



**MÁSTER UNIVERSITARIO
GÉNERO Y DIVERSIDAD**

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Grupos de Ayuda Mutua:
Intervención social con
mujeres en situación de
drogodependencia**

TESIS DE MÁSTER

Sofía Gómez Zapico

**Directora: M^a Aranzazu Fernández
Rodríguez**

Oviedo, junio 2024

Tabla de contenido

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS | 4 |
| MARCO TEÓRICO | 7 |
| DROGAS Y DROGODEPENDENCIA: CONCEPTO Y DELIMITACIÓN..... | 7 |
| GÉNERO Y DROGODEPENDENCIA: DIFERENCIAS EN EL CONSUMO..... | 10 |
| BARRERAS U OBSTÁCULOS DE ACCESO A TRATAMIENTO DE LAS MUJERES EN SITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIA | 12 |
| MARCO NORMATIVO | 15 |
| ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL CON MUJERES EN SITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIA | 17 |
| GRUPOS DE AYUDA MUTUA: CONCEPTO | 19 |
| A CONTINUACIÓN, SE DESARROLLA EL PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL DISEÑADO EN ESTE TRABAJO FIN DE MÁSTER. | 21 |
| PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL: GRUPO DE AYUDA MUTUA: POR Y PARA MUJERES | 22 |
| DIAGNÓSTICO SOCIAL | 22 |
| METODOLOGÍA | 23 |
| POBLACIÓN DESTINATARIA..... | 24 |
| ÁMBITO DE APLICACIÓN | 24 |
| OBJETIVOS | 24 |
| <i>Objetivo general</i> | 24 |
| <i>Objetivos específicos</i> | 25 |
| TEMPORALIZACIÓN | 26 |
| ACTIVIDADES | 29 |
| <i>Sesiones del Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres</i> | 29 |
| <i>Talleres y orientación laboral</i> | 31 |
| <i>Actividades de ocio</i> | 32 |
| RECURSOS..... | 34 |
| EVALUACIÓN..... | 36 |
| <i>Evaluación de proceso</i> | 36 |
| <i>Evaluación final</i> | 37 |
| LIMITACIONES Y OBSTÁCULOS..... | 40 |
| VALORACIÓN PERSONAL Y CONCLUSIONES..... | 41 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 43 |

Introducción, justificación y objetivos

Este trabajo fin de máster tiene por objeto la creación de una propuesta de intervención social en la cual se incorpora la perspectiva de género dirigida a mujeres que presentan un trastorno por uso de sustancias. Se plantea la implementación de un proyecto de intervención social que consiste en la implementación de un grupo de ayuda mutua exclusivo para mujeres, denominado *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*. Se selecciona esta alternativa, frente a otras posibles, por su efectividad en lo relativo al desarrollo de vínculos entre las mujeres participantes. Muchas de estas mujeres atraviesan situaciones vitales similares, y pueden encontrar en el grupo de ayuda mutua un espacio seguro donde compartir experiencias, que hasta entonces podrían permanecer silenciadas. Además, la generación de nuevas redes de apoyo que están fuera de los ámbitos de consumo es una pieza importante en su proceso de recuperación (Llort Suárez, Ferrando Esquerré, Borrás Cabacés y Purroy Aritzeta 2013).

La necesidad de la incorporación de la perspectiva de género, dentro de la intervención social con este colectivo se fundamenta, por un lado, desde un punto de vista jurídico. Ya que, en el artículo 20.b) de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, se dispone la obligación de los poderes públicos de incluir la variable de género en todos sus estudios y estadísticas. Esto, llevado al ámbito de las drogodependencias, se traduce en visibilizar de manera tangible las necesidades específicas de aquellas mujeres que se encuentran en esta situación. Todo ello, con el fin de poder realizar un adecuado diagnóstico social y propuesta de intervención, libre de sesgos y androcentrismo. Dicho artículo, se cita en el Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024, vigente a nivel nacional y que es objeto de análisis en el marco jurídico de este trabajo.

Además de que existe un mandato legal explícito, que insta a los poderes públicos a incorporar la perspectiva de género, su inclusión se justifica por las numerosas diferencias que existen entre hombres y mujeres en relación con los usos y abusos de drogas. Las cuales tienen relevancia a la hora de abordar los procesos terapéuticos e intervenciones sociales con este colectivo. Se comienza mencionando, por un lado, lo relativo a las pautas de consumo, y también a las sustancias consumidas. Además de esto, también se producen diferencias a la hora de determinar la génesis del consumo y en la forma en la que es abordado por su entorno familiar. Con todo ello, se pone de

relieve la acuciante necesidad de incorporar la perspectiva de género en la intervención, de tal modo, que se pueda prestar una atención adecuada y efectiva a las mujeres que acuden a los recursos destinados a la rehabilitación y recuperación.

Cabe mencionar que muchos de los artículos científicos y estudios existentes, acerca de terapias e intervenciones sociales con personas con un trastorno de uso de sustancias, no tienen en cuenta la variable de género en sus investigaciones. La cual, como hemos mencionado anteriormente, juega un papel crucial. Se debe eliminar por completo el enfoque androcentrista de estas investigaciones, considerando las particularidades que se dan en las mujeres consumidoras de droga. Y se ha de partir de la premisa, de que el sistema patriarcal en el que nos encontramos, también se manifiesta dentro de esta problemática (Romo 2012).

Otro de los sesgos en la investigación sobre mujeres en situación de drogodependencia se relaciona con el hecho de que durante décadas, cuando se estudiaba a las mujeres que padecen un trastorno por uso de sustancias, se atendía únicamente al embarazo y a los posibles efectos nocivos que el consumo de drogas pudiese tener sobre el feto, y posteriormente al bebé tras su nacimiento. Lo importante era el neonato y la mujer tenía un papel secundario. Otorgándosele importancia solo en su rol de madre, no como una persona independiente con necesidades específicas (Rechkemmer Gamero 2020).

