombres.
- Aumentar la corresponsabilidad de los hombres en el trabajo doméstico y de cuidado de las personas.

Desde la puesta en marcha de Gizonduz, se han alcanzado importantes logros en la Comunidad Autónoma de Euskadi: unos 6.500 hombres han participado en su programa de sensibilización y formación; más de 10.000 hombres han firmado la Carta de los hombres vascos por la igualdad y contra la violencia hacia las mujeres; alrededor de 30.000 mochilas con materiales de sensibilización han sido repartidas a padres para fomentar una paternidad igualitaria y corresponsable; se ha incrementado significativamente el número de grupos de hombres por la igualdad en nuestra Comunidad; se ha elaborado y testado en 6 centros educativos un vídeo-juego para prevenir conductas machistas y violentas entre la juventud; se ha logrado una importante presencia en Internet y en las redes sociales con más de 5.000 personas seguidoras en Facebook; además, se han realizado numerosas actividades de sensibilización, publicaciones, etc. Y lo que es más importante, el programa se ha convertido en un referente dentro y fuera del País Vasco con relación al trabajo institucional para implicar a los hombres a favor de la igualdad.

Más específicamente sobre la cuestión de las drogadicciones, en 2011 se publicó el artículo “Drogas y Género” en un estudio multidisciplinar sobre masculinidades e igualdad<sup>4</sup> y desde 2009 en la oferta formativa de Gizonduz se incluye un curso sobre masculinidades y prevención de las drogodependencias, en el que se analiza desde la perspectiva de género la relación de las diferentes formas de consumo de hombres y mujeres, así como las prácticas de riesgo de los hombres en nuestra sociedad en general, junto con su relación con los modelos masculinos tradicionales, y se comparten y analizan prácticas de prevención dirigidas a hombres, que abordan las diversas expresiones de la masculinidad y sus consecuencias en el cuidado masculino.

A lo largo de estos años, también se han impartido este curso u otros cursos sobre masculinidad a organizaciones y colectivos que trabajan en dicho ámbito, como Proyecto Hombre.

Todo ello, desde el convencimiento de que el método más eficaz para prevenir las drogodependencias y otras consecuencias negativas asociadas al modelo hegemónico de ser hombre como son la violencia en sus diferentes formas, la delincuencia, la siniestralidad vial y laboral, la dominación sobre las mujeres y otros grupos discriminados, etc., es superar dicho modelo y apostar por otras formas diferentes y diversas de ser y sentirse hombre, que pongan el cuidado en el centro de sus vidas y que se fundamenten en la no violencia y en el respeto a las personas y al medio ambiente.

Terminar con la masculinidad hegemónica no solo atañe a los hombres, ya que el género es algo relacional y cultural, por ello debe implicarse la sociedad en su conjunto, y como tal, su solución no puede ser patrimonio de nadie, sino responsabilidad de todas y, sobre todo, de todos.

<sup>4</sup> Farapi S.L., Drogas y Género en Masculinidades e Igualdad: estudio multidisciplinar. Emakunde, 2011.



4

## INTERVENCIÓN EDUCATIVA TERAPÉUTICA EN ADICCIONES DE PROYECTO HOMBRE: OPORTUNIDAD DE COLABORAR EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL CUANDO EL NOMBRE DICE, PERO NO LO DICE TODO

Rosa Pérez Valles  
Psicóloga Clínica, Experta en  
Drogodependencias

**A** todas las mujeres, que tal y como dice Marcela Lagarde, al vivir han abierto brechas, cambiado normas y subvertido su mundo inmediato.

Con sus acciones cotidianas o excepcionales, trastocan el mundo de la mayoría.

También es así, dentro de Proyecto Hombre

**I. NUESTRO NOMBRE HABLA DEL MOMENTO HISTÓRICO Y SOCIAL -SOCIEDAD ANDROCÉNTRICA DE LOS AÑOS 80- EN LOS QUE PROYECTO HOMBRE NACE COMO INTERVENCIÓN EN ADICCIONES, DESDE UN ENFOQUE HUMANISTA Y CON UN CLARO COMPROMISO SOCIAL**

Proyecto Hombre nace, en los años 80, como un modelo de intervención en adicciones que da respuesta a una problemática social de alarma, ante el consumo de heroína y las consecuencias que de él se derivan. Toma como referencia, para dicha intervención asistencial y de rehabilitación, el modelo de CT basado en la Autoayuda, dentro de una perspectiva humanista.

En la década de los 90, se produce un aumento de consumidores de cocaína, que mantienen su estructura familiar, laboral y social al inicio del tratamiento. Este perfil no se adapta a las CT tradicionales y se desarrolla un modelo de tratamiento ambulatorio.

En este recorrido histórico podemos preguntarnos dónde están las mujeres. Y nuestra respuesta es rotunda: "Las mujeres están invisibilizadas". Están ausentes, en espacios terapéuticos masculinizados, las mujeres con consumo de drogas. Están al servicio de las necesidades de sus hijos, en los tratamientos, las madres que los acompañan. Y están poco visibilizadas, las mujeres, en los equipos de intervención.



**II. EN LA ACTUALIDAD NUESTRO NOMBRE REPRESENTA MARCA. HABLA DE EXPERIENCIA Y DE EVOLUCIÓN EN EL ÁREA DE TRATAMIENTO, DE INSERCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES, ASÍ COMO DE UN GRAN NÚMERO DE PROFESIONALES EN CONSTANTE REFLEXIÓN Y FORMACIÓN**

Desde dichos inicios, Proyecto Hombre ha seguido una evolución constante en el área de tratamiento e inserción, ofertando distintas respuestas de intervención, a diferentes perfiles. Así como también, desde un enfoque más amplio, de Educación para la Salud, ha desarrollado una gran labor en el área de la prevención de las adicciones.

Proyecto Hombre aborda las adicciones en un continuo integral, desde un modelo Biopsicosocial en el marco teórico, que integra el enfoque y la metodología utilizada en los diferentes centros, tanto en su intervención, en el área de prevención, como en el área asistencial. Siendo un elemento indispensable a incluir la incorporación de la perspectiva de género.

**III. PERO NUESTRO NOMBRE NO VISIBILIZA EL PROCESO PARA LA INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN NUESTRA INTERVENCIÓN, PROCESO EN EL QUE ESTAMOS INMÉRASAS E INMÉRASOS, A TRAVÉS DE SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN**

*Es una transformación de la mirada que nos ofrece la posibilidad de reescribimos, de actualizar la intervención en adicciones.*

**SENSIBILIZACIÓN Y FORMACIÓN**

La transformación se basa en dolorosos reconocimientos y aceptaciones

Incorporar la perspectiva de género en adicciones, no solo es *más* formación, no solo es la *aplicación* de técnicas o de conocimientos. No es un recetario que se aplica. No son solo grupos con las mujeres... Es un proceso de reflexión personal, formación, encuentro y desencuentro, con nosotras y nosotros y con nuestro entorno. Es un proceso de transformación de la mirada con la que vemos las cosas y, por lo tanto, debe también ir acompañada de un proceso de cambio de nuestras actitudes y comportamientos. Así como lleva implícito un compromiso personal, para construir un mundo más igualitario y más justo. Y podemos afirmar que Proyecto Hombre y las personas que componen sus equipos de trabajo están inmersos en este proceso, en toda su complejidad.

**"A través de la sensibilización y formación, con reflexión personal y de los equipos, se cuestiona la praxis y la propia concepción de las adicciones"**



A través de la sensibilización y formación, con reflexión personal y de los equipos, se cuestiona la praxis y la propia concepción de las adicciones. Proceso en el que no todas las personas alcanzan el mismo nivel, con el añadido de que en PH, los y las profesionales tendrán que tener las habilidades para trasladar sus inquietudes y conocimientos en la dinámica de equipo.

**REESCRIBIRSE**

*La mirada a través de la perspectiva de género feminista nombra de otras maneras las cosas conocidas, hace evidentes hechos ocultos y les otorga otros significados*

Es un **proceso**, que como todo proceso de aprendizaje pasa por: auto observación, empoderamiento e integración. Necesita reflexión individual y grupal de los equipos de Proyecto Hombre, para poder mover la mirada y hacer posibles cambios en las acciones. No se soluciona con recetas, con técnicas. No es un cambio sólo en el lenguaje. Necesita información, actitud reflexiva y crítica, habilidades para compartir y construir, tomar conciencia.

Proceso que necesita **nombrar** para poder construir. Parafraseando a María Cristina Ravazzola podemos decir que "No vemos las cosas para las cuales carecemos de nombre". Y, por tanto, es necesario: visibilizar, reflexionar, deconstruir, para volver a construir.

Proceso en el que se debe revisar la propia **definición de adicción**, desde un modelo Biopsicosocial, frente a un modelo médico. Donde las adicciones no deben ser vistas como enfermedades, sino como hábitos de comportamiento que se extienden y diversifican. Entendiendo que las personas expresan el sufrimiento a través de problemas de comportamiento y donde podemos encontrar un sentido a lo que se hace, desde una mirada biográfica, no patográfica. Mirada comprensiva integradora, donde se pone el foco en la socialización de las personas. Analizando los factores macro-sociales, así como los de tipo microsociales, y donde el aprendizaje de la masculinidad y feminidad, a través de los mandatos de género va a ser clave en cómo las personas construyen su identidad, en cómo expresan sus malestares y en cómo resignifican y resuelven sus problemas.

Proceso de **socialización** en el que toma relevancia el concepto de **género** como construcción en cada sujeto de su masculinidad, de su feminidad, en el desarrollo de su historia personal, que es siempre historia social y que contiene atributos





• C.E.

asignados a las personas a partir del sexo. Y donde a la pregunta: *¿Mi vida habría sido igual...si hubiese nacido hombre, o mujer o trans?*, encontramos respuesta en una construcción de la realidad a través de las relaciones: *las personas somos relaciones, las personas somos historias, las personas damos significados a través de las historias que construimos en las relaciones. Las personas somos construcción.*

Es en este contexto y desde el **modelo biopsicosocial**, desde donde podemos entender que la *salud y la enfermedad* se transmiten en red y que la adicción *no va a estar creada por la droga, sino en el contexto*. En palabras de Elisardo Becoña podemos decir que el aspecto más importante, a nivel cuantitativo y cualitativo para explicar el consumo o no, en una sociedad concreta, como la nuestra, es en primer lugar las debidas a factores sociales, en segundo lugar, a factores psicológicos y, finalmente, en tercer y último lugar, a factores biológicos.

Y donde la **intervención**, entendida como **relación**, también es entendida como una construcción donde es innegable el **poder** de la misma, en su capacidad de cuestionar o afirmar las creencias de las personas. Así desde diferentes Modelos y Teorías: Médico, Biopsicosocial, Moral, Apego, Conductista, Contextuales, Sistémica, Narrativa... haremos diferentes intervenciones que tendrán diferente incidencia en las personas y ellas, a su vez, en el conjunto de la sociedad.

“Es preciso comprender cómo las **grandes estrategias de poder** se incrustan, hallan sus condiciones de ejercicio en **micro-relaciones de poder**.

Designar estas micro-relaciones, denunciarlas, decir quién ha hecho qué, es una primera transformación del poder.

Para que una cierta relación de fuerzas pueda no solo mantenerse, sino acentuarse, estabilizarse, extenderse, es necesario **realizar maniobras...**”

1977, Diálogos con M Foucault

La **relación o alianza terapéutica**, en el proceso de la intervención, y en un espacio seguro, permite cuestionar y transformar, las representaciones mentales de la persona sobre sí misma y sobre las demás personas, así como del tipo de relación. Intervención entendida como un tipo de relación vivenciada, con conexión, desde la cual se puede reflexionar, cuestionar y

transformar el modelo interno de trabajo (teoría del apego) y los mandatos de género, constituyéndose en una **nueva oportunidad de socialización** para la persona y su entorno. Es más que un cambio de conducta, *un como si*, son nuevas estrategias.

Intervención realizada por un **equipo**, que ofrece autoridad calmada, con conocimiento técnico y autoconocimiento, autorregulación, capacidad de sintonizar. Que sabe hacer sentir sentid@, legitimar, con permanencia, perseverancia, presencia. Con creencias del equipo coherentes, y que mantiene pautas de autocuidado y que tiene su **propio recorrido realizado** a nivel personal y en su conjunto, en materia de **género**, que le permite analizar e intervenir en las adicciones desde una perspectiva diferente.

Adición vista desde una visión integral y en un continuo de intervención **educativa terapéutica**, que va desde la prevención universal, a la reducción de daños, pasando por la abstinencia, aceptando la diversidad de las personas. Incidiendo en la red, desde la colaboración, a través de una sensibilización y un empoderamiento en nuestro marco teórico. Cobrando gran importancia la Psicoeducación, de la persona con problemas y de la red, como aliada de la Psicoterapia.

El riesgo, el cuidado, el poder, la desigualdad, lo masculino y lo femenino, el uso de lo público y lo privado. Mandatos como *Ser para sí* en el mundo y el permiso a correr riesgos, dirigido hacia la masculinidad o el mandato de *Ser para otr@s* y la asunción del cuidado, dirigido hacia la feminidad, pasan a ser **conceptos claves** en nuestra intervención en adicciones, que deben ser visibilizados y abordados.

Nuestra intervención debe colaborar en la construcción social igualitaria, que como sociedad debemos afrontar. Promover un cambio social donde las masculinidades puedan reconocer el valor de las mujeres y de lo femenino, cambiar la valoración de lo privado, de lo afectivo, de los cuidados, retirarse en lo público para dejar sitio a las mujeres y donde pueda producirse un empoderamiento de las mujeres, de lo femenino, con una entrada en lo público, sin abandonar lo privado (valioso y compartido con hombres). Y desde una aceptación plena a la diversidad de las personas.

#### IV. ES UNA OPORTUNIDAD PARA AFIANZAR NUESTRO COMPROMISO CON LA SOCIEDAD Y CON LAS PERSONAS Y COLABORAR EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN SOCIAL QUE COMO SOCIEDAD HEMOS INICIADO, PERO NO FINALIZADO

Si utilizamos el poder de la Intervención, tanto de la Psicoeducación como de la Psicoterapia, para educar en igualdad, asumiendo nuestra capacidad de liderazgo. Si nuestra mirada visibiliza, nuestra voz nombra, nuestra mente explica, y nuestra conducta cambia, contribuiremos a hacer posible que el proceso de transformación necesario en nuestra sociedad, hacia una sociedad justa y no patriarcal, se produzca.

Si las personas que integramos los equipos, como herramienta para la aplicación del enfoque de género, continuamos un camino que no solo es obligatorio por ley, sino que desde los valores universales y derechos humanos no debe ser obviado y que así mismo engarza con los valores promovidos desde Proyecto Hombre, con nuestra presencia, con nuestro liderazgo, contribuiremos a hacer de nuestro entorno un lugar mejor y colaboraremos en un proceso de transformación social, que corrija la injusticia social.



# > Mesas de experiencias



# mesa 1

## PREVENCIÓN

- 1.1. CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN LOS ESPACIOS RECREATIVOS DE OCIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: SOBRE CÓMO LA VIOLENCIA DE GÉNERO SE CONVIERTE EN *SEXTING*
- 1.2. EL "NO ES NO" ES INSUFICIENTE: REFLEXIONES DEL 4º INFORME NOCTÁMBUL@S
- 1.3. LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR

# mesa 2

## TRATAMIENTO

- 2.1. VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIÓN
- 2.2. APOYO A MUJERES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO
- 2.3. INVESTIGAR ES MIRAR LO QUE TODOS VEN PERO PENSÁNDOLO DE UNA MANERA DIFERENTE

# mesa 3

## REDUCCIÓN DEL DAÑO

- 3.1. GÉNERO, USOS DE DROGAS Y PROSTITUCIÓN
- 3.2. TALLER PARA LA MEJORA DE LAS COMPETENCIAS MARENTALES EN MUJERES EN TRATAMIENTO EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE METADONA
- 3.3. ESPAI ARIADNA: VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIONES. CLAVES DE INTERVENCIÓN CON MUJERES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

MESA

1

> PREVENCIÓN

1.1.

## CONSUMO INTENSIVO DE ALCOHOL EN LOS ESPACIOS RECREATIVOS DE OCIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO: SOBRE CÓMO LA VIOLENCIA DE GÉNERO SE CONVIERTE EN *SEXTING*

*Cualquiera que sea la libertad por la que luchamos, debe ser una libertad basada en la igualdad.*

Judith Butler

Los relatos sobre la violencia de género en mujeres drogodependientes son múltiples y muestran la complejidad de un fenómeno multifactorial e invisibilizado, sobre el que el mundo de las drogodependencias no ha visto un tema de interés en las investigaciones ni en las políticas.

En 2016, la investigación para analizar el impacto de la violencia de género entre mujeres consumidoras de drogas, llevada a cabo por el Consejo de Europa, concluía que la violencia de género en la población drogodependiente presenta diferentes niveles y formas. Partiendo de ella, vislumbramos distintos relatos que nos permiten comprender dónde aparecen distintas relaciones entre violencia de género y uso o abuso de sustancias psicoactivas:

**1. Un primer relato** sobre violencia de género, entre las mujeres drogodependientes, hace alusión a la violencia que sufrimos todas las mujeres y que es de dos tipos siguiendo a la OMS (OMS, 2017):

A. Violencia estructural y Violencia sociocultural que mantiene la situación de desigualdad y dependencia de las mujeres y que genera desigualdad en el acceso al trabajo o a la vida pública, entre otras.

B. La violencia contra las mujeres -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública, pudiendo aumentar el riesgo de contraer el VIH, y una violación de los derechos humanos de las mujeres.

En este sentido, los datos de los que disponemos son impresionantes y muestran que:

- Las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida.
- La mayoría de estos casos son violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja en algún momento de su vida.
- Un 38% de los asesinatos de mujeres que se producen en el mundo son cometidos por su pareja masculina.

Nuria Romo-Avilés

Penélope Sánchez-González

Departamento de Antropología Social,  
Instituto Universitario de Investigación  
de Estudios de las Mujeres y de  
Género, Universidad de Granada



• A.B.

**2. Un segundo relato** sería la violencia asociada al uso y abuso de drogas:

La violencia asociada con el uso de drogas o prostitución, dada en entornos en los que las mujeres son más vulnerables por ser entornos de consumo violentos y agudizar las situaciones de violencia de género.

El PNSD hablaba en 2008 de un 53% de mujeres que viven en situación de violencia de género y tienen un problema de abuso de drogas, aunque expertos investigadores y profesionales afirman que el número es mucho más elevado.

Disponemos de escasa investigación sobre las relaciones entre la violencia de género y el abuso de drogas. Algunos estudios dan un perfil de las mujeres que acuden a tratamiento por un problema de abuso de drogas y dan este perfil (Blanco Zamora, 2007):

- Entre los 31 y los 40 años, con una edad media de 36.
- En el 51% de los casos, solteras con un porcentaje importante de mujeres separadas con hijos/as (34,5%).
- La demanda de tratamiento suele ser por la adicción al alcohol y/o cocaína con una adicción de 11 años de evolución.
- Se inició en el consumo a los 19 años de media, con una pareja consumidora.
- Es maltratada por esta pareja desde los 22 años durante un periodo aproximado de 8 años sin pedir ayuda.

**“LOS RELATOS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MUJERES DROGODEPENDIENTES SON MÚLTIPLES Y MUESTRAN LA COMPLEJIDAD DE UN FENÓMENO MULTIFACTORIAL E INVISIBILIZADO”**



“Los comportamientos violentos relacionados con el consumo intensivo de alcohol se relacionan en ocasiones con el uso problemático de la tecnología. Así aparecen nuevas formas violentas como el *sexting*”



• A.B.

3. El tercer relato trata de la motivación del consumo de drogas entre las mujeres que padecen situaciones de violencia. Nos referimos sobre todo al consumo intensivo de drogas legales en las que tienen prevalencias de consumo más altas y puede estar relacionado con la violencia de género a modo de estrategia. Las mujeres víctimas pueden recurrir al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, psicofármacos u otras drogas legales). Creemos que se trata de una forma de afrontamiento del sufrimiento experimentado.

Aquí tampoco podemos olvidar que el abuso de drogas puede ser una motivación que utiliza el maltratador. En este sentido, los trabajos de Carmen Meneses (2018) en trata y prostitución han mostrado como el uso y abuso de drogas puede ser un mecanismo de coerción y de control de la víctima en relación a la prostitución y la trata.

Pero lo que nos gustaría destacar es que la violencia de género como hecho social no es estática, se transforma y busca distintos mecanismos de acción, como se está produciendo en los espacios de consumo intensivo de alcohol de los y las adolescentes en España. En España como en otros países europeos se ha venido produciendo una incorporación de las mujeres al consumo intensivo de alcohol (Romo et al., 2016; Slade y et al., 2016).

Los datos disponibles muestran que en España los y las adolescentes llevan a cabo consumos muy intensivos de alcohol. Una de cada cuatro personas de 14 años relata haber sufrido una intoxicación etílica alguna vez en su vida,

a los 16 años el porcentaje asciende al 56,5% y a los 18 años al 74,1%. Desde hace al menos una década, las adolescentes admiten haberse emborrachado alguna vez en la vida en mayor proporción que los varones (51,4% de las chicas frente al 48,7% de los chicos) (ESTUDES, 2016).

Beber intensivamente a menudo puede estar relacionado con el riesgo de violencia física (Hunt et al., 2005; de Visser y Smith, 2007) y beber entre mujeres a menudo se ha asociado con vulnerabilidad a amenazas de riesgo sexual. Algunos estudios muestran que la violencia en las parejas adolescentes aumenta la vulnerabilidad ante el consumo y las víctimas pueden consumir más alcohol y llevar a cabo pautas de policonsumo. (Parker and Bradshaw, 2015).

Los comportamientos violentos relacionados con el consumo intensivo de alcohol se relacionan en ocasiones con el uso problemático de la tecnología. Así aparecen nuevas formas violentas como el *sexting*, la práctica que consiste en compartir texto, fotos y vídeos íntimos a través de Internet y redes sociales, utilizando para ello principalmente el teléfono móvil. Sabemos entonces que los nuevos entornos juveniles de ocio son espacios en los que el alcohol potencia nuevas formas de violencia entre los más jóvenes. Por tanto, creemos necesario repensar la intervención en los contextos de consumo intensivo de alcohol y la necesidad de trabajar con una perspectiva de género para incluir la violencia contra las mujeres en todas sus formas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Blanco Zamora, P. (2007). Perfil psicopatológico Psicoterapia y socioterapia de la mujer adicta maltratada. Fundación Instituto Spiral.
- ESTUDES (2016). Encuesta Estatal sobre uso de drogas en Enseñanza Secundaria en España (ESTUDES), Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI).
- Hibell, B., Danielsson, A. K., Wennberg, P. & Romelsjö, A. (2012). Alcohol use, heavy episodic drinking and subsequent problems among adolescents in 23 European countries: does the prevention paradox apply?. *Addiction*, 107(1), 71-80.
- Hunt, G. P., MacKenzie, K., & Joe-Laidler, K. (2005). Alcohol and masculinity: The case of ethnic youth gangs. *Drinking cultures: Alcohol and identity*, 225-254.
- Meneses, C. (2018). La trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual. *Sal terrae: Revista de teología pastoral*, 106(1229), 21-33.
- Romo-Avilés, N., Marcos-Marcos, J., Marquina-Márquez, A., & Gil-García, E. (2016). Intensive alcohol consumption by adolescents in Southern Spain: The importance of friendship. *International Journal of Drug Policy*, 31, 138-146.
- OMS. (2017). *Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres: resumen*. (OMS & OPS, Ed.), WHO. World Health Organization.
- Parker, E. M., & Bradshaw, C. P. (2015). Teen dating violence victimization and patterns of substance use among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 441-447.
- Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Encuesta estatal sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias*.
- Slade, T., Chapman, C., Swift, W., Keyes, K., Tonks, Z., & Teesson, M. (2016). Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and meta-regression. *BMJ open*, 6(10), e011827.
- De Visser, R. O., & Smith, J. A. (2007). Alcohol consumption and masculine identity among young men. *Psychology and health*, 22(5), 595-614

MESA

1

PREVENCIÓN

1.2.

## EL "NO ES NO" ES INSUFICIENTE: REFLEXIONES DEL 4<sup>a</sup> INFORME NOCTÁMBUL@S

Ana Burgos García

Licenciada en Antropología Social  
y Cultural,  
Licenciada en Periodismo



4<sup>o</sup> INFORME  
ANUAL  
2016 - 2017

OBSERVATORIO  
**noctámbul@s**

OBSERVATORIO SOBRE LA RELACIÓN ENTRE  
EL CONSUMO DE DROGAS Y LAS VIOLENCIAS  
SEXUALES EN CONTEXTOS DE OCIO NOCTURNO

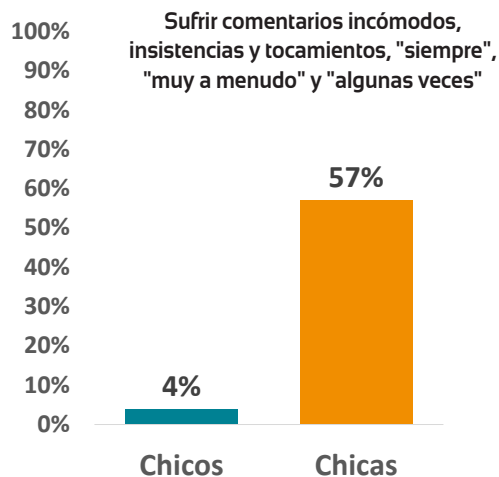
El Observatorio Noctámbul@s, iniciado por la Fundación Salud y Comunidad en el año 2013 y enmarcado en una línea de prevención y reducción de riesgos desde la perspectiva de género, se centra en analizar las violencias sexuales que se dan en los contextos de ocio nocturno y consumo de drogas. El androcentrismo que ha caracterizado históricamente en análisis de los riesgos de estos contextos, ha invisibilizado o minimizado esta problemática tan presente y casi consustancial a los espacios festivos. Ante ello, el Observatorio se plantea:

- Actualizar continuamente las claves que articulan las dinámicas del ocio juvenil actual y sus cambios, examinando qué tendencias estructuran el ocio del joven actualmente con relación al consumo de drogas, y su vínculo con las violencias de carácter sexual, para así averiguar hacia dónde se dirigen.
- Entender las actitudes, usos y hábitos de las sustancias psicoactivas entre los/las jóvenes y su relación con las dinámicas de abuso y violencia sexual.
- Obtener una lista de ideas preventivas para minimizar los riesgos derivados del consumo de drogas y las violencias en contextos de ocio.
- Ofrecer servicios de consultoría, asesoramiento y formación a los municipios y otros agentes responsables del ocio nocturno sobre estrategias de prevención de la violencia sexual en estos contextos.

En estos cinco años de trabajo el Observatorio ha generado cuatro informes, caracterizados por un mayor uso de metodologías cualitativas, con el fin de facilitar la comprensión de las creencias, actitudes, motivaciones y comportamientos que se dan entre los jóvenes sobre el consumo de drogas, la sexualidad y las violencias sexuales, a partir de sus propios relatos y desde sus perspectivas. Asimismo, en los dos últimos ha incluido el análisis de datos cuantitativos recogidos a través de encuestas distribuidas por todo el territorio español que durante 2017 han cumplimentado alrededor de 1.400 jóvenes.

Algunas de las principales cuestiones que se destacan en este informe, son:

- **El alcohol es la sustancia más consumida en contextos de ocio nocturno**, en un porcentaje idéntico del 69%, tanto por chicas como por chicos. Tal y como señalábamos en el anterior informe, se trata de consumos mayoritariamente voluntarios por parte de las jóvenes, hecho que juega un papel importante en la culpabilización de éstas cuando sufren violencia sexual. Este hecho encontraría su explicación en un imaginario machista que relaciona el consumo de sustancias con la masculinidad y que penaliza a las mujeres que transgreden esta norma social, haciéndolas responsables de las violencias que reciben, precisamente por haber desobedecido este mandato.
- **No es suficiente el "No es no"**: uno de los lemas más utilizados y difundidos para sensibilizar y combatir las violencias sexuales es el "No es no". Sin embargo, es necesario señalar diferentes aspectos como el hecho de que esta consigna puede responsabilizar a las mujeres a manifestar su oposición frente al deseo del otro. También, hay que analizar las limitaciones que dificultan el decir "no": los estigmas de "puta", "estrecha" o "calientapollas" que siguen estando vigentes, al juzgar la sexualidad de las mujeres o el miedo a la integridad personal y otras cuestiones relacionadas con la inseguridad. Frente a esto, desde el observatorio se apuesta por centrarse en el consentimiento afirmativo ("Solo sí es sí") y entusiasta, que busca que el deseo se exprese en libertad.
- **Más de la mitad de las mujeres encuestadas ha vivido alguna vez situaciones de violencia normalizada**: un 57% de las jóvenes que contestaron al cuestionario *online* han sufrido al menos algunas veces algún comentario incómodo, insistencias ante una negativa de su parte o tocamientos indeseados, frente al 4% de los chicos. Estas cifras ponen de manifiesto la alta frecuencia con la que las mujeres sufren el amplio espectro de violencias sexuales más normalizadas y legitimadas en la sociedad patriarcal. Parece ser que hay una penalización a través de la violencia sexual intrínseca hacia toda mujer que materializa su pleno derecho a ocupar los espacios de ocio.



**“ES FUNDAMENTAL QUE LAS CAMPAÑAS NO SE LIMITEN A UN CARTEL O A UNA ACCIÓN PUNTUAL, SINO QUE CONSTITUYAN ESTRATEGIAS A LARGO PLAZO, CONTINUADAS Y CONSOLIDADAS, ASÍ COMO PARTICIPATIVAS”**

- **Los chicos tienen más dificultades que las chicas para percibir e identificar las violencias sexuales que ocurren en su entorno**: de estos datos analizados se puede inferir que los chicos tienen mucho más naturalizado los comportamientos más sutiles, no visualizándolo como acciones del orden de la violencia sexual. En cambio, las chicas tienen mayor conciencia respecto a este tipo de abusos y agresiones, probablemente por haberlas sufrido ellas o alguna chica de su entorno. Dejemos de responsabilizar a las mujeres y poner más responsabilidad en los hombres.





• Proyecto Hombre Barcelona (N.L.)

- **Agresores fantasma: aunque se perciben y viven multitud de violencias sexuales, pocos chicos se identifican como agresores.** Los “agresores fantasma”, como ya los denominábamos en el anterior informe, deben ser especialmente tenidos en cuenta en las campañas preventivas. Idear estrategias para *desnormalizar* estas violencias, por una parte, y promover el reconocimiento del ejercicio de las mismas, por otra, es fundamental si no queremos que la responsabilidad de la prevención recaiga en las mujeres.
- **La relación entre consumo de alcohol u otras drogas y violencia sexual: la mayoría de mujeres agredidas habían consumido poco o nada, aunque un 26% señala haber consumido hasta llegar al punto de no poder reaccionar.**
- La mayoría de las mujeres controlarían más su consumo de sustancias en ciertos momentos y espacios, con el objetivo de tener capacidad de reacción ante posibles agresiones. Por otra parte, muchas chicas podrían ocultar su consumo para evitar la culpabilización que la sociedad imprime sobre aquellas que han “osado exponerse” voluntariamente a una situación peligrosa. **Un 70% de los agresores (autores de comentarios incómodos o insistencias) aseguró haber consumido mucho alcohol u otras drogas. Y un 42% de las chicas víctimas de una violación sin fuerza (por ejemplo, por hallarse en situación de semiinconsciencia) percibieron que su agresor había consumido mucho.**
- **La configuración urbanística del ocio nocturno genera miedo e inseguridad en las mujeres:** tanto los horarios como la configuración social y física de los espacios de ocio, los recorridos a pie que conectan la casa con el ocio o el transporte público en la noche, no son vividos como seguros para las mujeres. Ello limita su libertad de movimiento y su derecho a la ciudad. A lo largo de nuestro estudio, comprobamos cómo éstas planean más sus itinerarios y cambian en muchas ocasiones sus recorridos, condicionadas por la percepción de miedo, particularmente en horarios nocturnos.  
**En este informe se destaca la importancia de generar estrategias preventivas con perspectiva de género para el empoderamiento comunitario.** Es fundamental que las campañas no se limiten a un cartel o a una acción puntual, sino que constituyan estrategias a largo plazo, continuadas y consolidadas, así como participativas, coordinadas entre diferentes agentes sociales y destinadas al empoderamiento de toda la comunidad frente a las violencias sexuales.  
**Un ejemplo de buena práctica son los protocolos y planes de actuación municipales, herramientas que nos pueden ayudar a explicar qué hacer, cómo hacer y desde qué mirada se puede hacer.** Definir un plan de acción es un buen argumento para desarrollar un proceso transversal que nos ayude a implicar a todos los agentes que intervienen directa o indirectamente en las diferentes expresiones de violencia. La herramienta puede ser útil no solo para saber qué hacer, sino también para proponer bases de acciones colectivas para transformar relaciones de poder patriarcales.



MESA

1

> PREVENCIÓN

1.3.

## LA INFLUENCIA DEL GÉNERO EN LA EFECTIVIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR

María Aránzazu Fernández Rodríguez

Coordinadora Técnica de los programas de prevención universal y selectiva de la Fundación CESPА - Proyecto Hombre Asturias

Sandra Dema Moreno

Profesora Titular de Sociología de la Universidad de Oviedo

Yolanda Fontanil Gómez

Profesora Titular de Psicología de la Universidad de Oviedo



• A.B.

**D**urante años las mujeres han sido invisibilizadas en el ámbito de las drogodependencias, siendo a partir de la década de los 70 cuando se inician algunos estudios que tratan de mostrar las experiencias de las mujeres en relación a los usos de drogas, poniendo de manifiesto sus particularidades y necesidades (Romo Avilés, 2010).

Inicialmente, el interés por cuestiones relacionadas con el género, tanto de la literatura especializada como de las instituciones, se centró en la investigación de qué aspectos eran relevantes para el tratamiento de las mujeres en situación de drogodependencia, prestando menos atención a la influencia de esta variable en el diseño e implementación de programas preventivos.