En una investigación de tipo cualitativo, realizada por la antropóloga Nuria Romo en el año 2012, se entrevistó a 13 profesionales del área de drogodependencias. Todas las personas entrevistadas tenían perfiles diversos, y tenían experiencia en sus respectivas comunidades autónomas realizando campañas de prevención y sensibilización del consumo de drogas. El objetivo de dicha investigación, fue dilucidar sobre si la perspectiva de género se estaba aplicando en este sector. Por ello, se les preguntó acerca de su opinión a este respecto. Los resultados obtenidos fueron desalentadores. Ya que, se concluyó que la perspectiva de género no se aplicaba y que además los y las profesionales no contaban con la formación necesaria en la materia.

Es llamativo como pese a los numerosos estudios y evidencias que señalan que tanto por condicionantes biológicos, sociológicos y culturales, el consumo de drogas tiene consecuencias diferentes entre hombres y mujeres, a día de hoy la variable de género se sigue sin tener en cuenta por profesionales del ámbito sociosanitario, que trabajan específicamente con este colectivo. Y las mayores perjudicadas de todo ello son las mujeres que necesitan de estos recursos (Llort Suárez, Ferrando Esquerré, Borrás Cabacés y Purroy Aritzeta 2013).

Asimismo, es fundamental que esta situación se consiga revertir, y que las mujeres puedan encontrar en los recursos terapéuticos ofertados un lugar seguro que se adapte a sus necesidades. Cabe hacer mención a un estudio conducido por Pilar Ortiz García y Esther Clavero Mira, en el año 2012, en el que se entrevistó a 10 participantes, cinco de los cuales son hombres y las cinco restantes mujeres. Todas las personas participaban en el programa Proyecto Hombre de la Región de Murcia, y tenían perfiles heterogéneos. Algunos de los resultados obtenidos en este estudio dejan patente las múltiples diferencias que existen entre mujeres y hombres en situación de drogodependencia. En primer lugar, todas las mujeres entrevistadas partían de una situación económica desventajosa, encontrándose en paro o en trabajos precarios. Por el contrario, la mayoría de los hombres gozaba de estabilidad laboral. La cuestión económica no es baladí, ya que contribuye a que estas mujeres tengan más complicado el acceso a terapia u otros recursos de intervención social. Y que por ello, sea más probable que se den recaídas en su consumo, al partir de una situación de dependencia económica. Esta dependencia económica se establece con sus parejas.

Respecto a la motivación en la génesis del consumo, en las mujeres se asociaba directamente a problemas en el entorno familiar cercano o a una relación de codependencia con su pareja, que previamente era consumidora. Por el contrario, los hombres situaban los orígenes de su consumo como consecuencia de la influencia que tiene su grupo de amistades, o bien por razones derivadas de su entorno laboral como sería conseguir la aceptación y valoración de sus compañeros y compañeras de trabajo. A la luz de estos resultados, se vuelve a apreciar cómo los roles de género se manifiestan en las situación de drogodependencia. Las mujeres socializan para desarrollarse en el ámbito privado, buscando la validación masculina en su pareja, y los hombres buscan dicha validación entre sus iguales, grupos de amistades o compañeros y compañeras de trabajo.

En cuanto a la cuestión de la imagen que se tiene de las mujeres consumidoras de drogas. En todas las personas entrevistadas, establecieron una clara interrelación entre drogas y promiscuidad, incluso se asocia con la prostitución cuando se trata de mujeres en situación de drogodependencia. Esta asociación, contribuye a fomentar un doble estigma, ya que, transgreden las normas patriarcales tanto por consumir como por ser promiscuas. Esta concepción, que reside en el imaginario popular de “mujer drogadicta y promiscua”, sitúa a estas mujeres en una difícil posición, por lo que optan en muchos casos por mantener escondido su consumo. Ya que es difícil reconocer que se tiene un

trastorno por uso de sustancia cuando eres consciente de que la percepción que se tendrá de ti es la peor que existe para una mujer dentro del patriarcado, y que además recibirás un gran castigo social. Esto puede repercutir de forma nociva en su autoestima y autoconcepto.

No puede dejar de mencionarse la presencia de la violencia de género en la realidad de las mujeres que atraviesan por este tipo de situaciones. En un estudio elaborado en el año 2002 por el IREFREA, en Europa, se determinó que un 69% de mujeres en situación de drogodependencia afirma haber sido víctima de malos tratos físicos, y un 66% afirma haber sido víctima de violencia psíquica.

Por un lado, cabe además mencionar la relación de las personas con su propio cuerpo cuando están atravesando un trastorno por uso de sustancias, la cual afecta de manera diversa a hombres y mujeres. En el contexto patriarcal en el que socializamos, la penalización de las mujeres por no seguir los estándares de belleza hegemónicos, son mucho más gravosos que para los hombres.

Teniendo en cuenta todas estas diferencias entre hombres y mujeres en situación de drogodependencia, es vital que se dé una atención diferenciada y que se aplique la perspectiva de género en todas las intervenciones sociales con este colectivo. De esta manera, el número de mujeres que decide acudir a algún tipo de recurso terapéutico puede aumentar. Y también, puede ser una medida que conduzca a una reducción del porcentaje de mujeres que sufren recaídas y abandono de los recursos terapéuticos.

Es necesario poner de relieve que la recuperación no solo pasa por el suministro de servicios asistenciales, sino que abarca todos los ámbitos de la vida de las personas. Pero pese a que se destaquen otras facetas relevantes dentro del proceso de recuperación, ello no elimina el hecho de que sea indispensable que exista financiación estatal para este tipo de proyectos. Y que se implementen desde un enfoque intersectorial e interdisciplinar, tal y como se establece dentro de los principios rectores del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024.

Marco teórico

Drogas y drogodependencia: concepto y delimitación

Antes de proceder a analizar la relación existente entre el género y la drogodependencia, cabe en primer lugar definir dicho concepto. Para ello entendemos por droga, de

acuerdo con Kramer y Cameron, como toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste (Kramer y Cameron 1975). Y como droga de abuso, que engloba tanto las drogas legales (alcohol y tabaco) como las ilegales (cocaína, éxtasis, heroína..), siguiendo la definición aportada por Schunckit, “cualquier sustancia, tomada a través de cualquier vía de administración, que altera el estado de ánimo, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral” (Schunckit 2006, 5).

Respecto a la definición de drogodependencia, se tomará como base la establecida por la Organización Mundial de la Salud que dispone que:

Es el estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintetizada y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y generalmente psíquica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga, y 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad. (Organización Mundial de la Salud 1964, 5)

Atendiendo a la frecuencia de consumo, se diferencia entre el uso de drogas, relacionado con un modo de consumo ocasional u esporádico, del abuso, en el que la persona comienza a consumir de forma habitual y construye su vida en torno a la sustancia, y el trastorno por consumo de sustancia. En la Tabla 1, se expondrán los criterios diagnósticos que se emplean a día de hoy por parte de los y las profesionales a la hora de diagnosticar este trastorno y que se recogen en el DSM-V.

Tabla 1. Criterios diagnósticos recogidos en el DSM-V para la detección del trastorno por consumo de drogas

| Criterios 1-4. Refentes al control deficitario sobre el consumo |
|---|
| Criterio número 1: La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto. |
| Criterio número 2: La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar éste |
| Criterio número 3: En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo |
| Criterio número 4: En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la |

| |
|---|
| <p>persona giren en torno a la sustancia. Existe un deseo intenso de consumo manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento, aunque es más probable que aparezca en aquellos ambientes en los que la persona ha conseguido o consumido la sustancia anteriormente. Este deseo intenso de consumo se atribuye al condicionamiento clásico y se asocia a la activación de las estructuras cerebrales específicas del sistema de recompensa.</p> |
| <p>Criterios 5-7. Deterioro social causado por el consumo de la sustancia</p> |
| <p>Criterio número 5: El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico</p> |
| <p>Criterio número 6: La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo</p> |
| <p>Criterio número 7: Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias. La persona puede descuidar o abandonar las actividades familiares y las aficiones a causa del consumo.</p> |
| <p>Criterios 8 y 9. Puesta en práctica de un consumo de riesgo</p> |
| <p>Criterio número 8: Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que ésta provoca un riesgo físico</p> |
| <p>Criterio número 9: La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo.</p> |
| <p>Criterios 10 y 11. Abstinencia y tolerancia</p> |
| <p>Criterio número 10: La tolerancia se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual. El grado en que se desarrolla tolerancia varía en cada persona, además de para cada sustancia, e incluye una diversidad de efectos sobre el sistema nervioso central.</p> |
| <p>Criterio número 11: La abstinencia es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones de la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada. Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia.</p> |

Fuente: elaboración propia siguiendo los criterios recogidos en el DSM-5

Los criterios anteriormente mencionados, se aplican para diagnosticar este trastorno tanto en hombres como en mujeres.

Género y drogodependencia: diferencias en el consumo

En este subepígrafe se ponen de relieve, en primer lugar, las diferencias en el tipo de sustancias que consumen con mayor prevalencia los hombres respecto de las mujeres, y la influencia que los mandatos de género tienen sobre dichas elecciones. Para ello, se parte de los datos recogidos en un informe elaborado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones realizado en el año 2023. Respecto a las drogas ilegales, es muy llamativo cómo dentro del total de las personas consumidoras de cocaína (en polvo y/o en base) un 76,8% son hombres. En cuanto al cannabis, el porcentaje se sitúa en el 69,9%. Una vez que pasamos a las drogas legales, los porcentajes se igualan. Los hombres estarían por encima de las mujeres con un 57,2% en el consumo de tabaco, mientras que en el alcohol se reduciría al 56,9%. Las únicas sustancias en las que las mujeres tienen un porcentaje mayor serían los hiposedantes, con un 60,7% de mujeres consumidoras, esto tiene su génesis en la sobremedicación que se ha impuesto sobre las mujeres a lo largo de la historia, y será objeto de posterior desarrollo en este trabajo.

No es meramente casual que las personas que mayoritariamente consumen cocaína sean hombres. El contexto patriarcal en el que socializamos, en el que se castigan aún otras masculinidades que se alejan del arquetipo de la masculinidad hegemónica, queda reflejado en la relación que los hombres tienen con las drogas ilegales. Esto se ejemplifica mediante una mayor asunción de riesgos para demostrar virilidad, como sería el tomar la mayor cantidad de droga posible en una noche o mezclar las sustancias más nocivas para la salud. En contraposición, que las mujeres sean más precavidas en su consumo se percibe como una debilidad y una cobardía propia de su género. Esta socialización tradicional de género se manifiesta en que sea mayor el número de hombres que consume drogas con efectos más nocivos en el corto plazo y con más riesgos inmediatos en la salud. Otro ejemplo de ello, es la forma de consumo. Y es que, los hombres las consumen en mayores cantidades y en un menor tiempo. Además, tienden a realizar más mezclas de sustancias que las mujeres, que optan por una actitud más cautelosa respecto a las mezclas de drogas. A ello se le suma que no van a

encontrar la misma sanción social si deciden consumir drogas, que el castigo que va a recibir una mujer. Ya que, *per se*, no atenta contra lo dispuesto para la masculinidad hegemónica. Es más, muchas situaciones de consumo serían entendidas socialmente como alarmantes si fuesen llevadas a cabo por mujeres, mientras que cuando son llevadas a cabo por un hombre se naturalizan y se les resta importancia. Puesto que se da por hecho que los hombres comenten más excesos, y además alardean de consumir grandes cantidades de la sustancia (Farapi 2009). Esto también puede llegar a retrasar la detección del propio trastorno por uso de sustancias, ya que, es más difícil que el entorno se dé cuenta de los comportamientos que puedan ser indicativos de que la persona esté atravesando una situación de drogodependencia.

A su vez, este tipo de ideas y prejuicios pueden conllevar un efecto paradójico, puesto que los hombres asociarán la terapia y el hecho de pedir ayuda, ya sea a su entorno familiar o a nivel institucional, como un sinónimo de debilidad no propio de su género. Por lo que la inclusión de la perspectiva de género a la hora de conducir cualquier tipo de investigación e intervención en el ámbito de las drogodependencias es vital para ambos géneros.