A principios del siglo XX, se observa un cambio en este sentido y aparece una nueva línea de investigación que trata de incorporar el enfoque de género en el ámbito de la prevención de drogodependencias, y que plantea la construcción de una visión integral que guíe las intervenciones preventivas atendiendo a las diferencias existentes entre hombres y mujeres.

Estudios transversales y longitudinales centrados en analizar el consumo de drogas en la adolescencia permitieron identificar factores de riesgo y protección específicos para las chicas,

comenzando a evidenciarse de este modo la influencia del género en las pautas, motivaciones y significados de los consumos de drogas, y la necesaria revisión de los modelos teóricos que orientan el desarrollo de los programas preventivos (Amaro, Blake, Schwartz, y Flinchbaugh, 2001; Guthrie et al., 2001).

“Estudios transversales y longitudinales centrados en analizar el consumo de drogas en la adolescencia permitieron identificar factores de riesgo y protección específicos para las chicas”



• Proyecto Hombre Cataluña

La eficacia diferencial de los programas de prevención también captó el interés de las investigaciones con enfoque de género. En este sentido, se llevaron a cabo varias revisiones sistemáticas de evaluaciones realizadas sobre la efectividad de los programas tradicionales, con el objetivo de conocer si este tipo de intervenciones impactaban de forma similar o diferenciada en varones y mujeres (Kumpfer y Magalhães, 2016; Kumpfer, Smith, y Summerhays, 2008; Blake, Amaro, Schwartz, y Flinchbaugh, 2001). Los resultados obtenidos en estas revisiones son variados, especialmente si se analizan únicamente los programas de prevención escolar. Algunos programas han demostrado ser efectivos en las chicas y no en los chicos, y viceversa, y otros han demostrado tener un efecto positivo en los chicos y negativo en las chicas (Kumpfer y Magalhães, 2016; Vigna-Taglianti et al., 2009). A pesar de que la investigación es limitada, y de que los resultados son variados, existen indicios de que las estrategias de prevención no benefician necesariamente por igual a unos y otras (Kumpfer y Magalhães, 2016). Esta cuestión, pone de manifiesto la necesidad de continuar desarrollando estudios que identifiquen los aspectos clave que contribuyen a alcanzar una mayor efectividad de las intervenciones tanto en las chicas como en los chicos.

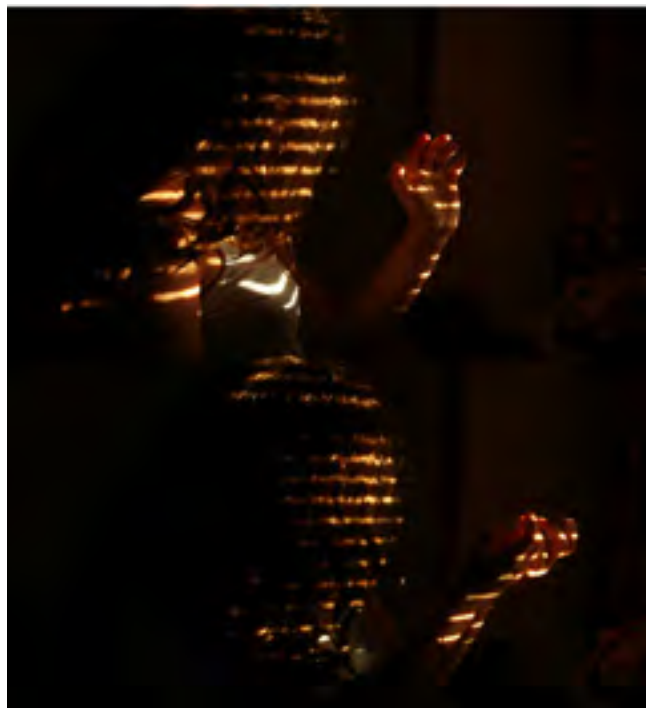
**“A PESAR DE QUE LA NECESIDAD DE INCORPORAR EL ENFOQUE DE GÉNERO AL ESTUDIO Y ABORDAJE DE LAS DROGODEPENDENCIAS ES UNA CUESTIÓN ASUMIDA HOY EN DÍA POR LA MAYORÍA DE PROFESIONALES, SIN EMBARGO, CONTINÚAN ENCONTRÁNDOSE DEFICIENCIAS EN SU DESARROLLO PRÁCTICO, ESPECIALMENTE EN ALGUNAS ÁREAS DE INTERVENCIÓN COMO PUEDE SER LA PREVENCIÓN”**

Parece por tanto que, a pesar de que la necesidad de incorporar el enfoque de género al estudio y abordaje de las drogodependencias es una cuestión asumida hoy en día por la mayoría de profesionales, sin embargo, continúan encontrándose deficiencias en su desarrollo práctico, especialmente en algunas áreas de intervención como puede ser la prevención. En este sentido, el monográfico que acompañaba al Informe Anual 2006 sobre el problema de las drogodependencias en Europa, centrado en aportar una visión desde el género a este fenómeno, señala que el desarrollo de programas de prevención que incorporan el enfoque de género es poco común en cualquiera de los Estados miembro (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006).

El presente artículo pretende contribuir al avance en la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de drogodependencias, concretamente en el diseño de programas escolares más eficaces para las chicas y los chicos. Para ello, se plantea conocer cómo afectan las relaciones de género en la efectividad de un programa concreto, el Programa de prevención escolar y familiar Juego de Llaves (Asociación Proyecto Hombre, 2014) dirigido a alumnado de 1º a 4º de Educación Secundaria Obligatoria y sus familias.

Durante el curso escolar 2016/17 se llevó a cabo una investigación evaluativa del Programa con los objetivos de, por un lado, analizar el impacto social y emocional en los grupos destinatarios, así como el grado de consecución de los objetivos del Programa. Y por otro, valorar la idoneidad de la metodología, actividades y recursos que configuran el Programa a las características y perfiles de los grupos destinatarios del mismo. La muestra del estudio está conformada por 4.195 alumnos y alumnas de 32 centros educativos diferentes distribuidos a lo largo de 8 comunidades autónomas.

Una primera aproximación diferencial a los resultados señala diferencias significativas en la satisfacción general con el programa, siendo las chicas las que mejor valoran el programa en su conjunto, y de manera específica, la labor motivacional del



A.B.

profesorado para el desarrollo del mismo y los recursos utilizados como apoyo a la realización de las diferentes actividades (Granero Salas et al., 2017).

Desde esta perspectiva, se ha comenzado a realizar un análisis en profundidad de los datos obtenidos en esta investigación relativos a las diferencias encontradas entre chicos y chicas en relación al impacto social y emocional del Programa, así como la aplicación de nuevos análisis estadísticos que permitan conocer cómo afecta la variable del género a la efectividad del mismo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Proyecto Hombre. (2014). *Juego de Llaves. Actualización del programa de prevención escolar y familiar Entre Todos*. Madrid: Asociación Proyecto Hombre.
- Amaro, H., Blake, S. M., Schwartz, P. M., & Flinchbaugh, L. J. (2001). Developing Theory-Based Substance Abuse Prevention Programs for Young Adolescent Girls. *The Journal of Early Adolescence*, 21(3), 256-293. <https://doi.org/10.1177/0272431601021003002>
- Blake, S. M., Amaro, H., Schwartz, P. M., & Flinchbaugh, L. J. (2001). A Review of Substance Abuse Prevention Interventions for Young Adolescent Girls. *The Journal of Early Adolescence*, 21(3), 294-324. <https://doi.org/10.1177/0272431601021003003>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2006). *Selected issues 2: A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Guthrie, B. J., Rotheram, M. J., Genero, N., Amaro, H., Chesney-Lind, M., & Flinchbaugh, L. J. (2001). A guide to understanding female adolescents' substance abuse: Gender and ethnic considerations for prevention and treatment policy (DHHS Pub. No.(SMA) 00-3309). Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention*.
- Kumpfer, K. L., Smith, P., & Summerhays, J. F. (2008). A Wakeup Call to the Prevention Field: Are Prevention Programs for Substance Use Effective for Girls? *Substance Use & Misuse*, 43(8-9), 978-1001. <https://doi.org/10.1080/10826080801914261>
- Kumpfer, K., & Magalhães, C. (2016). *Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women*. Viena: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.
- Granero Salas, Y., Condes Balboa, N., González Conde, E., Fernández Rodríguez, M. A., Lorenzo Toyos, M., Pérez de Marco, J., ... Quintero Ordóñez, B. (2017). Conclusiones informe de evaluación del Programa de Prevención Escolar y Familiar Juego de Llaves de la Asociación Proyecto Hombre. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, (95), 12-17.
- Vigna-Taglianti, F., Vadrucci, S., Faggiano, F., Burkhart, G., Siliquini, R., Galanti, M. R., & Group, E.-D. S. (2009). Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *Journal of Epidemiology & Community Health*, jech-2008.

MESA

2

➤ TRATAMIENTO

2.1.

## VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIÓN

**“A pesar de que ser mujer es el principal factor de riesgo para sufrir violencia, existen procesos, trayectorias existenciales, situaciones sociales, etapas vitales y condicionantes de salud que aumentan su vulnerabilidad”**

**“A**spiramos a una vida libre de violencia a la que enfrentarse cada una con sus recursos y capacidades (...), a una vida propia a la que ninguna tenga que renunciar por miedo, por amenazas, por violencia, por discriminaciones. Aspiramos a construir sociedades justas de las que sentiremos orgullosas (...) a erradicar la discriminación, la insuficiente participación de las mujeres en la toma de decisiones, a un reparto equitativo del tiempo entre hombres y mujeres, a compartir los espacios públicos y privados(...), a acabar con las brechas salariales, romper los techos y muros de cristal, poder elegir el tipo y tamaño de nuestras familias(...) Ya es hora de trabajar para construir un mundo habitable también para las mujeres, donde las niñas tengan derecho a vivir sin violencia (...) y a educar a los niños dándoles la oportunidad de hacerse hombres no violentos.”<sup>1</sup>

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 la 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. *“Constituye un problema de salud global, que ha adquirido proporciones epidémicas” (2013)*. Un tercio de las mujeres del mundo sufrirán en algún momento de sus vidas algún tipo de violencia.

A pesar de que ser mujer es el principal factor de riesgo para sufrir violencia, existen procesos, trayectorias existenciales, situaciones sociales, etapas vitales y condicionantes de salud que aumentan su vulnerabilidad. El abuso de sustancias en las mujeres es uno de estos factores de 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.



Belén Orozco Jabato

Psicóloga clínica  
CAD de Villaverde, Instituto de Adicciones,  
Ayuntamiento de Madrid



En el Instituto de Adicciones se realizaron dos estudios de prevalencia de violencia de género en la pareja en mujeres en tratamiento en dos de los centros de la red municipal. Uno de los estudios se llevó a cabo en el CAD de Villaverde en el 2008, y el otro en el CAD de Latina en el 2009. De sus resultados pudimos extraer las siguientes conclusiones:

- Las mujeres en tratamiento eran víctimas de violencia de género con una incidencia entre tres y cinco veces superior a las mujeres de la población general.
- Casi la totalidad (91,8%) presentaban antecedentes de violencia y con un alto porcentaje de violencia física y sexual, por lo que es probable que presentaran secuelas traumáticas.
- Las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia o adolescencia (30%) presentaban un alto riesgo de sufrir violencia en sus relaciones de pareja (80%).
- Más de la mitad de las mujeres que tenían pareja, estaban sufriendo violencia o la habían sufrido en el último año.

Ante la magnitud y gravedad de tales datos parecía justificado y necesario la elaboración de un Protocolo de actuación que facilitara la sensibilización de los profesionales, la prevención, detección y abordaje de la violencia y sus consecuencias en los programas de tratamiento en nuestros centros.

El Protocolo de Intervención en los CAD ante la Violencia de Género pretende contribuir a la desnaturalización y visibilización de la violencia contra las mujeres en tratamiento, y ofrecer a los y las profesionales de los equipos multidisciplinares, pautas

de actuación consensuadas y homogéneas que faciliten el acompañamiento de las pacientes en su proceso de recuperación.

Se plantea una Intervención Transversal e Integral en violencia de género con un abordaje biopsicosocial e interdisciplinar siendo necesaria la participación y coordinación de todo el equipo, y donde la prevención sea un objetivo a lo largo de todo el proceso terapéutico. Visibilizar y desestigmatizar la adicción femenina en su entorno social, visibilizar las actitudes y comportamientos discriminatorios de género, facilitar el desarrollo y la reconstrucción de identidades y espacios igualitarios, son metas prioritarias en la intervención dirigida a nuestras y nuestros pacientes, así como a sus acompañantes y familiares.

Otro de los retos del protocolo será desarrollar acciones de colaboración, coordinación y derivación, dirigidas a las diferentes redes implicadas en la atención de mujeres, y en especial con los servicios de atención a víctimas de violencia de género, con el fin de promover el conocimiento de las dificultades específicas del colectivo de mujeres drogodependientes.

Quiero dar las gracias a nuestras pacientes que nos permiten acompañarlas en sus procesos, en sus avances y retrocesos, porque en su lucha constante crecemos y aprendemos juntas todos los días. Sin ellas este Protocolo no hubiera sido posible.

*“No nos queda otra que romper el velo de la igualdad, del silencio; enfrentarnos a los guardianes del patriarcado, a sus mentiras (...) convencernos de que la obediencia no garantiza la supervivencia (...) si acaso es la rebeldía la que nos da esperanzas.”<sup>2</sup>*



• Proyecto Hombre Balears (C.E.)

## BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, B., de Antonio, M., Delgado, M., Díaz, M., Lahuerta, N., López, G., Olmos, R., Orozco, B. 2017. Protocolos. Intervención en los CAD sobre la Violencia de Género. Instituto de Adicciones. Madrid Salud.
- Romero, I. 2015. Guía de Intervención en casos de violencia de género. Una mirada para ver. Editorial Síntesis.
- Varela, N. 2017 Cansadas. Ediciones B.<sup>1,2</sup>

MESA

2

➤ TRATAMIENTO

2.2.

## APOYO A MUJERES CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN, VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

M<sup>a</sup> Dolores Aracil Tomás

Psicóloga - Terapeuta Programa de  
Comunidad Terapéutica Residencial  
Fundación Noray proyecto Hombre Alicante

### INTRODUCCIÓN

El grupo de mujeres surge de la necesidad de dar una perspectiva de género a una conducta discriminatoria y socialmente masculinizada como es la adicción, donde las mujeres son doblemente rechazadas por acercarse a la ilegalidad y por incumplir los roles tradicionales como mujeres. En un gran porcentaje, estas mujeres han sufrido abusos en su infancia, son víctimas de violencia doméstica (Forth-Finegan, 1991; Covington, 1997; Gordon, 2002), con fuerte dependencia hacia el varón que en muchas ocasiones se relaciona con el inicio en el consumo o el incremento del mismo (Hser y cols. 2003; Hser y cols. 2004), existiendo una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos (Grella y Joshi, 1999; Amaro y cols. 1999; Neale, 2004), cuentan con escasos apoyos para ponerse en tratamiento, incluso con la oposición de sus parejas, además de la familia (Curtis-boles y Jenkins-Monroe, 2000).

Para las mujeres con problemas de adicción, los vínculos y relaciones personales son muy importantes y pueden anteponer las necesidades de otras personas a las suyas. Todo ello, les sitúa en situación de vulnerabilidad y desventaja social.

Con nuestra actuación pretendemos minimizar o eliminar las desigualdades que el género establece en los programas de intervención en adicciones, promoviendo el autoconocimiento personal y el empoderamiento de la mujer para que establezca relaciones interpersonales adaptativas consigo misma y con respecto al entorno que la rodea de una forma responsable, así como prever situaciones de violencia de género.

### NUESTRA INTERVENCIÓN

El grupo está dirigido a mujeres adultas, víctimas de violencia de género, con problemas de adicción que asisten a alguno de nuestros dispositivos de tratamiento y llevan más de 30 días en estos. El hecho de que las mujeres que asisten a esta intervención provengan de diferentes dispositivos de nuestra entidad aporta mayor riqueza y vivacidad al grupo.



## “CON LOS GRUPOS PSICOEDUCATIVOS BUSCAMOS ESPACIOS DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA, DE IDENTIFICACIÓN Y TOMA DE CONCIENCIA DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA MUJER Y DE SU UMBRAL DE PERCEPCIÓN Y TOLERANCIA HACIA LA VIOLENCIA”



• Proyecto Hombre Sevilla (N.L.)

El trabajo que realizamos con mujeres es mayoritariamente grupal, realizando grupos de autoayuda y grupos psicoeducativos. Con los grupos de autoayuda se trabaja la identificación con iguales, la desdramatización, el enriquecimiento y apoyo mutuo. Con los grupos psicoeducativos buscamos espacios de detección y prevención de la violencia, de identificación y toma de conciencia de la situación actual de la mujer y de su umbral de percepción y tolerancia hacia la violencia. (Romero I., 2002).

También se acompaña el proceso de cambio de manera individual, mediante sesiones individuales de intervención psicológica específica, basándonos en técnicas cognitivo conductuales, sistémicas y mindfulness. Los principales temas que se abordan en estas sesiones son: tratamiento del duelo y la pérdida, reestructuración cognitiva de creencias y pensamientos disfuncionales asociados al género y situaciones de estrés postraumático.