Para aplicar la perspectiva de género de forma adecuada, es necesario reconocer en primer lugar, lo masculino y lo femenino como los constructos sociales que son. Y tener presente que varían según la cultura y momento histórico en el que nos encontramos. En este trabajo, los datos analizados son de estudios conducidos en España y en algunos países de Latinoamérica durante la segunda década del siglo XXI. No obstante, los mismos podrían variar dentro de varios años. Ya que, por ejemplo, en determinados países hay ciertas drogas que se consideran femeninas y que supondría una afrenta a la masculinidad del hombre consumirlas y, por el contrario, hay otras que se perciben como esencialmente masculinas, variando este concepto de un país a otro. Tomando como ejemplo nuestro país, las drogas legales, refiriéndonos al alcohol y al tabaco, a mediados del siglo XX no tenían la misma prevalencia de consumo entre las mujeres que en la actualidad, y además su consumo suponía un mayor desafío al concepto de feminidad hegemónica del momento, que era mucho más estricto al encontrarse España en un régimen dictatorial. Todo ello, sumado a que las mujeres estaban excluidas del mundo laboral y su ocio estaba altamente limitado. Esta situación epidemiológica, al pasar a un contexto democrático va a cambiar de forma drástica, favoreciendo el aumento en el consumo de alcohol y tabaco por parte de las mujeres.

Por lo que nos encontramos, tal y como se ha dispuesto con anterioridad, ante unos presupuestos mutables.

En el análisis del consumo de drogas, en el cual la variable de género es un factor a tener en cuenta, no pueden obviarse otro tipo de factores que desde un punto de vista interseccional, confluyen y son relevantes como la clase social a la que pertenece la persona consumidora. Dentro de la masculinidad hegemónica actual, la forma más accesible de demostrar virilidad para las clases medias y bajas sería la violencia, sumada a la asunción de conductas de riesgo. Ya que, otras, como una buena posición social a nivel laboral, o gran poder adquisitivo, estarían fuera de la ecuación para este estrato social de población. El hecho de consumir drogas, ya de por sí, supone un acto arriesgado. Además, como sustancias que desinhiben a la persona consumidora, hace más probable que se lleven a cabo este tipo de conductas temerarias. Este concepto de masculinidad afecta también negativamente a las mujeres, que ya incorporadas en todos los ámbitos sociales y no sólo a la esfera privada como décadas atrás, para encajar en espacios históricamente masculinos pueden utilizar las drogas como herramienta de aceptación. Las mujeres se encuentran en una constante disyuntiva, por una parte, las drogas son un acto percibido como socialmente desviado y que atenta contra todos los valores que se estipulan para su género, pero, por otra parte, pueden obtener la aprobación masculina y un mayor respeto dentro de su grupo de iguales, al ser entendida dicha conducta como masculina. Teniendo en cuenta que el género femenino se educa en la otredad y que la aprobación masculina es un estímulo y el fin último para su género, dicha validación es un factor que puede propiciar el consumo (Farapi 2009).

Barreras u obstáculos de acceso a tratamiento de las mujeres en situación de drogodependencia

En primer lugar, cabe analizar el papel que la maternidad puede jugar dentro del proceso de recuperación de las mujeres en situación de drogodependencia. Como se ha expuesto en el apartado anterior, los mandatos de género, y sobre todo el rol que desempeñan como madres, tiene gran influencia en el proceso de recuperación de estas mujeres. Por lo que cabe realizar un análisis sobre el mismo de forma pormenorizada. En primer lugar, cabe definir qué entendemos por maternidad. De acuerdo con lo establecido por Silvia Turbert:

La mayor parte de las culturas, en la medida en que se trata de organizaciones patriarcales, identifican a la feminidad con la maternidad. A partir de una posibilidad biológica, la capacidad reproductora de las mujeres, se insta un deber ser, una norma, cuya finalidad es el control tanto de la sexualidad como de la fecundidad de aquellas. No se trata de una legalidad explícita sino de un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la feminidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna, que queda configurada como su ideal (Tubert 1999, 4).

En nuestra cultura occidental, tal y como dispone Tubert, la maternidad tiene grandes expectativas sociales sobre las mujeres, no es una simple realidad biológica, sino que condiciona totalmente la identidad de estas, que pasan de ser mujeres a madres. Esta construcción de la identidad como madres se crea a partir de las expectativas que la sociedad genera de lo que es una “buena madre”. Aunque existen variaciones sobre el concepto de “buena madre” según la época y cultura en la que uno se encuentre, se puede concluir que características que siempre están presentes serían la abnegación, la asunción en la totalidad de los cuidados de los hijos e hijas, y el sacrificio de sus deseos personales en aras de los deseos de sus hijos e hijas. Al mínimo desvío de esta expectativa social, las mujeres encuentran castigos sociales, y se las tacha de malas madres. Esto, por supuesto, se agrava en el caso de las mujeres en situación de drogodependencia que por el mero hecho de consumir serán acusadas de egoístas y de malas madres, situación que no se produce respecto a hombres en estas mismas circunstancias y padres.

Por todo ello, la mujer en situación de drogodependencia, que es a la vez madre, no es ajena a este juicio social. Pueden darse diversas estrategias de afrontamiento cuando se padece un trastorno por uso de sustancia y se es además madre. Por un lado, pueden utilizar las drogas como una vía de evasión para no hacer frente al ejercicio de la maternidad, como consecuencia de todos los sentimientos de culpa que se generan al no poder alcanzar el arquetipo de buena madre socialmente establecido. En muchos otros casos, se retrasa el reconocimiento de la situación de drogodependencia y optan por no pedir ayuda, entre otras cosas por el miedo a perder la custodia de los niños y niñas a su cargo, o al rechazo de su entorno que va a percibir las automáticamente como “malas madres”. No obstante, en muchos casos, la maternidad juega un importante papel en el proceso de recuperación. Ya que muchas de las mujeres quieren volver a poder disfrutar

de sus hijos e hijas sin el peso que el trastorno por uso de sustancia supone en sus vidas (Tubert 1999).

En muchos casos, el acudir a centros de rehabilitación conlleva dejar a sus hijos e hijas al cuidado de una tercera persona. Esto genera, en muchos casos, un doble sentimiento de culpabilidad. Es importante, como hemos mencionado anteriormente, que se destinen recursos para que se pueda conciliar su recuperación con el ejercicio de la maternidad a través de visitas pautadas. Los y las profesionales que trabajan con estas mujeres deben tener en cuenta esta problemática y abordarla de forma específica. En muchas ocasiones, por una falta en formación de género, las propias personas profesionales parten de prejuicios, generándose un entorno hostil para ellas (Hansen Rodríguez 2021). Es importante, que se analicen las necesidades de las madres en situación de drogodependencia y se genere conocimiento científico que sirva para diseñar propuestas de intervención social adecuadas. En este sentido, en una investigación conducida en la ciudad de Lima en el año 2020, en la cual se empleó una metodología cualitativa, entrevistándose en profundidad a 6 mujeres durante su internamiento en un centro de rehabilitación, se señala que en los testimonios recogidos, siempre se menciona la influencia de la maternidad en su decisión del ingreso en el centro, así como el sentimiento de culpabilidad, y el miedo a que sus hijos e hijas pierdan vinculación con ellas. Todo ello se agrava cuando su entorno familiar las penaliza por acudir a terapia y no dedicarse al cuidado del hogar. Una estrategia de afrontamiento de esta situación utilizada por algunas mujeres es tratar de desvincularse emocionalmente de su hijo o hija como mecanismo de autoprotección. Esto no debería llegar a producirse si existiesen medidas que facilitasen el contacto de las madres con sus hijos e hijas, y se involucrase al resto de familiares en el proceso terapéutico. Ya que muchas de estas actitudes están basadas en los prejuicios misóginos que existen sobre las mujeres que padecen este trastorno, y se mejorarían a través de la educación y formación de familias. Además de esta separación física de sus descendientes durante la estancia en el centro, otra de las preocupaciones a las que tienen que hacer frente, es la imagen que tendrán de ellas cuando conozcan que padecen un trastorno por uso de sustancias. Esto produce sentimientos de vergüenza y culpa, que dificultan el desarrollo de vínculos sanos con sus hijos e hijas, ya que no se sienten dignas del ejercicio de la maternidad, siendo este uno de los puntos claves que se deben abordar en el transcurso de su proceso de rehabilitación.

Además de la maternidad, otra de las barreras se produce una vez que las mujeres deciden pedir ayuda y acuden a tratamientos terapéuticos y de rehabilitación. En muchos casos, los y las profesionales también son sensibles a la idea de mujer en situación de drogodependencia presente en el imaginario colectivo y caen en creencias estereotipadas, pudiendo adoptar aptitudes misóginas e inadecuadas que violenten a las mujeres que acudan a dichos servicios. De ahí, como se ha mencionado anteriormente, es vital que a los y las profesionales que intervienen con este colectivo reciban formación en género. No solo se debe sensibilizar y educar a la población en general, sino también a las personas que están en contacto con los y las usuarias de los servicios de atención (Hansen Rodríguez 2021).

Por último, cabe mencionar la falta de atención específica en los proyectos de intervención social dirigidos a mujeres en situación de drogodependencia a las violencias de las que muchas de ellas han sido víctimas. Existe una mayor prevalencia, respecto con la población general, de mujeres con trastorno por uso de sustancias que han sido víctimas de violencia de género y violencia sexual. Por lo que en cualquier tratamiento e intervención social sobre este colectivo, se ha de tener presente esta realidad, y facilitar apoyo psicológico y asesoramiento jurídico para abordar esta situación. Los y las profesionales no deben mirar para otro lado ante la violencia de género que las mujeres puedan haber sufrido y centrarse únicamente en el consumo (Hansen Rodríguez 2021).

Marco normativo

En el presente apartado, se desarrolla el marco normativo en el cual se encuadra el proyecto de intervención social diseñado en este trabajo. El proyecto *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, se plantea implementar en Oviedo, por lo que además del marco normativo nacional, se analiza la normativa autonómica de dicha comunidad.

En el artículo 14 de la Constitución española, se establece como un derecho fundamental la igualdad ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de sexo. Este derecho, es objeto de posterior desarrollo en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre mujeres y hombres. Estas disposiciones, vinculan a los poderes públicos a adoptar medidas que promuevan la igualdad de trato entre hombres y mujeres en todos los ámbitos sociales. Entre ellos, la

atención a la drogodependencia, siendo, como se ha mencionado anteriormente, uno de los valores del Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024.

La necesidad de la incorporación de la perspectiva de género, también es un principio rector establecido en el artículo 5. j) de la Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas, de aplicación en el Principado de Asturias. Por lo que los proyectos de intervención social que aborden la drogodependencia, han de tener presente la inclusión de la perspectiva de género. Además, en el apartado i) de ese mismo artículo se establece el siguiente principio rector: “equidad en la salud, promoviendo el derecho de todas las personas a disfrutar de igualdad de oportunidades, en función de sus necesidades, para desarrollar y mantener su salud y eliminar las desigualdades injustas y evitables”. Dicha equidad no se puede alcanzar si no se atiende a las demandas específicas de las mujeres en situación de drogodependencia.

En el artículo 14 de la Ley 4/2015, se hace referencia a la necesidad de fomentar alternativas de ocio y tiempo libre alejadas de las situaciones de consumo. Además, se prevé la colaboración con federaciones deportivas, así como con organizaciones empresariales y sindicales del sector de los espectáculos públicos, en aras de conseguir dicho objetivo. En el proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, se establece la realización de actividades de ocio al aire libre para que las mujeres en situación de drogodependencia puedan generar nuevas aficiones en las que el consumo de drogas no esté presente.

Otro de los ámbitos a los que hace referencia la Ley 4/2015, y que está recogido en su artículo 18, es la importancia de la inserción laboral de las personas en situación de drogodependencia. En dicho artículo, se recoge la obligación de la Administración del Principado de Asturias de impulsar programas que tengan como objeto la inserción laboral de personas en situación de drogodependencia. Así como, la necesidad de implantar programas de promoción de la salud en el trabajo y propiciar entornos laborales libres de drogas y bebidas alcohólicas. Esto cobra especial relevancia en el caso de las mujeres que padecen un trastorno por uso de sustancia. Ya que, además de tener que hacer frente a los prejuicios existentes hacia las personas en situación de drogodependencia, se enfrentan a otro tipo de obstáculos de tipo estructural, como serían la precariedad laboral y temporalidad, que prevalece en los trabajos feminizados (Gutiérrez, Clara Alonso, María Díaz Pérez, y González Morales 2022). Por ello, dentro

del programa de intervención social diseñado en este trabajo se establece el desarrollo de talleres de orientación laboral.