De esta forma, se pretende trabajar en tres dimensiones: informar, sensibilizar y dar pautas para fomentar el cambio personal hacia una mayor autonomía, así como acompañar en el mismo.

### METODOLOGÍA GRUPAL

La metodología que vertebra el grupo de autoayuda es la del descubrimiento, siendo la mujer la protagonista de su propio cambio, propiciando en las sesiones actitudes de autocritica y reflexión.

Igualmente utilizamos metodología expositiva, con soporte audiovisual, porque entendemos que la información, aunque no es suficiente, es necesaria para el cambio.

Se fomenta la horizontalidad en el grupo, con el compromiso del respeto, no juzgar y la libre expresión como medio para cohesionar al grupo y mantener el clima de confianza.

Las sesiones son independientes y cada una de ellas tienen sentido por sí mismas, aunque, si bien es cierto, que para el logro de los objetivos de intervención, lo adecuado sería seguir el orden establecido de las sesiones y participar en todas ellas.

Por otro lado, los contenidos de los grupos psicoeducativos son:

- Autoestima como contenido transversal para reconstruir la propia identidad
- Habilidades relacionales
- Gestión y expresión emocional
- Estructura y dinámica de las diferentes relaciones de pareja
- Violencia de género, analizando el amor romántico y las creencias disfuncionales interiorizadas
- Salud sexual

### EVALUACIÓN

El protocolo de evaluación se realiza en dos momentos del proceso: inicialmente en la primera sesión, y al semestre, con el objetivo de valorar si se han producido cambios, en base a los indicadores de evaluación establecidos. Por otro lado, con frecuencia bimestral, se cumplimentan encuestas de satisfacción del servicio, que nos ofrecen un *feedback* permanente, con el afán de ir mejorando nuestra actuación e ir adaptándola a las necesidades y a la realidad del día a día.

Tras la evaluación y el análisis de los resultados, se realizan acciones de mejora que en algunos casos corrigen la incidencia y en otros la palián, dada la imposibilidad de corrección según nuestras competencias.

### BIBLIOGRAFÍA

- Castaño M; Meneses C; (2007) Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Instituto de la mujer.
- Curtis-Boles, H. y V. Jenkins-Monroe, "Substance Abuse in African American Women," *Journal of Black Psychology* 26 (4): 450-469 (2000).
- Forth-Finegan, Jahn L., "Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction - A Literature Review," en Bepko, CL. *Feminism and Addiction*. The Haworth Press. New York. (1991).
- Goldberg, M. (1995) Substance abusing women: false stereotypes and real needs. *Social Work* (1995).
- Labrador F; Rincón PI. (2004) Mujeres víctimas de la violencia doméstica. (2002) Madrid, Psicología Pirámide.



MESA

2

TRATAMIENTO

2.3.

## INVESTIGAR ES MIRAR LO QUE TODOS VEN PERÒ PENSÁNDOLO DE UNA MANERA DIFERENTE



■ J.R.S.

José Javier López-Goñi

Licenciado en psicología (UNED),  
Doctor (Universidad Pública de Navarra),  
Psicólogo

En este artículo se presentan los principales resultados de una línea de investigación que comenzó hace varios años el grupo de investigación en Psicología Clínica y Psicopatología de la Universidad Pública de Navarra en colaboración con la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Esta línea de investigación proviene de la preocupación que siempre han mostrado los programas de Proyecto Hombre acerca de la situación de las mujeres con un problema de adicción. Esta inquietud se basaba en dos percepciones muy comunes en el ámbito del tratamiento de las adicciones: 1) las mujeres suelen acudir en una menor proporción que los hombres a los programas de tratamiento de las adicciones; y 2) las mujeres en tratamiento parecen tener una situación de deterioro mucho mayor que los hombres. Además, a lo largo de estos años, en función de las cohortes de pacientes que se analizaban, no quedaba claro si los resultados terapéuticos del programa eran semejantes entre hombres y mujeres. En algunas ocasiones parecía que los hombres tenían más probabilidades de finalizar con éxito el programa (López-Goñi, Fernández-Montalvo, Illescas, Landa, & Lorea, 2008) y en otras ocasiones no se hallaba una relación entre el sexo de los pacientes con el resultado del tratamiento (López-Goñi, Fernández-Montalvo, & Arteaga, 2012).

Por ello, y dada la dificultad para poder valorar un grupo representativo de mujeres, se planteó un estudio a largo plazo en el que en un primer momento se valoró el perfil diferencial entre los hombres y las mujeres. En un segundo momento se abordó la evolución terapéutica de los pacientes en función del sexo. En un tercer momento se exploró qué factores podían explicar la diferente evolución de las mujeres. Y finalmente, se ha puesto en marcha una línea de investigación específica que pretende mejorar la retención de los pacientes que parecen tener un peor resultado terapéutico. Entre estos pacientes hay un porcentaje muy importante de mujeres.



En cuanto a la cuestión de si existe un perfil diferencial entre las mujeres y los hombres los resultados fueron inequívocos. En una muestra de 95 mujeres y 100 hombres se encontró que las mujeres tenían muchos más problemas laborales que los hombres. Además, las mujeres presentaban una mayor gravedad de la adicción en tres de las siete áreas que valora la versión Europea del Addiction Severity Index (Bobes, González, Sáiz, & Bousoño, 1996; Kokkevi & Hartgers, 1995). En concreto, las mujeres presentaban un mayor deterioro en su salud física (área médica), en las relaciones familiares y sociales (área familiar) y en la salud mental (área psiquiátrica). Por el contrario, las mujeres presentaban una menor problemática en el área legal que los hombres (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Azanza, & Cacho, 2014). Todos estos resultados confirmaban la impresión clínica que se tenía en los equipos de tratamiento. Las mujeres en tratamiento por su adicción presentan un perfil de gravedad mayor que los hombres.

En lo relativo a la evolución en el tratamiento, se realizó un seguimiento a 87 mujeres y 96 hombres que habían realizado algún programa de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra entre los años 2002 y 2006. El periodo de seguimiento fue de al menos 8 años para cada paciente. En este caso se encontró que las mujeres presentaban una tasa mayor de abandonos (47,1%) que los hombres (31,3%). Además, las mujeres que abandonaban prematuramente presentaban un perfil psicopatológico de mayor gravedad que las mujeres que lo completaban en su totalidad, y que los hombres (independientemente de que completasen o no el tratamiento). Así pues, las mujeres presentaban una peor evolución terapéutica que los hombres, incluso cuando tenían historias similares (Fernández-Montalvo, López-Goñi, Azanza, Arteaga, & Cacho, 2017). Por lo tanto, se evidenció que era necesario seguir investigando para poder revertir esta situación y poder ofrecer intervenciones específicas que ayudasen a mejorar la tasa de retención de las mujeres.



**“Las mujeres con historias de victimización presentaban perfiles de mayor gravedad en el consumo de sustancias y en las variables psicopatológicas.**

**Esto ocurría especialmente en aquellas que habían sufrido abuso físico y/o sexual”**



En este sentido, una investigación posterior mostró cuál podía ser una de las claves de esta peor progresión terapéutica. En esta ocasión se valoró una muestra de 180 mujeres que habían seguido tratamiento en la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Se recogió información sobre factores sociodemográficos, variables de consumo y problemática psicopatológica. Además se recogió información sobre la existencia de episodios de abuso psicológico, físico y/o sexual. Los datos fueron estremecedores. Un 74,4% de las mujeres habían sufrido algún tipo de abuso a lo largo de su vida. Concretamente, un 66,1% de la muestra había sufrido abuso psicológico, un 51,7% abuso físico y un 31,7% abuso sexual. Las mujeres con historias de victimización presentaban perfiles de mayor gravedad en el consumo de sustancias y en las variables psicopatológicas. Esto ocurría especialmente en aquellas que habían sufrido abuso físico y/o sexual. Las mujeres que habían sufrido abuso físico y/o sexual contaban con una probabilidad mayor de presentar problemas médicos, un mayor deterioro de las relaciones familiares y sociales, tenían en mayor proporción problemas para controlar las conductas violentas y presentaban una mayor prevalencia de ideación suicida. Por lo tanto, no es de extrañar que en lo concerniente a la evolución en el tratamiento, las mujeres que habían sufrido abuso sexual presentarán la mayor tasa de abandonos (63,5%) seguidas por las que habían sufrido abuso físico (48,9%). En el sentido inverso, las mujeres que presentaban una mayor probabilidad de finalizar el tratamiento eran aquellas que no presentaban una historia de victimización y que contaban con un apoyo familiar.

Como consecuencia de estos y otros hallazgos, recientemente se ha diseñado un programa de intervención para pacientes adictos con historias de victimización que busca disminuir los abandonos del tratamiento de la adicción. Este programa, que tiene una base cognitivo-conductual, se desarrolla en unas 20 sesiones en las que se abordan específicamente las historias de victimización. Se aplica en grupo, y se integra en el marco de los programas ambulatorio y de comunidad terapéutica de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. En estos momentos se está trabajando en su evaluación, y hasta la fecha sus resultados son esperanzadores.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (1996). Índice europeo de severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Paper presented at the Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Azanza, P., Arteaga, A., & Cacho, R. (2017). Gender differences in treatment progress of drug-addicted patients. *Women & Health*, 57(3), 358-376. doi:10.1080/03630242.2016.1160967
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Azanza, P., & Cacho, R. (2014). Gender differences in drug-addicted patients in a clinical treatment center of Spain. *The American Journal on Addictions*, 23(4), 399-406.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *American Journal on Addictions*, 21(1), 78-85. doi:10.1111/j.1521-0391.2011.00188.x
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Determining socio-demographic predictors of treatment dropout: Results in a therapeutic community. *International Journal of Social Welfare*, 17(4), 374-378. doi:10.1111/j.1468-2397.2008.00584.x

MESA

3

> REDUCCIÓN DEL DAÑO

3.1.

## GÉNERO, USOS DE DROGAS Y PROSTITUCIÓN

Carmen Meneses Falcón  
Universidad Pontificia Comillas  
ICAI-ICADE

En muchos contextos de prostitución el uso de sustancias psicoactivas supone un componente fundamental del desarrollo de los servicios sexuales de pago. Muchos estudios internacionales han señalado una alta prevalencia de consumos de drogas en esta población, si bien es cierto que en España estos estudios son menores. El tipo de consumo, las motivaciones y las circunstancias de uso se encuentran generalizados, es decir, el sexo y el género marcan diferencias importantes en el consumo y en los riesgos asociados (Cusick, 1998). Mientras que en las relaciones heterosexuales de pago pueden usarse un tipo de sustancia, con unas motivaciones concretas, no ocurren los mismos en las homosexuales. Además, el comprador de servicios sexuales mayoritariamente es varón, mientras que la oferta de servicios sexuales puede ser realizada por mujeres –que son mayoritarias-, transexuales o transgéneros y varones. Por eso, cuando hablamos de prostitución debemos aplicar la perspectiva de género al analizarlo. El uso de alcohol o cocaína es frecuente en el desarrollo de los servicios sexuales, aunque con motivaciones diferentes. Para unos la principal razón es lúdica (los compradores), en cambio para otros la motivación es instrumental (las vendedoras o vendedores); pero sin embargo no ocurre lo mismo con el resto de sustancias. Así, las benzodiacepinas tiene dos principales razones de consumo: por una parte, como en población general son más prescritas y usadas por la población femenina para combatir los malestares psicológicos, en este caso las secuelas que la prostitución puede

acarrear a las mujeres; por otra parte, son usadas para relajarse después de una jornada de ocupación con los clientes intensa y nocturna, o para poder conciliar el sueño si se ha tenido una gran noche de consumo de estimulantes con los compradores de sexo. En ocasiones y con esta misma motivación se utiliza el cannabis.

El uso del alcohol se percibe como un elemento fundamental del trabajo para aquellas personas que ejercen la prostitución en locales y clubs, precisamente porque existe un momento previo a los servicios sexuales, el alterne, en el que es clave el consumo de bebidas alcohólicas, y cuántas más se consuman más ingresos obtendrán. Este tipo de uso suele ser público y tolerado socialmente, impulsado por las propias personas que ejercen la prostitución, aunque recortado en cierta medida por los controles de alcoholemia en la puerta de estos locales como medida disuasoria. En cambio, el uso de cocaína se realiza generalmente en un momento posterior, más oculto e íntimo en el desarrollo de los servicios sexuales, generalmente a demanda del comprador. Por tanto, existe una variedad de circunstancias de usos de drogas en los contextos de prostitución: las peticiones de consumo por parte de los compradores, los usos de sustancias psicoactivas por parte de las ofertantes para contrarrestar el aburrimiento, aguantar largas jornadas de espera u ocupación con los compradores; y, por último, una promoción de usos de bebidas alcohólicas parte de los dueños de los establecimientos. En todo este contexto prostitucional, el consumo de tabaco suele ser mayoritario, incluso a pesar de la prohibición de fumar en locales públicos, y en menor medida el de cannabis.



• J.R.S.

**“DEPENDIENDO DEL ÁMBITO DE PROSTITUCIÓN LA PRESENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS PUEDE SER MAYOR O MENOR. SE HA MENCIONADO QUE LAS PERSONAS QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN EN LA VÍA PÚBLICA CONSUMEN MÁS DROGAS Y CON MAYOR RIESGO ASOCIADO QUE AQUELLAS QUE SE OCUPAN EN PISOS U HOTELES”**

Dependiendo del ámbito de prostitución la presencia del consumo de drogas puede ser mayor o menor. Se ha mencionado que las personas que ejercen la prostitución en la vía pública consumen más drogas y con mayor riesgo asociado que aquellas que se ocupan en pisos u hoteles (Meneses, 2010; Van Nunen et al, 2014). Por último, cabe destacar el policonsumo de sustancias psicoactivas que está muy presente y asociado a esta actividad con importantes repercusiones para la salud.

### **LOS RIESGOS DE CONSUMO DE DROGAS EN PROSTITUCIÓN**

En otro lugar hemos hablado con mayor detenimiento de los riesgos que conlleva la prostitución y dentro de estos los que se asocian al consumo de drogas (Meneses, 2007a). Por tanto, en este apartado traeremos a colación aquellos aspectos relevantes a los que no se ha prestado la suficiente atención ni desde la investigación social ni desde la intervención.

Usar sustancias psicoactivas es diferente de abusar de ellas. Es cierto que los consumos de drogas instrumentales y ritualizados pueden presentar menos riesgos, o bajas consecuencias negativas para las personas que ejercen la prostitución (Meneses, 2010), -ya que fuera de este contexto no se consumen-. Sin embargo, no están exentos de que con el tiempo puede devengar en un abuso o la adquisición de dependencia a las drogas.

Se han relacionado una serie de riesgos asociados al ejercicio de la prostitución cuando se consumen drogas. Entre ellos podemos destacar la peor negociación de los servicios sexuales en los precios, en el uso de condón, en el tipo de prácticas sexuales, etc.; la desinhibición que producen las drogas o la pérdida de control les lleva a una peor disposición para afrontar posibles situaciones de violencia u otros peligros, pues las personas que ejercen la prostitución están en alerta ante estas posibles situaciones de agresión que pueden acontecer y están preparadas para manejarlas. Pero si están bajo efectos de sustancias psicoactivas perderán esa capacidad de reacción. Además, muchas mujeres que se ocupan en pisos o locales pueden ser obligadas a incrementar las horas, el número de clientes con los que ocuparse o a asumir otras condiciones para ejercer la prostitución que no asumirían si no estuviesen bajo los efectos de estas sustancias y, por tanto, encontrándose en condiciones de vulnerabilidad. Pero hasta ahora hemos señalado las repercusiones en las personas que ejercen la prostitución. Sin embargo, los hombres que compran los servicios sexuales también usan sustancias psicoactivas especialmente alcohol y cocaína. Los clientes cuando han abusado de estas sustancias suelen ser un gran peligro especialmente para las mujeres que ejercen, incrementándose varias veces las posibilidades de agresión, o impago por los servicios realizados, si lo comparamos con hombres o transexuales que prestan servicios sexuales. La violencia que desencadenan contra ellas es mayor.