En lo que respecta al Plan de Acción sobre Adicciones 2021-2024, que se enmarca en la estrategia europea sobre drogas y en la Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024, se hace referencia explícita a la inclusión de la perspectiva de género y a la atención a la diversidad, estableciéndose como dos valores del Plan. Además, se insta a las administraciones públicas a la cooperación y coordinación, de tal forma que se optimicen los recursos existentes. Se hace una mención explícita a la necesidad de que exista una normativa homogénea, de tal modo que no se produzcan contradicciones en los diferentes planes de cada comunidad autónoma.

En lo relativo al Principado de Asturias, el plan vigente sería el Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016, el cual presenta muchas similitudes con con la Estrategia Nacional sobre Adicciones. En él, se incluye la necesidad de incorporación de la perspectiva de género en el tratamiento a personas en situación de drogodependencia. En su objetivo estratégico número 4, se dispone lo siguiente: “Aumentar el número de actividades y programas de intervención comunitaria a partir de los Planes Municipales de Drogas”. Es necesario que a nivel autonómico se aumenten los recursos destinados a hacer frente a las necesidades de este colectivo. Además, dichos programas han de respetar los criterios establecidos en el plan vigente, es decir, partiendo del modelo bio-psicosocial y desde un enfoque multidisciplinar, en el que se incluya la perspectiva de género.

Análisis de la intervención social con mujeres en situación de drogodependencia

El objetivo de este apartado es analizar los resultados de carácter cualitativo de otros proyectos de intervención social llevados a cabo con mujeres en situación de drogodependencia. Así como conocer cuál es la percepción de las participantes tras su participación en el mismo.

A la hora de abordar esta temática, se observa cómo existe una escasez, como se ha mencionado en epígrafes anteriores, sobre medidas de intervención social diseñadas específicamente para atender a las demandas de las mujeres en situación de drogodependencia (Romo 2010). En las investigaciones seleccionadas, las personas investigadas son siempre mujeres que padecen un trastorno por uso de sustancias y se encuentran en un tratamiento de rehabilitación no mixto. En este apartado, se someten a

análisis los resultados obtenidos en la investigación etnográfica-cualitativa llevada a cabo en 2011 y 2012, en el Centro de Acogida y Actividades La Illeta y en el Servicio de Drogodependencias. En total había 25 mujeres en el grupo de autoayuda, de las que sólo 10 consiguieron acudir de forma periódica y tener una participación activa. Se realizaron 8 entrevistas de forma individual, empleando preguntas abiertas en las que las entrevistadas pudieron explayarse al relatar sus experiencias. Además, se hicieron 2 entrevistas a nivel grupal y la educadora social que gestionó el proyecto complementó la información con un diario en el que se recogían las aportaciones de las participantes durante las sesiones.

En una de las entrevistas grupales que se realizó con las usuarias del proyecto, se les preguntó acerca de sus experiencias en el grupo de autoayuda y cómo habían evolucionado sus opiniones respecto al mismo desde su comienzo. Muchas de ellas manifestaron que tenían nerviosismo al comenzar. Se trata de una experiencia nueva que en muchas ocasiones comienza desde un evento traumático que las fuerza a acudir. No obstante, todas ellas manifestaron que la participación en el taller había sido positiva. Les ayudó a crear una nueva red de apoyo con mujeres con las que tenían en común experiencias vitales significativas. Además, se despertaron sentimientos de admiración entre ellas que les hicieron replantearse y destruir la imagen preconcebida y estereotípica de la “mujer drogodependiente”. Su autoconcepto mejora enormemente al sentirse escuchadas y apoyadas por sus compañeras. El sentimiento de soledad que se da en muchas de estas mujeres, que viven un trastorno por uso de sustancia en secreto por miedo a la reacción de su entorno, se ve paliado al ser compartido con sus compañeras en el grupo. Se dan cuenta de que su historia es la historia de muchas otras mujeres y que en muchos casos se debe en gran medida a problemas sociales estructurales. El reconocimiento de este hecho va a reducir el sentimiento de culpa y mejorar su autoestima, parte fundamental en su proceso de reconstrucción y recuperación.

El éxito de este tipo de proyectos de intervención pasa por dejar a las integrantes el absoluto control del mismo, deben ser ellas mismas las que establezcan los objetivos del grupo, siendo en este caso el o la profesional un mero apoyo. En muchos casos las mujeres en situación de drogodependencia se han visto subyugadas a sus parejas o al cumplimiento de su rol de cuidadoras, es por lo tanto imprescindible que se consiga que sean sujetos independientes durante el taller y se consiga un empoderamiento. Además, ha de emplearse en todo momento un lenguaje accesible, generando un espacio seguro

en el que las participantes tengan plena libertad para compartir sus vivencias y opiniones; en una terapia convencional esto es más difícil de lograr. A través de los testimonios recogidos en esta investigación, se puede entender mejor la perspectiva y experiencia de muchas mujeres sobre su propia percepción de estar etiquetada como “mujer drogadicta” por su entorno familiar y comunitario.

Otra investigación objeto de análisis es la realizada en Marantha (Bolivia), la cual aborda uno de los puntos fundamentales a tratar durante el proceso de intervención social que es la autoestima de las mujeres en situación de drogodependencia. Este estudio consiste en una investigación cualitativa, llevada a cabo con 26 mujeres que llevan tres meses acudiendo a tratamiento terapéutico para tratar el trastorno por uso de sustancias. Los resultados obtenidos son una mejora de la autoestima y resiliencia de las participantes tras comenzar el proceso de rehabilitación. Se utilizó la escala de autoestima Rosenberg, y se estimó que el 57,3 % de las usuarias presentaban una autoestima media tras acudir al tratamiento. Se observa como el contacto con otras mujeres que atraviesan la misma situación, además de un tratamiento psicológico especializado, supone un aumento de la autoestima. La mejora de su autoconcepto y autoestima es un objetivo prioritario en el proyecto de intervención *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, intentándose mejorar a través de la generación de vínculos con las participantes que atraviesan situaciones similares y con el apoyo psicológico.

Grupos de Ayuda Mutua: concepto

Antes de plantear la propuesta de intervención social con mujeres en situación de drogodependencia desarrollada en este trabajo, cabe hacer una aproximación a este concepto. Para ello, tomaremos la definición aportada por Sonia Ródenas Picardat, que dispone lo siguiente:

El GAM es una pequeña reunión de personas. Pero en este caso, sus miembros se reúnen de forma voluntaria y libre, movidos por la necesidad de dar respuesta o encontrar una solución a un problema compartido por todos ellos, de afrontar y superar una misma situación conflictiva, o de lograr cambios personales y/o sociales. En este tipo de grupo, no está presente ningún profesional externo (al menos que el grupo lo llame de forma puntual para pedirle algún tipo de información técnica) (Picardat 1996,196).

Esto, trasladado a mujeres en situación de drogodependencia, se entendería como una reunión exclusiva de mujeres que padecen un trastorno por uso de sustancia y que se reúnen de forma voluntaria, con la asistencia, si así se requiere, de profesionales. Es relevante destacar cómo el grupo no está guiado en ningún caso por profesionales, sino que serán las personas integrantes quienes se autogestionen (Picardat 1996).

Esta forma de intervención contribuye a que las mujeres que padecen este trastorno generen redes de apoyo entre iguales. Es una cuestión relevante en el proceso de recuperación, puesto que en muchas ocasiones experimentan grandes sentimientos de soledad y aislamiento. Debido a que algunas de ellas llevan su consumo de drogas en secreto. Entre otras razones, por miedo al estigma y al castigo social, como se ha dispuesto anteriormente.

Otro de los puntos importantes a tener en cuenta, cuando planteamos este tipo de intervención social, sería la voluntariedad. Las participantes han de mostrar su interés y consentimiento explícito para poder participar en el mismo. Es contraproducente que se coaccione, ya sea desde el entorno familiar o institucional, a las personas en situación de drogodependencia a acudir a cualquier tipo de terapia. La función de empoderamiento y de recuperación de su identidad no puede en ningún caso lograrse a través de la coacción y de la anulación de su capacidad volitiva.

En el estudio conducido por María Elena Zamora-Siqueiros, Martha Alicia Torres-Reyes y César Jesús Burgos-Dávila en el año 2019 en México, en el que se entrevistó a mujeres que estaban en centros de rehabilitación, se observó cómo todas las entrevistadas aseguraban haberse sentido amenazadas por su entorno próximo para acudir a las clínicas de desintoxicación.

A través de muchos de los testimonios se ejemplifica perfectamente la vivencia de muchas mujeres, que desde el momento en que padecen el trastorno por uso de sustancia son deshumanizadas totalmente, tanto por parte de la sociedad en su conjunto como por parte de sus familiares. Se las criminaliza y se entiende su recuperación como una medida punitiva. No se molestan en dialogar con ellas sobre cómo es la mejor forma de reconducir el trastorno de uso de sustancias, o qué tipo de medida terapéutica podría adaptarse a su situación personal. En ningún caso se las consulta sobre las decisiones a tomar acerca de su propia vida. Esto entronca directamente con el estereotipo patriarcal en el que se considera a las mujeres como personas débiles sin iniciativa, que necesitan el cuidado y protección de una tercera persona por su ausencia de capacidad de reacción. Se observa como el proceso de recuperación, que en muchos

casos consiste en un ingreso en una clínica de rehabilitación, comienza como un suceso traumático para las pacientes, y además marcado por los sesgos de género.

En cuanto a su funcionamiento, es necesario para que el grupo de ayuda mutua funcione de forma fructífera, se elija de forma democrática a una facilitadora de entre los miembros que integran el grupo. La facilitadora tiene asignadas funciones de mediadora cuando surjan conflictos entre el resto de miembros, así como de vigilar el buen clima dentro del mismo. Ha de adoptar una actitud vigilante sobre aquellas personas que sean menos participativas, para lograr que todas se sientan cómodas en todo momento. Otra de las funciones, de acuerdo con Picardat sería:

La de nexo de unión entre el interior y el exterior del grupo, invitando a los profesionales y/o haciendo posible que entre la información que el grupo necesite y demande o que salga aquella que facilite las necesidades del grupo, posibilitando el contacto de este grupo con otros, haciendo que el grupo se dé a conocer para que otros interesados sepan de su existencia o facilitando la llegada de nuevos componentes (Picardat 1996,197).

Una cuestión clave es la publicidad del mismo, para que llegue a más mujeres que estén atravesando una situación similar. Ya que, con la creación de un grupo de ayuda mutua exclusivo de mujeres, se tiene como objetivo aumentar el número de mujeres que acuden a un tratamiento para tratar el trastorno por uso de sustancia. Con una adecuada publicidad, se reduce el porcentaje de personas que desconocen este tipo de medidas. Por lo que la difusión es un punto importante en la implementación de este proyecto de intervención social. Para ello, es necesario una adecuada utilización de técnicas de marketing apropiadas, como sería, por ejemplo, el empleo de las redes sociales más utilizadas a día de hoy para su difusión (*TikTok e Instagram*), y que puedan tener un mayor alcance, abarcando a mujeres que se encuentren en diferentes franjas de edad. Es fundamental que, por parte de las asociaciones, fundaciones u ONGs y a nivel institucional, se facilite información sobre las mismas a través de folletos informativos y carteles en sus instalaciones.

A continuación, se desarrolla el proyecto de intervención social diseñado en este trabajo fin de máster.