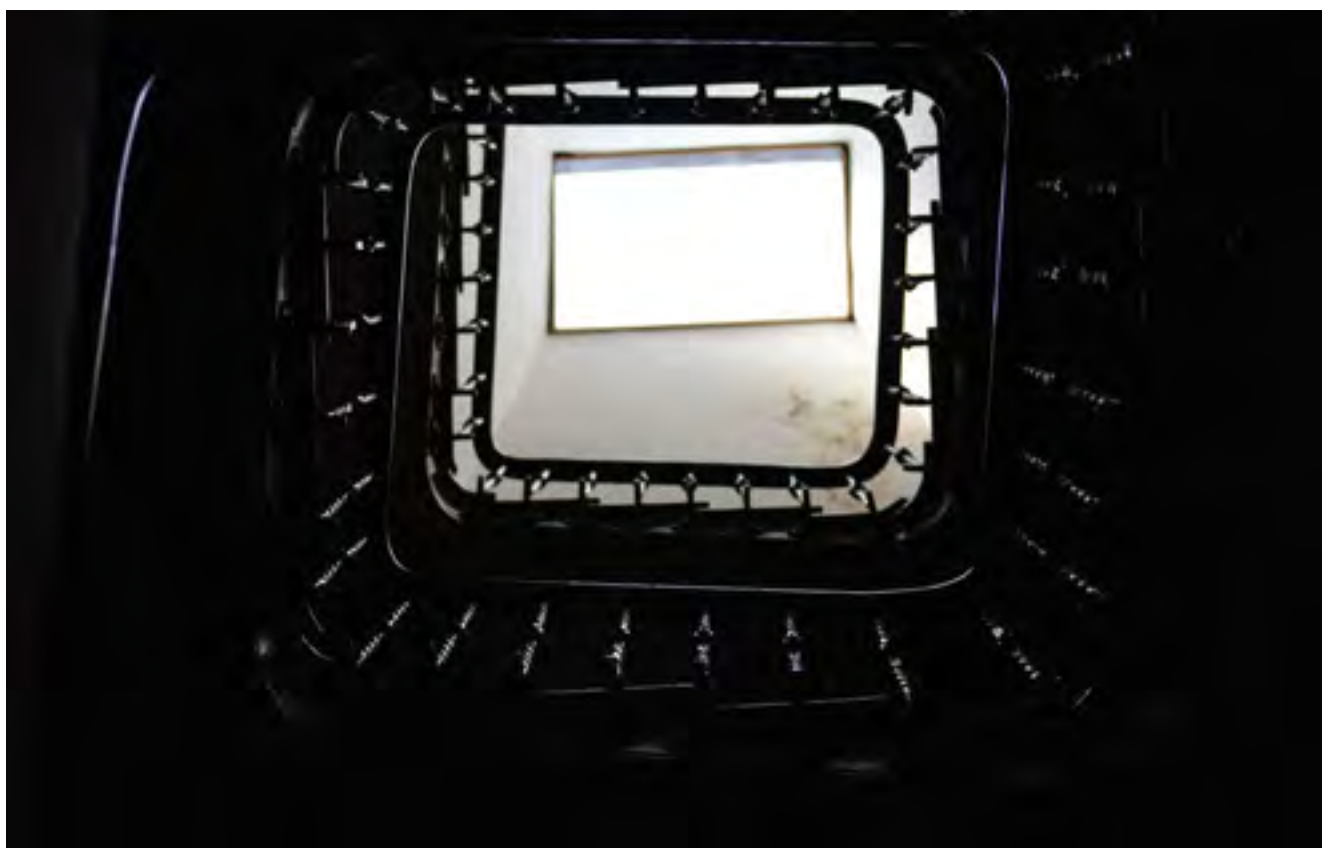


De todos los riesgos que hemos comentado indudablemente el mayor es la adicción al alcohol o a la cocaína, ya que son las principales sustancias de consumo (Meneses, 2007b). Sin embargo, no suelen quedar muy reflejado en el sistema de tratamiento por muchas circunstancias, pero principalmente porque la mayoría de estas mujeres no son españolas.

### LAS NECESIDADES DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA DISMINUYENDO RIESGOS

En mis últimas investigaciones sobre prostitución y trata con fines de explotación sexual me he recorrido distintos contextos de prostitución (calle, pisos, locales, polígonos industriales, etc.) y he percibido que el uso de drogas no ha disminuido (respecto a otros estudios realizados hace una década), sino al contrario, muestra una mayor tolerancia y consumo. A la vez no me he encontrado con ningún programa de intervención preventiva para disminuir riesgos, especialmente sobre el uso

de alcohol, cocaína o benzodiazepinas, principales sustancias de abuso. Es cierto que la prostitución es un contexto oculto y hostil a la presencia de agentes sociales de intervención socio-sanitaria, pero esto no debe ser pretexto para dirigirnos hacia este colectivo, tanto hacia los compradores de sexo, que escasamente se interviene con ellos, como hacia las mujeres que venden los servicios sexuales (que son mayoría respecto a los otros géneros). Por tanto, es escasa la intervención social en prostitución sobre usos y abusos de drogas. Con esto no quiero decir que las ONG que están trabajando en el terreno no hagan una estupenda labor sobre las poblaciones con las que interaccionan y atienden, pero necesitan más medios y posibilidades para prestar atención a estos consumos. Siguen siendo necesarias la información y la formación sobre los consumos de drogas, su repercusión en la actividad sexual, las interacciones farmacológicas y las posibilidades de acudir a recursos sociales o sanitarios, y esto sigue siendo una asignatura pendiente.



▪ J.R.S.

### BIBLIOGRAFÍA

- Cusick, I. 1998. Female prostitution in Glasgow: drug use and occupational sector. *Addiction Research*, 6(2): 115-30.
- Meneses C. 2007a. Riesgo, vulnerabilidad y prostitución. *Documentación Social*, 144:11-36.
- Meneses C. 2007b. Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gaceta Sanitaria*, 21(3): 191-19
- Meneses C. 2010. Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de drogodependencias*, 35(3):329-344.
- Van Nunen K, Leuridan E, Van Hal G, Van Damme P, Decorte T. 2014. Legal and illegal drug use among female sex workers in bar and club prostitution in Belgium: A quantitative and qualitative study. *Drugs: education, prevention and policy*, 14; 21(1): 56-64

MESA

3

➤ REDUCCIÓN DEL DAÑO

3.2.

## TALLER PARA LA MEJORA DE LAS COMPETENCIAS MARENTALES EN MUJERES EN TRATAMIENTO EN PROGRAMA DE MANTENIMIENTO DE METADONA

Rosa Pérez Valles  
Psicóloga Clínica,  
Experta en Drogodependencias

El Taller de Competencias Marentales surge para complementar una intervención en adicciones realizada con mujeres a tratamiento en un Centro de Día de Reducción de Daños de Proyecto Hombre de Asturias. Se pretende corregir el sesgo de género, que entienda a las mujeres con capacidades y habilidades innatas para la maternidad, y que dificulte que puedan nombrar carencias o necesidades para realizar dicha tarea. En el caso de las mujeres consumidoras de drogas, se eleva aún más dicha dificultad.

### JUSTIFICACIÓN

En el Centro Terapéutico del Caudal se desarrollan, desde octubre de 2011, programas de tratamiento y atención sociosanitaria dirigido a personas drogodependientes, principalmente derivadas desde la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías del Área Sanitaria VII de Asturias. Los distintos programas desarrollados en este centro se enmarcan dentro de los programas de reducción de daños de la Fundación CESPA Proyecto Hombre, que tienen como objetivo la mejora de la calidad de vida de las personas que acuden a tratamiento.

Dicho trabajo se desarrolla en colaboración y coordinación con el Plan Municipal de Drogas y los Programas de Salud del Ayuntamiento de Mieres y con la Consejería de Salud a través de la Unidad de Tratamiento de Toxicomanías de dicha área. Dentro de las prestaciones que el centro ofrece, es su interés llevar a cabo acciones diseñadas desde una perspectiva de género y con un enfoque centrado en las relaciones de buen trato.

Con el Taller de Competencias Marentales, se busca poner foco de forma aún más directa sobre alguien que, en muchas ocasiones, a pesar de estar presente no siempre está visible, cuando hablamos de consumos de drogas: los y las menores, hijos e hijas de las personas consumidoras. Niños y niñas en ocasiones en situaciones de vulnerabilidad, así como con déficit en su atención, protección y cuidado, que pueden dificultar su desarrollo. Entendiendo por nuestra parte que la protección de los y las menores, mayor bien de nuestra sociedad, es labor de todos y todas y no solo responsabilidad de sus padres y madres.

“Desde un claro compromiso social, se busca ofertar una intervención ajustada a las necesidades de la población con la que se trabaja. Teniendo en esta ocasión como objetivo prioritario el bienestar y la seguridad de los y las menores, hijos e hijas de mujeres a tratamiento por drogodependencias”

Así mismo, se desea visibilizar la desigualdad, falta de apoyos y mayores dificultades, con las que, en la mayoría de las ocasiones, las mujeres que han consumido drogas y que acuden a tratamiento parten frente a los hombres con problemas de consumo y que a su vez son padres. Siendo muy inusual encontrarse a un padre en situación de tener que criar a su hijo o hija solo, encontrando, sin embargo, a muchas mujeres en situación de monomarentalidad o asumiendo, la responsabilidad de la crianza, sin el apoyo de su pareja.

Se añade a dicha desventaja, el juicio moral más severo, frente a los padres, al que son sometidas por ser madres consumidoras. Dificultando, aún más, poder hablar de sus necesidades de forma abierta, teniendo en muchas ocasiones reticencias a la intervención de los y las profesionales de la red, que pueda tener como consecuencia el alejamiento o retirada de sus hijos e hijas.

Las mujeres, en general, son entendidas desde un sesgo de género, con capacidades y habilidades innatas, para cumplir con las funciones de madre. Presuponiendo que la maternidad biológica lleva implícitas las mismas. Siendo difícil para cualquier mujer cumplir con estas expectativas y a la vez poder nombrar carencias o necesidades para realizar la tarea. Aumentando la dificultad para las mujeres consumidoras de drogas, mujeres que se han sentido y han sido juzgadas por haber transgredido la norma.

## MARCO CONCEPTUAL

- **Interés del bienestar de los y de las menores:** Se busca facilitar bases, para la conducta de hijos e hijas, necesarias para el desarrollo, que permita afrontar un crecimiento adecuado.
- **Reducción de daños:** Se tendrán en cuenta ciertos aspectos frecuentes, relacionados con características propias del perfil, como las dificultades para la adhesión. Realizando un trabajo motivacional, que evite la penalización, el juicio moral y la confrontación. Se tendrán en cuenta factores como la proximidad, los horarios, se facilitará el cuidado de los y las menores durante el trabajo individual y grupal, dado el poco apoyo con el que cuentan en muchas ocasiones. Se conocerá la historia de relaciones en el entorno familiar (conflictos pasados o existentes para el cuidado de los y las menores con figuras del entorno familiar), social (posibles apoyos), e institucional, dadas las frecuentes dificultades de acercamiento a la red (rechazo a tratamientos por experiencias previas).
- **Modelo de competencias parentales:** Parentalidad entendida como las actividades desarrolladas por los padres y madres para cuidar y educar a sus hijos e hijas, al tiempo que promover su socialización. Tiene que ver con las actitudes y la forma de interactuar en las relaciones paterno/materno filiales y no con la estructura o composición familiar. Cada persona tiene una predisposición para poder ejercer de padre o madre, siguiendo unos modelos o patrones que seguramente ha vivido durante su infancia y o adolescencia. Estos patrones deben permitir a la familia ejercer unas funciones en relación con los hijos e hijas:



- Asegurar su supervivencia y su crecimiento sano.
- Aportarles el clima afectivo y de apoyo emocional necesario para desarrollarse psicológicamente de forma sana.
- Aportarles la estimulación que les dote de capacidad para relacionarse de forma competente con su entorno físico y social.
- Tomar decisiones respecto a la apertura hacia otros contextos educativos que compartirán con la familia la tarea educativa y socializadora del y la menor. Entre todos estos contextos destaca especialmente la escuela.

Las competencias parentales están asociadas a la **parentalidad social**, pudiendo ser desarrolladas por personas adultas significativas aun no siendo progenitores.



■ J.R.S.

**“LA PROTECCIÓN DE LOS Y LAS MENORES, MAYOR BIEN DE NUESTRA SOCIEDAD, ES LABOR DE TODOS Y TODAS Y NO SOLO RESPONSABILIDAD DE SUS PADRES Y MADRES”**

### OBJETIVOS

- Mejorar las competencias parentales en mujeres a tratamiento, así como favorecer el desarrollo y crecimiento de sus hijos e hijas, y mejorar la relación y la comunicación entre madres e hijos e hijas.
- Prevenir situaciones de vulnerabilidad social.
- Favorecer un mejor concepto de la mujer hacia sí misma.
- Participar en un espacio de buen trato y cuidado.
- Mejorar red de apoyo de la mujer y de su sistema familiar, y dotar de recursos para solicitar ayuda futura en caso de ser necesaria.

### METODOLOGÍA

La intervención estará centrada en el bienestar de hijos e hijas, diferenciándose del tratamiento de adicciones. Podrá ser: Formativa (información, asesoramiento, prevención de problemas, destrezas para rol de madre), y Terapéutica (cuando existan problemáticas que dificulten o imposibiliten desarrollar un rol materno que garantice el bienestar de los niños y niñas). Las intervenciones se centrarán en la enseñanza directa de competencias sociales, cognitivas y sobre todo emocionales.

Tras derivación se harán entrevistas individuales y se participará en dinámica grupal. Se podrán realizar entrevistas con otras personas del entorno familiar, social o de la red: menor, figuras significativas, tanto para ayudar a entender o superar vivencias del pasado, como para la construcción de relaciones de apoyo orientadas al futuro. Coordinación con recursos de la red si fuese pertinente, con el acuerdo de la madre.

Espacio lúdico educativo que sirva de apoyo a menores, que favorezca la asistencia a la actividad de las madres.

Evaluación final y continua por parte del equipo.

COMPETENCIAS PARENTALES	
CAPACIDADES PARENTALES	HABILIDADES PARENTALES
Capacidad de apego	Función nutricional
Empatía	Función socializadora
Modelos de crianza	Función educativa
Capacidad de participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios	Asegurar necesidades de protección
	Promocionar la resiliencia

### BIBLIOGRAFÍA

- Barudy, J.; Dantagnan, M. (2005), Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Gedisa. Barcelona.
- Barudy, J.; Dantagnan, M. (2010), Los desafíos invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Gedisa. Barcelona.
- Manual de Apoyo para la Formación de Competencias Parentales. Programa Abriendo Caminos Chile Solidario. Gobierno de Chile. Mideplan. 2009



MESA

3

> REDUCCIÓN DEL DAÑO

3.3.

## ESPAI ARIADNA: VIOLENCIA DE GÉNERO Y ADICCIONES. CLAVES DE INTERVENCIÓN CON MUJERES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Alicia Salamanca Fernández  
Directora Espai Ariadna

*Actuar es aportar algo propio al mundo.*

Simone de Beauvoir

### INTRODUCCIÓN

Las primeras investigaciones que vinculaban el consumo de alcohol/drogas y la violencia de género fueron estudios realizados por la OMS: Project Genacis, 2004, donde conclúan:

- Las víctimas que beben o abusan del alcohol registran unos niveles de victimización a manos de su pareja del 7,4%, tres veces mayor al de las personas abstinentes (2,1%).

Según la nota descriptiva de la OMS, Violencia infligida por la pareja y alcohol (2006):

- Ser víctima de la violencia en una relación puede conducir a beber alcohol como método de afrontamiento o por automedicación.
- Los/las niños/as que son testigos de acciones o amenazas de violencia entre los padres tienen más probabilidades de inicio al consumo nocivo de alcohol a edades más tempranas.
- Shipway (2004) concluye que las mujeres víctimas de violencia de pareja, son quince veces más proclives a abusar del alcohol. Shipway (2004) concluye que las mujeres víctimas de violencia de pareja son nueve veces más proclives a abusar otras drogas en comparación con las que no han sufrido violencia de pareja.





• C.E.

### ESPAI ARIADNA.

## RECURSO ÚNICO, PIONERO E INNOVADOR PARA ABORDAR PROBLEMÁTICAS Y NECESIDADES REALES DE LAS MUJERES, SUS HIJAS E HIJOS.

Espai Ariadna nace de los miles de debates en torno a la necesidad de dar respuesta a realidades que las y los profesionales nos encontrábamos, tanto en la Red de Atención a Violencias como en la Red de Atención a las Drogodependencias.

Teníamos claras varias premisas, entre ellas, que las mujeres tienen derecho a poder acceder a recursos de acogida para protegerse y recuperarse de la violencia de género recibida y además tener la oportunidad de realizar un tratamiento o proceso de recuperación frente al uso o abuso de sustancias.

Teníamos otra premisa y no menos importante, abordar las adicciones desde una perspectiva de género global y concentrada para empoderar a las mujeres acompañadas por sus hijas e hijos, estas mujeres que usan sustancias, la gran parte de ellas víctimas de violencias por parte de sus familias, parejas, amigos y conocidos, sin olvidarnos de las instituciones que también reproducen su parte de violencia institucional, con políticas de drogas no inclusivas y falta de transversalidad en sus programas y proyectos.

**“Espai Ariadna es un servicio residencial para mujeres supervivientes de violencias machistas que presentan un consumo problemático de sustancias en el presente o en el pasado, el recurso está adaptado para ser acogidas con sus hijos e hijas”**

Espai Ariadna es un servicio residencial para mujeres supervivientes de violencias machistas que presentan un consumo problemático de sustancias en el presente o en el pasado, el recurso está adaptado para ser acogidas con sus hijos e hijas. Las familias atendidas requieren de un espacio de intervención integral donde se aborde la problemática desde la interseccionalidad que las atraviesa. Es un dispositivo de carácter confidencial, en funcionamiento las 24 horas, los 365 días del año, donde se ofrece:

- Un espacio residencial seguro para las mujeres y sus hijas e hijos.
- Facilitar la toma de conciencia y motivación para el cambio de la situación global de las mujeres atendidas, tratando las problemáticas de manera simultánea.
- Proporcionar herramientas necesarias y acompañar en el proceso de recuperación integral a nivel biopsicosocial y educativamente.
- Proporcionar atención a la infancia y adolescencia atendida, visibilizándola como personas que también necesitan una atención específica para su recuperación.
- Ser un servicio conector entre las redes y equipos

profesionales de atención a las mujeres, drogodependencias, salud mental, inserción socio-laboral y vivienda.

- Abordar la multifactorialidad desde la Perspectiva de Género (PG) y la Atención Centrada en la Persona (ACP), con la visión de la mujer como superviviente y protagonista de su vida, como también en la toma de decisiones y la manera de hacer su tratamiento y proceso de recuperación.

Espai Ariadna supone un avance a la hora de flexibilizar barreras que se encuentran las mujeres que usan drogas, teniendo en cuenta que la deshabituación se hace durante los primeros meses, hay mujeres para las que mantener la abstinencia no es una opción y deciden abandonar el Espai Ariadna, o retornar con el agresor, que es la persona principal que le proporciona y facilita la sustancia y el consumo.

Teniendo en cuenta aquellas mujeres que se quedaban en el camino de una recuperación, se consideraba primordial crear un espacio de reducción del daño exclusivo para mujeres, posibilitando una entrada directa e inmediata, ofreciendo propuestas flexibles e individualizadas. En este punto de partida nace, *Metzineres: Entorno de cobijo para mujeres que usan drogas y sobreviven a violencias*.





## XX Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

Tiene como objetivos:

- Estabilizar, disminuir o abandonar el consumo de sustancias, reduciendo los daños y riesgos asociados.
- Tratar el trauma derivado de las múltiples violencias al proporcionar herramientas para evitar futuras situaciones.
- Recuperar vínculos sociales y familiares reforzando sus redes de soporte.
- Proveer de autonomía, autosuficiencia económica y seguridad, facilitando necesidades básicas de alimentación, formación, trabajo y ocio y tiempo libre saludable.
- Reducir los prejuicios, estigmas y discriminación que recaen sobre las mujeres que usan drogas y de manera específica aquellas mujeres que sobreviven a situaciones de violencia diaria.

En este momento, el trabajo principal se hace a nivel ambulatorio con horario diario flexible y como espacio de amplia gama en las opciones de cuidado, soporte, formación, intercambio de conocimientos, autodefensa feminista y recuperación en general. Es un lugar donde se potencia la incidencia técnica y política de las mujeres participantes.

- Actualmente se cubren circuitos de actividades formativas y ocupacionales, culturales y de ocio saludable.
- Se cubren necesidades básicas de alimentación, transporte, ropa e higiene personal.
- Se llevan a cabo talleres de estrategias de superación personal. Mediante la activación de estrategias de comunicación innovadoras y creativas.
- Acompañamientos: a nivel de salud, social, laboral y judicial.

Metzineres se encuentra en un momento de crecimiento continuo y para ello hay en mente otros dos proyectos dentro del mismo, como es un entorno productivo para la incorporación de tecnologías de la información y comunicación e impulsar lugares de trabajo flexible que genere ingresos económicos. Además de la posibilidad de crear un espacio residencial estable y adecuado a las necesidades planteadas por las mujeres que actualmente habitan Metzineres.

**“ESPAI ARIADNA SUPONE UN AVANCE A LA HORA DE FLEXIBILIZAR BARRERAS QUE SE ENCUENTRAN LAS MUJERES QUE USAN DROGAS”**

### BIBLIOGRAFÍA

- Altell, G. (2011) *Intervención específica con mujeres drogodependientes que sufren violencia en la pareja*. En ciclo de debates sobre violencia familiar. Barcelona: IL3-COPC.
- Martínez Redondo, Patricia. (2009). *Extrañándonos de lo normal*, Madrid. H y Horas.
- Romo Avilés, Nuria *Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres*. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Monografías nº 5 Uso de Drogas y Drogodependencias, año 2004.
- Urbano Aljama, Aurora y Arostegi Santamaría, Elisabete. *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Instituto Deusto de Drogodependencias, 2004.



# > Talleres



1

**INTERVENCIÓN CON HOMBRES  
CON PERSPECTIVA DE GÉNERO**

2

**ADICCIONES Y PERSPECTIVA DE  
GÉNERO: MANDATOS DE GÉNERO  
COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO**

3

**CLAVES PARA LA INTRODUCCIÓN  
DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO  
EN EL TRABAJO CON ADICCIONES**

4

**ADICCIONES Y MALTRATO  
EN LA PAREJA COMO MANIFESTACIÓN  
DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO:  
COMPRENDIENDO LAS SECUELAS  
EN LAS VÍCTIMAS DE ESTA  
MULTIPROBLEMÁTICA**

1

# INTERVENCIÓN CON HOMBRES CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

*Una de las mayores fuerzas que mueven al mundo en nuestra época es la revolución de la igualdad.*

Barbara Ward

Rafael Soto González

Trabajador social.  
Experto en drogodependencias.  
Socio de Asociación de Hombres por la Igualdad de Género AHIGE

## I. GÉNERO Y FEMINISMO

*Son los roles y no el género lo que define a los hombres.*

Raewyn Connell



Hace unas semanas impartía con Elena G. Herrera una formación relacionada con la temática que da título a este artículo. El punto de partida era una pregunta que habíamos facilitado al grupo una semana antes: “¿Cuál es tu motivación para realizar esta formación?”.

Quienes participaban trabajaban prioritariamente con varones en diferentes ámbitos: salud, educación, adicciones, menores infractores, inmigración, etc., y todas las respuestas a nuestra pregunta preliminar aludían a la utilidad que los conocimientos y metodologías que compartiéramos podían aportar a su práctica profesional. El argumento más común es que tenían que afrontar de forma cotidiana el machismo de los usuarios, incluso reconocían que los estereotipos de género influían en el tipo de problemática que presentaban en la demanda, y en las dificultades para resolverlas.

Nos llamó la atención que en ningún caso hacían alusión a su (nuestra) socialización de género, su (nuestro) machismo y las dificultades que los estereotipos de género – los que aprendimos – suponen para la tarea con los varones (y para la vida personal). Tampoco se hacía referencia al principio de organización social donde todo esto se propicia: el Patriarcado.

Quizás encontremos explicación a estas respuestas en la hipertrofia de las primeras acepciones de *profesional* (según la RAE): “que ejerce una profesión... que practica habitualmente una actividad, incluso delictiva, de la cual vive”, que eclipsan otras definiciones de *profesar*, que consiste en: “...creer en algo, experimentar interés o cariño por ciertas cuestiones y en inclinarse voluntariamente hacia una idea o un valor”.

Estas definiciones no están enfrentadas sino que son facetas de una misma realidad. “Lo personal es político”, declaraba Carol Hanisch.

“En Ahige recogemos esta propuesta de Hanisch y mantenemos tres líneas de búsqueda y actuación: la línea del cambio personal, la línea del activismo social y la línea técnico-profesional”



En Ahige (Asociación de hombres por la igualdad de género) recogemos esta propuesta de Hanisch y mantenemos tres líneas de búsqueda y actuación: la línea del cambio personal, que reflejamos en el primer lema “Todo hombre es una revolución interior pendiente”; la línea del activismo social, que cuestiona el sistema patriarcal, donde la mujer se lleva la peor parte y que también afecta gravemente a los varones; y la línea técnico-profesional, con proyectos que desarrollamos en diferentes ámbitos enfocados a la incorporación del hombre a la construcción de una sociedad igualitaria y libre de violencia.

Recordar que la perspectiva de género es un análisis feminista de la realidad nos previene de su aplicación *light*. La profesionalidad bien entendida rehúye convertir el género en algo aparentemente neutro, apolítico, naif y, paradójicamente, patologizador, al igual que, en otras áreas de la acción social, no entiende que la injusticia norte-sur sea un problema de papeles, la violencia cosa de cuatro monstruos, o el alcoholismo un vicio que hay que combatir en las casas de templanza.

## 2. SER HOMBRE

*La masculinidad es como una cebolla.  
Hace llorar y no hay nada debajo.*

O. Guasch

Los hombres son el 95% de los homicidas del mundo y en España constituyen el 92% de la población reclusa, el 80 % de las personas sin hogar, el 75% de los suicidios y el 87% de los abusadores de menores. Ser varón puede ser considerado un factor de riesgo aunque sería más correcto decir que el riesgo es haber sido educados de forma sexista, binaria, machista, etc. También en las adicciones: según el Observatorio de la Asociación Proyecto Hombre, en 2016 el 84% de las personas atendidas fueron varones.

A los hombres, como a las mujeres, la socialización de género nos marca una forma limitada de percibirnos y de percibir la realidad que nos rodea, y es terriblemente difícil desidentificarnos y dejar de confundir la realidad con nuestra forma de percibirla. “Es más fácil engañar a la gente, que convencerlos de que han sido engañados”, decía Mark Twain.

El *modelo de fuerza* es el que engloba el conjunto de roles de la masculinidad tradicional - Sergio Sinay resume estos roles en el Productor, el Proveedor, Protector y Potente - y se manifiesta a través de unos mandatos, por ejemplo: sé fuerte, no necesitas ayuda, ejerce el poder y control, sé razonable y no emotivo (sentir y expresar de forma selectiva y particular)... ¡no seas una mujer!

Dentro del modelo hegemónico de masculinidad también tenemos referencias al uso y abuso de sustancias: “Soberano es cosa de hombres”, el hombre *sabe* beber, bebe como un hombre... han sido durante muchos años algunos ejemplos de la identificación de la masculinidad con el consumo de alcohol, aunque ahora se aprecie la feminización del consumo. *Arriésgate* es el mandato para los hombres que propone saltar la barrera de la legalidad para acceder a las sustancias ilegales; *Sé fuerte*, el que impulsa a buscar las sustancias desensibilizadoras; y *Trabaja*, el de las estimulantes. Las sustancias – y también los escenarios – adictivos aparecen para compensar la escasa y sesgada educación emocional de los varones, como la vigorexia es la expresión corporal del modelo de fuerza o la adicción al sexo o a la pornografía pueden relacionarse en muchas ocasiones con el tópico “el hombre tiene sus necesidades”.

**“A LOS HOMBRES,  
COMO A LAS MUJERES,  
LA SOCIALIZACIÓN  
DE GÉNERO NOS MARCA  
UNA FORMA LIMITADA DE  
PERCIBIRNOS Y DE PERCIBIR  
LA REALIDAD QUE NOS  
RODEA, Y ES TERRIBLEMENTE  
DIFÍCIL DESIDENTIFICARNOS  
Y DEJAR DE CONFUNDIR  
LA REALIDAD CON NUESTRA  
FORMA DE PERCIBIRLA”**





Proyecto Hombre Sevilla (N.L.)

### 3. ¿QUÉ INTERVENCIÓN?

*No es signo de buena salud el estar bien adaptado a una sociedad profundamente enferma.*

Jiddu Krishnamurti

La intervención con hombres con perspectiva de género implica trabajar las adicciones considerando su relación con los modelos culturales que nos reservan a los hombres.

Por otra parte, la crisis de la adicción nos ofrece una oportunidad para desafiar los mandatos de la masculinidad tóxica, como ocurre en otras situaciones como el desempleo, la enfermedad, la separación, etc.

El enfoque de intervención de las Nuevas Masculinidades propone:

- Cuestionar los modelos dicotómicos pasados y ampliar nuevos referentes y perspectivas menos limitantes que liberen la potencialidad de la persona.
- Posibilitar las relaciones de igualdad en la pareja a partir de la corresponsabilidad doméstica y la sexualidad respetuosa.
- Un trabajo dirigido a la alfabetización emocional y al fomento de las habilidades de la comunicación y la empatía.
- Construir una autoestima sana que no se base en el poder o el control sobre la mujer, ni tampoco en la dependencia o el miedo sino en el autoconocimiento y aceptación.
- Educar para la Paternidad Responsable como apertura al mundo de los cuidados de las personas.
- Potenciar nuevos estilos de relación con los otros hombres, transformando la competencia en cordialidad y cooperación. Generar nuevas pertenencias.

- Superar la homofobia.
- Aprender a cuidarse y a ser autónomo.
- Promocionar la Noviolencia a través de la consideración del conflicto en positivo y el aprendizaje de la negociación entre iguales.

Finalmente, con todo lo anterior, la intervención con varones se convierte en una oportunidad de prevenir, detectar y actuar contra la violencia de género contribuyendo a la seguridad de las mujeres y a la incorporación de los hombres a posiciones igualitarias.



### BIBLIOGRAFÍA

- Cantos Vicent, R et al. Hombres, mujeres y drogodependencias. Fundación Atenea
- Bergara, A, Riviere, J, Bacete, R. Los hombres, la igualdad y nuevas masculinidades. Emakunde, Instituto vasco de la mujer. Vitoria-Gasteiz, 2008
- <http://www.michaelkaufman.com/wp-content/uploads/2009/01/kaufman-las-siete-ps-de-la-violencia-de-los-hombres-spanish.pdf>
- <http://www.sergiosinay.com/>
- Las ilustraciones pertenecen a la Exposición Homocircus, del Macho al Hombre en Construcción, de Ahige. [https://www.youtube.com/watch?v=s\\_dIZ9YSsEQ](https://www.youtube.com/watch?v=s_dIZ9YSsEQ).

2

## ADICCIONES Y PERSPECTIVA DE GÉNERO: MANDATOS DE GÉNERO COMO HERRAMIENTA DE TRABAJO

Raquel Cantos Vicent

Consultora de Investigación del  
Dpto. de Investigación y Conocimiento  
de Fundación Atenea

“Merece la pena detenerse y preguntarse por qué. ¿Por qué hay más hombres con problemas de consumo de drogas y adicciones? ¿Por qué los recursos no están adaptados a las necesidades de las mujeres?”

Si una observa el panorama de las adicciones y las drogodependencias desde cierta distancia, con la extrañeza de quien mira por primera vez, descubre, por un lado, que **el número de hombres con consumo problemático de drogas es muy superior al de mujeres**. Los datos arrojados por el Informe del Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías de 2017, muestran que el porcentaje de mujeres admitidas a tratamiento por problemas de consumo de drogas durante el 2015, supuso el 16,1 % del total de las personas admitidas. Diversos estudios destacan la existencia, para ellas, de barreras de acceso a los recursos de atención, lo que demuestra que no están todas las que son. Sin embargo, aunque salváramos estos obstáculos de acceso, el mundo de las drogodependencias y las adicciones seguiría siendo principalmente masculino.

Por otro lado, emerge la **invisibilidad de las mujeres con esta problemática**. Al ser considerado una problemática masculina, las realidades y necesidades específicas de las mujeres en esta situación no son tenidas en cuenta, lo que genera recursos de prevención y atención poco o nada adaptados a la realidad de las mujeres. Algunas de las principales consecuencias de este hecho, son que las mujeres llegan mucho más deterioradas a los recursos, tienen un peor pronóstico, menores índices de permanencia y adherencia o que son vistas como elementos disruptivos de la cotidianidad del proceso terapéutico. Un claro ejemplo del escaso conocimiento sobre la realidad de las mujeres con consumo problemático de drogas lo encontramos en la falta de recursos que trabajen esta problemática junto a la de violencia de género. La violencia de género es un problema social, producto de una sociedad patriarcal de la que todas las mujeres somos víctimas de una u otra forma. Dada la mayor vulnerabilidad de las mujeres con adicciones, la probabilidad de que sufran altos niveles de violencia de género se multiplica.

De hecho, son varios los estudios que advierten que uno y otro problema suelen darse al tiempo, siendo necesario trabajar ambos para obtener resultados óptimos. Sin embargo, la falta de recursos que trabajen las dos problemáticas es alarmante y las mujeres que sufren ambas situaciones pasan de un recurso específico a otro sin resolver ninguna.

Ante estos hechos constatados, merece la pena detenerse y preguntarse por qué. ¿Por qué hay más hombres con problemas de consumo de drogas y adicciones? ¿Por qué los recursos no están adaptados a las necesidades de las mujeres?

Resulta tentador responder que las mujeres están invisibilizadas por la aplastante mayoría que suponen los casos de hombres con problemas de adicción, y que esta alta proporción tiene que ver con factores biológicos y heredados. Sin embargo, la influencia de los factores sociales y culturales en el campo de las adicciones está más que probado y parece lógico afirmar que los factores culturales y sociales asociados al género, juegan un papel fundamental en este caso.

Si aceptamos este hecho, **incorporar la mirada de género** a la prevención y la atención de las adicciones, se convierte en un requisito fundamental. Se lograrán recursos más adaptados a la realidad de las mujeres, así como mejores resultados de prevención y atención con ellas, pero también mejores resultados con los hombres (identificar cómo el género influye en el consumo de los hombres, permitirá mejorar la intervención y la prevención también con ellos).

De hecho, la incorporación del enfoque feminista está justificado desde el momento en que entendemos que *“vivimos en una sociedad cuyo modelo de organización social está basado en la jerarquización de unas personas sobre otras en función de diferentes criterios, como el sexo, la clase social, la etnicidad o las capacidades físicas e intelectuales”* (R. Cantos 2016).

En este sentido, el género constituye el modelo de organización social que no solo diferencia a hombres y a mujeres, sino que coloca a las mujeres y lo femenino sistemáticamente por debajo de los hombres y lo masculino, dando lugar a importantes desigualdades y puntos de partida de desventaja social para ellas. Además, dado que lo valorado socialmente es lo masculino, el hombre y la masculinidad se convierten en la medida universal de la normalidad, dando lugar al androcentrismo que explica la invisibilidad de las mujeres, no solo en el campo de las adicciones.

Incorporar el enfoque de género es, por tanto, de un acto de responsabilidad social (luchar por la igualdad de oportunidades y derechos entre hombres y mujeres) y de responsabilidad profesional (lograr resultados mejores para las mujeres y los hombres).

La perspectiva feminista supone aprender a mirar la realidad de las drogodependencias y adicciones desde un lugar nuevo, tratando de identificar y explicar las principales diferencias, especificidades y desigualdades entre hombres y mujeres en este ámbito. Para llevar a cabo este cometido, son imprescindibles dos cuestiones: desagregar los datos por sexos y explicarlos desde la teoría de género (aquella que explica la realidad desde los condicionantes sociales y culturales asociados al género). El conocimiento de los **mandatos de género** resulta de utilidad para analizar y comprender la realidad desde la perspectiva de género.

Los mandatos de género, son aquellos mensajes sociales que describen la imagen ideal de hombre y de mujer. Describen la forma correcta e incorrecta de estar en el mundo en función del sexo asignado al nacer. Podemos imaginarlo como una especie de *check-list* cuyo cumplimiento demuestra que eres un hombre o que eres una mujer. Aunque hombres y mujeres no siempre reproducimos los mandatos de género, sí los recibimos, nos atraviesan e influyen en nuestras respuestas y estilos de vida. Calan en cada persona de una forma casi "natural", sin ser apenas percibidos, e influyen en nuestra forma de vivir, sentir y pensar.

Un reciente estudio de la Fundación Atenea (Cantos Vicent, Raquel. Hombres, mujeres y drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Fundación Atenea, 2017) identifica y explica estos mandatos de género, proponiéndolos como una herramienta útil para interpretar las principales diferencias, desigualdades y especificidades entre hombres y mujeres en el consumo problemático de drogas.

A modo de esquema, presentamos los principales mandatos de género descritos en este estudio.



Conocer y manejar estos mandatos permitirá diseñar y ejecutar, de una forma más integral y comprehensiva, estrategias de atención y prevención de adicciones y drogodependencias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arostegi Santa María, Elisabete y Urbano Aljama, Aurora. *La mujer drogodependiente especificidad de género y factores asociados*. 2004.
- Bergara, Ander, Riviere, Josetxu y Bacete, Ritxar. *Los hombres, la igualdad y nuevas masculinidades*. Emakunde, Instituto vasco de la Mujer. Vitoria-Gasteiz, 2008.
- Cantos Vicent, Raquel. *Hombres, mujeres y drogodependencias: Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación Atenea, 2017.
- Castaños, Mónica, Meneses, Carmen, Palop, Mercedes, Rodríguez, Mercedes y Tubert, Silvia. *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.
- López y Segarra, José Francisco, Jiménez Sánchez, Antonio, Martínez Redondo, Patricia y Lores Peña, Jordi. *Masculinidad y adicciones centros día: I y II Guía metodológica para trabajar en centros de día de adicciones*. ASECEDI, 2009.
- Martínez Redondo, Patricia. *Extrañándonos de lo 'normal': Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Horas y horas, 2009.
- Romo Avilés, Nuria. *Género y uso de drogas. La invisibilidad de las mujeres*. Monografía Humanitas. Barcelona, Fundación Medicina y Humanidades Médica, volumen 5. 2006.
- Romo Avilés, Nuria. *La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas*. Revista Española de Drogodependencias. Valencia, 2010.
- Vilches, Carlos y Rekalde, Ángel. *Drogas de ocio y Perspectiva de Género en la CAV*. Servicio central de publicaciones del gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 2005.



3

## CLAVES PARA LA INTRODUCCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL TRABAJO CON ADICCIONES



• Proyecto Hombre Barcelona (N.L.)

*Objetividad es el nombre que se le da en la sociedad patriarcal a la subjetividad masculina.*

Adrienne Rich (1979)

Patricia Martínez Redondo  
Educativa Social y Antropóloga,  
experta en género y drogas

Hablar de género en la intervención en adicciones (desde la prevención a la reducción de daños, pasando por el tratamiento), como en cualquier otro ámbito, empieza por aclarar dicho concepto y otras nociones relacionadas, desarrolladas por las teorías feministas desde múltiples disciplinas (sociología, psicología, antropología, economía, medicina, etc.).

Básicamente, se suele acceder a la definición del género como el conjunto de lecturas socioculturales a partir de un dato entendido como "biológico": 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, que es consecuencia de la minusvaloración de un género (el femenino) frente al otro (el masculino): el sistema sexo/ género<sup>2</sup> nos revela el género como principio de organización social con un marcado carácter jerárquico. Define elaboraciones socioculturales que no son innatas sino construidas y, por ende, modificables (importante cuestión en nuestra labor de intervención); va variando en el tiempo, pero sigue designando dos modelos de socialización dicotómicos y naturalizados en que las personas nos movemos en

1 Siguiendo los trabajos de la bióloga Anne Fausto-Sterling, el sexo no dejaría de ser otra lectura socio-cultural, otra categoría de estratificación social unida indefectiblemente al género, y no un dato biológico ajeno-previo a la decisión-experiencia humana. Para una mayor profundidad de esta teoría: Fausto-Sterling, Anne (2006).  
2 La teoría del sistema sexo-género fue desarrollada por Gayle Rubin en 1975 y es esencial para explicar la discriminación que sufrimos las mujeres en nuestra sociedad.



función del cuerpo que habitamos: se convierte en una especie de exigencia tanto social como interna (genera identidad), y toda persona que se sale del marco normativo genérico, recibe de una u otra forma sanciones o presiones. Hablar de género es hablar de un sistema de relación entre esos sexos definidos: hombres y mujeres, en una concepción dicotómica de la realidad y las posibilidades del ser humano en dos pares opuestos/complementarios<sup>3</sup>. Así pues:

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 (no es lo mismo el contenido de género asociado a nuestra abuelas y abuelos, por ejemplo, que el asociado actualmente). Sin embargo, sus bases son: la dicotomía 'hombre-mujer' (estableciéndola como algo natural y con la heterosexualidad<sup>4</sup> como sistema también naturalizado de organización del deseo), y que conlleva la subordinación y minusvaloración de lo asociado al género femenino - las mujeres.

El género vendría a actuar como una fuerza de exclusión de las mujeres frente a los hombres. Sin embargo, no podemos obviar que las mujeres no somos un grupo homogéneo, y estamos a su vez atravesadas por otras categorías de estratificación social como puedan ser la edad, el color de la piel - etnia - procedencia, la orientación sexual, si somos cis o trans, la clase socioeconómica, etc. Son sistemas de opresión y privilegios en los que estamos insertas, y que aparte de producir jerarquías entre nosotras, también pueden colocarnos en clara situación de ventaja social (entendida como oportunidades, acceso a recursos, derechos, etc.) frente a algunos hombres (véase por ejemplo la clase, o el color de piel).

Otra cuestión imprescindible para hablar del género en nuestra sociedad es que pone de relieve la invisibilidad de las mujeres y lo asociado a lo femenino. Las personas estamos inmersas en el saber androcéntrico, que presupone la experiencia masculina como la universal y deja de lado o minusvalora los saberes y aportaciones de la experiencia femenina. Las mujeres, las "otras", aparecemos así definidas por nuestra negatividad, esto es, por la exclusión comparativa con el elemento supuestamente neutral, no marcado. Así lo femenino se entiende como lo específico, lo particular, frente al pretendido universalismo del uno masculino. En la atención e investigación sobre las adicciones, como en otros ámbitos, estamos en un proceso en el que se ha pasado de la invisibilización de las mujeres a su esencialización: hablar de mujeres no garantiza que se aplique la perspectiva de género → las mujeres y sus experiencias son presentadas como "lo otro", y los hombres y sus experiencias como referencia de "la norma(lidad)".

La mera división de papeles en base al sexo podría suponernos o no un problema, pero la cuestión es que esa división, esa diferencia, implica una jerarquía que tiene consecuencias en todas las esferas de la vida de las personas, varones, mujeres y toda persona que se escape o trate de escapar a esta dicotomía. No existe ningún tema neutro que no pueda analizarse desde el prisma del sistema sexo/ género...



• C.E.

## “UNA CUESTIÓN IMPRESCINDIBLE PARA HABLAR DEL GÉNERO EN NUESTRA SOCIEDAD ES QUE PONE DE RELIEVE LA INVISIBILIDAD DE LAS MUJERES Y LO ASOCIADO A LO FEMENINO”

Generalmente se emplea el término 'género' como sinónimo de 'sexo'<sup>5</sup>, y se abordan como características dadas las diferencias percibidas en las adicciones de hombres y mujeres. La perspectiva de género ofrece todo un cuerpo teórico para poder examinar el consumo de drogas, las drogodependencias y adicciones comportamentales sin sustancia, introduciendo cuestiones que pueden ofrecer un referente para al análisis de esas diferencias percibidas. Así pues, se trata de un marco analítico y comprensivo, que va más allá de la "descripción" de la "realidad"; permite hacer un mejor diagnóstico de la realidad, así como diseñar intervenciones estratégicas que tengan en cuenta este factor. Cuando se habla de enfoque o perspectiva de género nos referimos a la incorporación de las herramientas necesarias para visibilizar los efectos del género en nuestra sociedad y en las personas, en los procesos macro y en los micro, en una retroalimentación e interrelación constante de los mismos.

<sup>5</sup> En su acepción tradicional como "realidad biológica dada", no en la acepción propuesta por Anne Fausto-Sterling.

<sup>3</sup> Volviendo a la interesante tesis y propuesta de Fausto-Sterling el sexo-la anatomía sexual humana- es un 'continuum' que va más allá de los dos sexos establecidos como naturales-normales.

<sup>4</sup> La heterosexualidad es entendida como lo natural-lo normal, y todo lo demás es aquello que se considera enfermedad (aún), se tolera, o se considera cuestión de derechos. Nuestro enfoque, que no podemos exponer en profundidad en estas breves páginas, apostaría por la ruptura de la dicotomía de género, así como de la heterosexualidad como referente de normalidad- natural, en una afirmación de la amplia diversidad humana más allá de hombre/mujer - masculino/femenino. Además, la heterosexualidad funciona también como sistema de subordinación de las mujeres / lo femenino, colocándonos, y a toda persona asimilada a "lo femenino", como lo agredible, vulnerable, pasivo, etc. en un eje de respetabilidad-no respetabilidad / estrecha - puta, zorra.

## XX Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

Aplicar la perspectiva de género en adicciones supone identificar qué afecta a los varones y a las mujeres que acuden (o no) a nuestros centros y recursos precisamente por el hecho de ser varones o ser mujeres (como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad) en esta sociedad, entendiendo cómo afecta eso en sus procesos de adicción, en su día a día, en su motivación para el consumo, en el mantenimiento o abandono del mismo, qué sustancias se eligen, qué tipo de problemáticas con el juego desarrollan, etc.

Para terminar quisiera añadir varias recomendaciones básicas<sup>6</sup> si queremos aplicar un enfoque de género en nuestra intervención en adicciones:

- Debemos desagregar los datos por sexos. Siempre y en todos los datos que recojamos-observemos, así como en los enunciados que se deriven de la lectura de dichos datos.
- Desagregar los datos por sexos no es hablar de género. El género es una categoría que implica tener en cuenta

<sup>6</sup> Pueden ser consultadas para su ampliación en Martínez Redondo, Patricia (2016) Capítulo 4: "Profesionales y formación en perspectiva de género: un reto pendiente" en *Perspectiva de Género en la Intervención en Drogodependencias. Prevención, asistencia, formación e investigación*. Edición a cargo de Elisabete Arostegui. Instituto Deusto de Drogodependencias. Bilbao

el porqué de las diferencias percibidas, la compleja relación entre el sistema social, los valores y la identidad y subjetividad de cada persona. Ofrece claves explicativas que pueden producir una mejora en nuestra acción. No podemos sustituir una expresión por otra.

- La perspectiva de género propone un cambio del sistema. Emplear esta perspectiva para el análisis de la realidad, diseño de proyectos, ejecución y evaluación, lleva implícita y explícitamente la voluntad de cambio de lo que nos rodea, de nosotras mismas y de las personas con las que trabajamos. Es una herramienta que visibiliza la desequivalencia y es una herramienta para la equidad.
- La perspectiva de género no es un tema o punto aparte en un proyecto... porque debe impregnarlo todo. Estrategia dual: conjugar el denominado la Transversalidad del Enfoque de Género con "Acciones concretas" para su desarrollo (con presupuesto suficiente y real).

Para todo esto resulta imprescindible la formación en Teorías y Estudios del Género, tanto como nos hemos formado en otras teorías explicativas del comportamiento humano y social en nuestra intervención.



• Proyecto Hombre Sevilla (N.L.)

### MANUALES Y HERRAMIENTAS DE INTERVENCIÓN RECOMENDADAS

- Álvarez Álvarez, Paloma *Generando Igualdad. Guía para la incorporación del enfoque de género en actuaciones y programas.*, Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz 2001
- Bosch, Esperanza et al, *El Laberinto Patriarcal. Reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres.* Editorial Anthropos, 2006 Barcelona
- Castaños Izquierdo, Mónica et al, *Intervención en Drogodependencias con Enfoque de Género.* Colección Salud nº 10. Instituto de la Mujer, 2007. Madrid
- Martínez Redondo, Patricia. *Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes.* Horas y HORAS la Editorial, 2009
- \_\_\_\_ *Perspectiva de Género Aplicada a las Drogodependencias.* Asociación de Entidades de Centros de Día (ASECEDI). Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Pamplona, 2008.
- \_\_\_\_ et al. *Masculinidad y Adicciones en Centros de Día. Guía Metodológica para trabajar en Centros de Día de Adicciones.* Edita: ASECEDI / Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Navarra. 2009
- Moiras, Sembla, Heliconia, *Con vistas a la Igualdad. Guía Didáctica, Talleres de Igualdad y Educación No Sexista,* Ayuntamiento de Madrid, 2007
- Olmeda Valle, Amparo y Frutos Frutos, Isabel. *Teoría y Análisis de Género. Guía. Metodológica para trabajar con grupos.* Asociación Mujeres Jóvenes, Madrid, 2001
- Platero Méndez, Lucas R. *Trans\*sexualidades. Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos.* Bellaterra editorial, Barcelona, 2014
- Sánchez Sáinz Mercedes et al. *Somos como somos. Deconstruyendo y transformando la escuela.* Editorial Catarata Madrid, 2016

4

## ADICCIONES Y MALTRATO EN LA PAREJA COMO MANIFESTACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO: COMPRENDIENDO LAS SECUELAS EN LAS VÍCTIMAS DE ESTA MULTIPROBLEMÁTICA

*La mejor manera de comprender la violencia que sucede en el hogar es escuchar las descripciones obtenidas de aquellas personas que la han experimentado.*

Lenore Walker

Olga María Barroso Braojos

Experta en Violencia de Género e intervención con Víctimas de Maltrato (adultos y menores). Experta en Apego, Trauma y en la recuperación psicológica tras procesos traumáticos

Quisiera comenzar este capítulo evidenciando que sufrir violencia dentro de una relación de pareja causa un daño en la salud de las mujeres (física y psicológica) muy grave. Y si combinamos la sintomatología derivada de la violencia de género con las secuelas producidas por la adicción, la salud de la mujer presentará una notable y severa afectación.

Labrador (2004) en su libro *Mujeres Víctimas de la Violencia Doméstica* destaca:

“La violencia doméstica es la principal causa de reducción en la calidad de vida, daño y muerte para la mujer y tiene serios efectos secundarios para la familia, la comunidad y la economía.”.

La violencia de género en la pareja causa distintas consecuencias psicológicas en las víctimas. Se calcula (Lorente, M. 2001) que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves.

A nivel general, los cuadros clínicos que aparecen con mayor frecuencia en las víctimas de maltrato en la pareja son la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (Walker 2012). Los síntomas que también aparecen con alta frecuencia son sensación de falta de valía personal, impotencia, tristeza, pérdida de autoestima, sentimientos de culpabilidad, labilidad emocional, fatiga permanente e insomnio.

Además, no solo es un problema muy grave que dañe seriamente la salud, física y psicológica, de mujeres y de niños y niñas, sino que además es un problema que afecta a un número muy alto de mujeres, constituyendo un verdadero problema social.

Recogemos tan solo unos datos más:

- El informe de la encuesta sobre violencia nacional contra la mujer en Estados Unidos (NVAW, National Violence Against Women) indica que casi el 25% de las mujeres encuestadas telefónicamente habían sido violadas, agredidas físicamente por su pareja (marido, compañero) durante su vida.
- En la Macroencuesta de 2011 realizada en España por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) se pone de relieve que el porcentaje de mujeres que en España habían sufrido esta violencia alguna vez en la vida es del **10,9%**, lo que equivale a más de **2.150.000**. Y el **10,1%** del total de los menores de edad residentes en España han estado expuestos a la violencia que su padre ejercía contra su madre.
- En la Macroencuesta de 2015 realizada en España por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad se obtiene que el **10,3%** de las mujeres residentes en España de 16 o más años **ha sufrido violencia física de alguna** pareja o expareja en algún momento de su vida. Que el **8,1%** ha sufrido **violencia sexual de alguna** pareja o expareja en algún momento de su vida. El **25,4%** de las mujeres residentes en España de 16 o más años han sufrido **violencia psicológica de control**. El **21,9%** **violencia psicológica emocional**. Y el **10,8%** **violencia económica** de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida.

## XX Jornadas de la Asociación Proyecto Hombre

En mi experiencia de más de 12 años en la atención directa a víctimas de violencia de género en el ámbito de la pareja en diferentes recursos de la Red de Atención a Víctimas del Ayuntamiento de Madrid y de la Comunidad de Madrid, en relación a las adicciones en las víctimas me he encontrado con dos realidades.

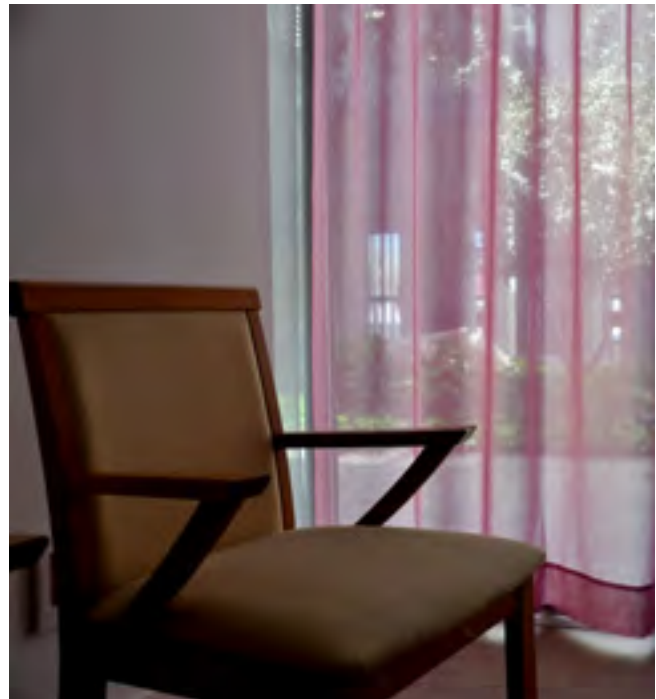
Una, la de las mujeres que, destruidas por los síntomas y secuelas que hemos enunciado genera el maltrato en la pareja, fundamentalmente la depresión, terminaban recurriendo a alguna droga (en mi experiencia clínica lo que más he observado ha sido el que las víctimas recurrieran al alcohol) para aliviar su profunda tristeza. Y otra realidad diferente pero que llevaba al mismo punto, la adicción, la de las mujeres que eran iniciadas en el consumo de cualquier sustancia (esto me lo he encontrado sobre todo con cannabis y con cocaína) por su maltratador, coaccionándolas, engañándolas, presionándolas para que lo hicieran. Tras esta iniciación forzada algunas de las víctimas acababan presentando una adicción y atrapadas por la sustancia y por el maltrato, por dos complejas telas de araña.

Una de las señas de identidad del maltrato es que el hombre, que posteriormente se relaciona de una manera violenta en una relación de pareja, al principio de la relación, durante un tiempo (por corto que sea) se comporta de un modo afectuoso, cariñoso, mostrando a su pareja que sobre ella tiene la intencionalidad de amarla y querer cuidarla, sin emitir ninguna conducta negativa ni agresiva, para, posteriormente, siguiendo un proceso paulatino y, en general lento, instaurar y agravar la violencia que emite contra su pareja. Esta es una de las razones que hace que para las víctimas sea tan complejo poder tomar conciencia de que sufren malos tratos.

Esto lleva a que la mujer, que en ese tiempo sin violencia en la pareja se construye una representación de su maltratador como un hombre bueno que la quiere amar, que tiene una intencionalidad positiva sobre ella, cuando empiecen a aparecer las primeras agresiones sitúe la causa de éstas fuera del agresor. Es decir que piense, "me habrá insultado porque está nervioso, preocupado por sus problemas en el trabajo, porque lleva un día sin consumir, porque ha discutido otra vez con su familia y ésta le ha rechazado".

El agresor, otra de las señas de identidad del maltrato, tiene una especial habilidad para justificar su violencia y, sobre todo, para explicar esta violencia como una reacción ante algún error, fallo, daño que le ha hecho la víctima.

En estas explicaciones al maltrato que se construye la víctima, su adicción le va a jugar una muy mala pasada y, además, va a ser utilizada por el agresor en su contra. Para situarla a ella como una mujer menos valiosa que "tiene la suerte de que él la



• Proyecto Hombre Balears (C.E.)

quiera, porque quién la va a querer si consume..." y para explicar el maltrato. La víctima no podrá ver, fundamentalmente por la manipulación y el abuso que su pareja impone sobre ella, que él es una persona que se relaciona de manera violenta, sino que pensará que ella produce las reacciones agresivas de su pareja, ella que consume, ella que no es capaz de gestionar bien sus problemas, ella que en definitiva falla. La adicción hará que toda la manipulación del agresor sea mucho más creíble, que todas estas explicaciones falsas al maltrato sean mucho más asumibles como ciertas para la víctima. Desmontar estas explicaciones será una de la especificidad de nuestro trabajo en la recuperación psicológica con las mujeres maltratadas y víctimas de adicciones.

**"El maltrato es un problema muy grave que daña seriamente la salud, física y psicológica, de mujeres y de niños y niñas, constituyendo un verdadero problema social"**

### BIBLIOGRAFÍA

- Labrador, F. J., Rincón, P. P., de Luis, P. & Fernández Velasco, R. *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Pirámide, Madrid (2004).
- Lorente Acosta, M. *Mi marido me pega lo normal*. Crítica, Barcelona (2001).
- Walker, L. *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclee (2012).

### LINKS DE INTERÉS

- Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/home.htm>
- Macroencuesta de violencia contra la mujer 2011: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2012/pdf/IV\\_Macroencuesta\\_2011.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2012/pdf/IV_Macroencuesta_2011.pdf)



## > Entidades colaboradoras

Son muchas las entidades implicadas en la labor que desarrollamos en Proyecto Hombre. Desde la Asociación, queremos dedicar este espacio de la revista a agradecer la colaboración de todas ellas.

AENA



FUNDACION TRIODOS



COPERNICO



FREMAP



FUNDACION ACCENTURE



OBRA SOCIAL LA CAIXA



FONDO SOCIAL EUROPEO



UCM



IRPF



MINISTERIO SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD





# LISTADO DE CENTROS

DIRECCIONES DE PROYECTO HOMBRE EN ESPAÑA

## ASOCIACIÓN PROYECTO HOMBRE

C/ Sánchez Díaz, 2  
28027 Madrid  
Tel.: 91 357 1684  
asociacion@proyctohombre.es  
www.proyctohombre.es

## ALICANTE

Partida de Aguamarga, s/n  
03008 Alicante  
Tel.: 965 11 21 25  
Fax: 965 11 27 24  
info@proyctohombrealicante.org  
www.proyctohombrealicante.org

## ALMERÍA

Calle de la Almedina, 32  
04002 Almería  
Tel.: 950 26 61 58  
Fax: 950 27 43 07  
proyctohombrealmeria@proyctohombrealmeria.es  
www.proyctohombrealmeria.blogspot.com

## ASTURIAS

Pza. del Humedal, 5 - Entlo. 2ª  
33207 Gijón  
Tel.: 98 429 36 98  
Fax: 98 429 36 71  
phastur@proyctohombrestur.org  
www.proyctohombrestur.org

## BALEARES

C/ Projecte Home, 6  
07007 Palma de Mallorca (Polígono son Morro)  
Tel.: 971 79 37 50  
Fax: 971 79 37 46  
info@projectehome.com  
www.projectehome.com

## BURGOS

Pedro Poveda Castroverde, 3  
09007 Burgos  
Tel.: 947 48 10 77  
Fax: 947 48 10 78  
proyctohombreburos@sarenet.es  
www.proyctohombreburos.com

## CÁDIZ

C/ Corredera, 25  
11402 Jerez  
Tel.: 956 18 32 74  
Fax: 956 18 32 76  
sede@proyctohombreprovinciacadiz.org  
www.proyctohombreprovinciacadiz.org

## CANARIAS

**TENERIFE**  
Pedro Doblado Claverie, 34  
38010 Ofra - Tenerife  
Tel.: 922 66 10 20  
Fax: 922 66 15 68  
administracion.tfe@proyctohombrecanarias.com

**LAS PALMAS DE GRAN CANARIA**  
C/ Eufemiano Jurado, 5 - Esquina C/ Córdoba  
35016 Las Palmas de Gran Canaria  
Tel.: 928 330 140  
Fax: 928 330 148  
administracion.gc@proyctohombrecanarias.com

## CANTABRIA

Isabel La Católica, 8  
39007 Santander - Cantabria  
Tel.: 942 23 61 06  
Fax: 942 23 61 17  
phcantabria@proyctohombrecantabria.org  
www.proyctohombrecantabria.org

## CASTELLÓN

Avda. Enrique Gimeno, 44  
12006 Castellón  
Tel.: 964 20 52 55  
Fax: 964 25 00 46  
fundación@proyctoamigo.org  
www.proyctoamigo.org

## CASTILLA-LA MANCHA

Bolarque, 3  
19005 Guadalajara  
Tel.: 949 25 35 73  
Fax: 949 25 35 66  
info@phcastillalamancha.es  
www.phcastillalamancha.es

## CATALUÑA

Gran Vía de les Corts Catalanes, 204 bis,  
local 7. 08004 Barcelona  
Tel.: 93 469 32 25  
Fax: 93 469 35 28  
info@projectehome.org  
www.projectehome.org

## CÓRDOBA

Abderramán III, 10  
14006 Córdoba  
Tel.: 957 40 19 09  
Fax: 957 40 19 26  
sede@proyctohombrecordoba.com  
www.proyctohombrecordoba.com

## EXTREMADURA

Coria, 25 Bajo  
10600 Plasencia - Cáceres  
Tel.: 927 42 25 99  
Fax: 927 42 25 99  
phextrem@hotmail.com  
www.conectatealavida.com

## GALICIA

Rúa Cottolengo, 2  
15702 Santiago de Compostela - A Coruña  
Tel.: 981 57 25 24  
Fax: 981 57 36 06  
fmg@proyctohome.org  
www.proyctohome.org

## GRANADA

Santa Paula, 20  
18001 Granada  
Tel.: 958 29 60 27  
Fax: 958 80 51 91  
ph@proyctohombregranada.org  
www.proyctohombregranada.org

## HUELVA

Pabellón de las Acacias. Ctra de Sevilla Km. 636  
21007 Huelva  
Tel.: 959 23 48 56  
Fax: 959 22 77 31  
info@proyctohombrehuelva.es  
www.proyctohombrehuelva.es

## JAÉN

C/ Juan Montilla, 1  
23002 Jaén  
Tels.: 953 24 07 66  
info@proyctohombrejaen.org  
www.proyctohombrejaen.org

## LA RIOJA

Paseo del Prior, 6 (Edif. Salvatorianos)  
26004 Logroño - La Rioja  
Tel.: 941 24 88 77  
Fax: 941 24 86 40  
phrioja@proyctohombrelarioja.es  
www.proyctohombrelarioja.es

## LEÓN

Médicos sin Fronteras, 8  
24411 Fuentes Nuevas. Ponferrada - León  
Tel.: 987 45 51 20  
Fax: 987 45 51 55  
comunicacion@proyctohombreleon.org  
www.proyctohombreleon.org

## MADRID

Martín de los Heros, 68  
28008 Madrid  
Tel.: 91 542 02 71  
Fax: 91 542 46 93  
informacion@proyctohombremadrid.org  
www.proyctohombremadrid.org

## MÁLAGA

Eduardo Carvajal, 4  
29006 Málaga  
Tel.: 952 35 31 20  
Fax: 952 35 32 25  
central@proyctohombremalaga.com  
www.proyctohombremalaga.com

## MURCIA

San Martín de Porres, 7  
30001 Murcia  
Tel.: 968 28 00 34  
Fax: 968 23 23 31  
general@proyctohombremurcia.es  
www.proyctohombremurcia.es

## NAVARRA

Avda. Zaragoza, 23  
31005 Pamplona - Navarra  
Tel.: 948 29 18 65  
Fax: 948 29 17 40  
info@proyctohombrenavarra.org  
www.proyctohombrenavarra.org

## SALAMANCA

Huertas de la Trinidad, 2  
37008 Salamanca  
Tel.: 923 20 24 12  
Fax: 923 21 99 80  
phsalamanca@proyctohombresalamanca.es  
www.proyctohombresalamanca.es

## SEVILLA

Virgen del Patrocinio, 2  
41010 Sevilla  
Tel.: 95 434 74 10  
Fax: 95 434 74 11  
phsevilla@proyctohombresevilla.org  
www.proyctohombresevilla.com

## VALENCIA

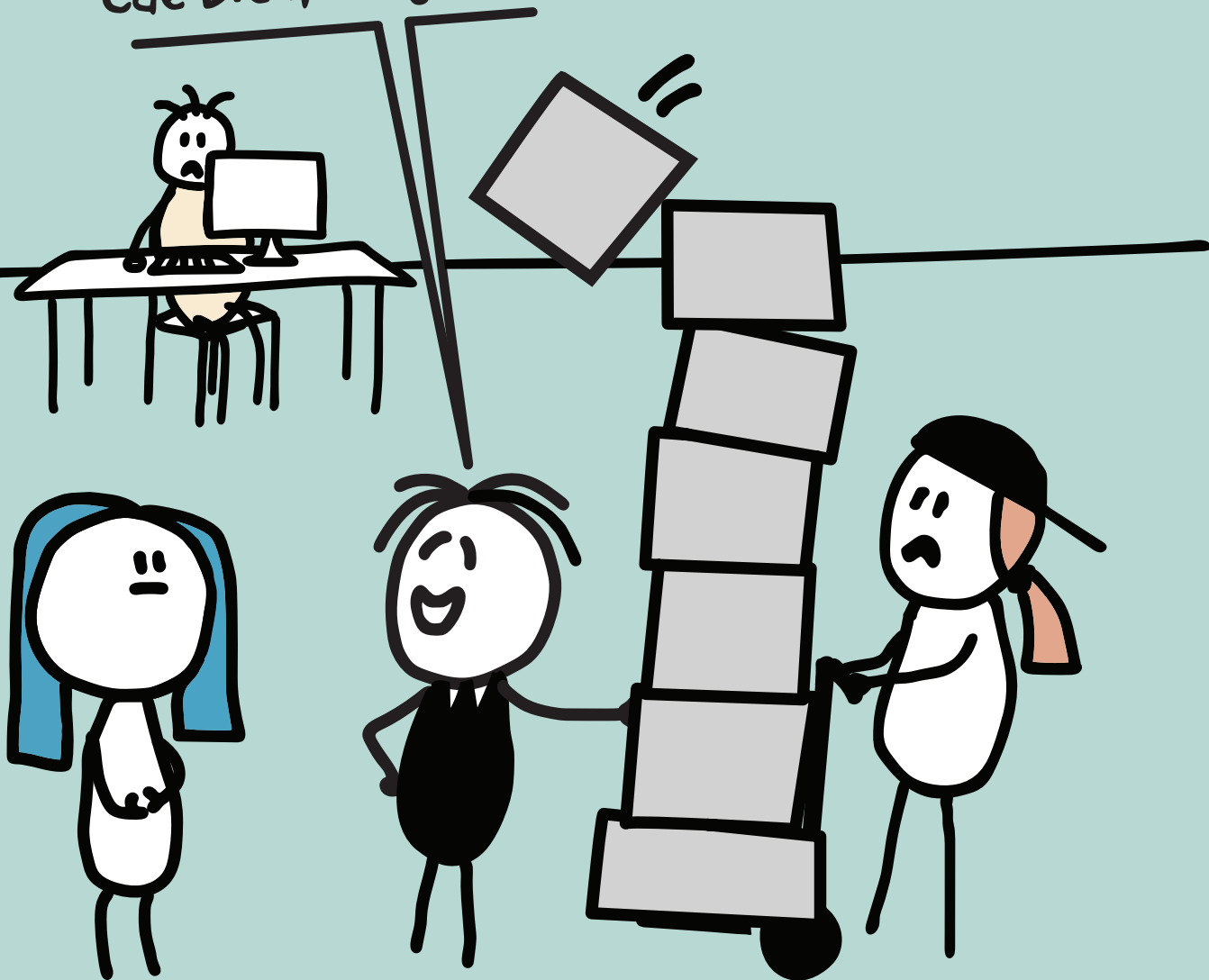
Padre Esteban Pernet, 1  
46014 Valencia  
Tel.: 96 359 77 77  
Fax: 96 379 92 51  
www.proyctohombrevalencia.org

## VALLADOLID

Linares, 15  
47010 Valladolid  
Tel.: 983 25 90 30  
Fax: 983 25 73 59  
proyctohombre@proyctohombrevla.org  
www.proyctohombrevla.org

# LOS HÁBITOS DE CONSUMO EN EL TRABAJO SON FUENTE DE CONFLICTOS, REDUCEN LA PRODUCTIVIDAD Y GENERAN ACCIDENTES LABORALES

Una copa después de comer siempre cae bien, ¿a que sí?



Y tú, ¿haces algo? Y tu empresa, ¿hace algo?

PROMOVEMOS EMPRESAS SALUDABLES