Proyecto de intervención social: *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*

Este proyecto de intervención social se diseña para su implementación con mujeres que padecen un trastorno por uso de sustancia. Se trata de un grupo de ayuda mutua exclusivo para mujeres. En los apartados subsiguientes, se detallan los siguientes aspectos del proyecto: el diagnóstico social realizado, la metodología empleada, la población a la que se destina el proyecto, su temporalización, su ámbito de aplicación, las actividades a desarrollar, los recursos necesarios, la evaluación del mismo, un análisis de las limitaciones del proyecto, y finalmente una valoración personal.

El *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, se elabora para su puesta en práctica en Oviedo (Asturias). En el Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016, se refleja la acuciante necesidad de facilitar recursos de intervención que conlleven la menor alteración posible en su entorno vital y sociolaboral. Este proyecto de intervención social responde a dicha demanda, ya que las participantes pueden compatibilizar la asistencia al mismo sin alterar de forma significativa su rutina diaria. Además, se combinan las reuniones del grupo de ayuda mutua con actividades de ocio y tiempo libre y con el desarrollo de talleres de orientación laboral. Todo ello, con el fin de responder a los objetivos establecidos en la Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas.

Diagnóstico social

El diagnóstico social es la base para la determinación de las limitaciones del proyecto, así como de sus fortalezas. Por este motivo, ha de ser claro y contener la información más relevante. Así como, lo más preciso y oportuno posible. Es vital que dentro del diagnóstico social se puedan establecer cuáles son las prioridades dentro del proyecto. Tales como, qué problemas específicos de las usuarias son los que se van a abordar y su jerarquización dentro del proyecto.

Para la elaboración del mismo, se han de tener en cuenta los resultados extraídos en el informe elaborado en el año 2022 por el Observatorio sobre Drogas y Adicciones del Principado de Asturias, que aportan datos relevantes acerca de aquellas sustancias consumidas de forma prevalente por mujeres. Se trata de una investigación cuantitativa, que tiene como objetivo general evaluar las políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas, a promover hábitos de vida saludable, y también abordar las consecuencias

negativas del uso de las drogas. A partir de la misma, se puede extraer que la edad de comienzo en consumo de las mujeres en todas las drogas se produce entre los 16 y los 25 años. En los hipnosedantes, donde se muestra una prevalencia significativa de mujeres frente a hombres en el consumo, se produce un aumento significativo en su consumo por mujeres de más de 35 años. Además, las personas encuestadas atribuyen menos riesgo al consumo de esta sustancia, junto al del alcohol.

De acuerdo con el informe elaborado por la asociación Proyecto Hombre, respecto al número de mujeres atendidas desde 1989 al año 2015 en el Principado de Asturias, se puede apreciar un aumento considerable en el número de mujeres atendidas. En el año 1989 se atendió a 37 mujeres, frente a las 370 que recibieron atención en el año 2015. Este aumento progresivo de mujeres que deciden acudir a terapia pone de relieve la necesidad de crear nuevos recursos para dar una respuesta efectiva a dicha demanda, tal y como se establece en el Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016.

Metodología

La metodología empleada en el proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, es una metodología flexible, que se adapta a las necesidades de las participantes y pudiendo variar a lo largo del desarrollo del proyecto. El grupo se autogestiona, y cuenta con el apoyo de las profesionales encargadas de la implementación del proyecto: mediadora, trabajadora social y psicóloga clínica. Las personas participantes colaboran en la creación y modificación de todas las partes que integran el mismo, y tienen un papel activo y capacidad decisoria, tanto en las actividades de ocio que se van a llevar a cabo, como en los talleres de orientación laboral.

Además, se trata de una metodología inductiva, que parte de una realidad concreta, la de las mujeres en situación de drogodependencia residentes en el Principado de Asturias. Se emplea, por tanto, la metodología de acción participativa. Esta metodología es definida por Colmerares de la siguiente manera:

Es un método en el cual participan y coexisten dos procesos: conocer y actuar; por tanto, favorece en los actores sociales el conocer, analizar y comprender mejor la realidad en la cual se encuentran inmersos, sus problemas, necesidades, recursos, capacidades, potencialidades y limitaciones; el conocimiento de esa realidad les permite, además de reflexionar, planificar y ejecutar acciones

tendientes a las mejoras y transformaciones significativas de aquellos aspectos que requieren cambios; por lo tanto, favorece la toma de conciencia, la asunción de acciones concretas y oportunas, el empoderamiento, la movilización colectiva y la consecuente acción transformadora (Colmenares 2012, 109).

Población destinataria

El proyecto de intervención diseñado tiene como destinatarias a un grupo de entre 10 y 15 mujeres en situación de drogodependencia de 18 años en adelante y residentes en el Principado de Asturias. Se abarcan diferentes franjas de edad y orígenes socioeconómicos. Todas ellas tienen que encontrarse en una situación no activa en su consumo, o combinar su participación en el proyecto de intervención con Unidades de Tratamiento de Toxicomanía (UTT) y las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) u otro centro de carácter privado con los mismos fines. Ya que la participación en el grupo de ayuda mutua debe ser un recurso complementario a su proceso de rehabilitación. El cual tiende a reducir las recaídas durante el proceso de recuperación (Bachiller, Grau-López, Barral, Daigre, Alberich, Rodríguez-Cintas, Valero, Casas, y Roncero 2015).

Ámbito de aplicación

El proyecto de intervención social se implementará en el Principado de Asturias, concretamente, en la ciudad de Oviedo. Se decide seleccionar dicha localidad, por su proximidad con los principales núcleos de población en Asturias, y además, por su buena comunicación con la mayoría de concejos rurales asturianos. Esto facilita que personas de otras localidades puedan participar en el proyecto de intervención social, y que este tenga un mayor alcance.

Objetivos

En este proyecto de intervención social se establecen un objetivo a nivel general y siete objetivos específicos los cuales se exponen a continuación.

Objetivo general

El objetivo general se detallan en la *Tabla 4*:

| |
|--|
| Tabla 4. Objetivo general |
| 1. Elaborar un proyecto de intervención social dirigido a mujeres que padecen un trastorno por uso de sustancias en el que se incluya la perspectiva de género |

Fuente: *elaboración propia*

Objetivos específicos

Los seis objetivos específicos del proyecto de intervención social: *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, se detallan en la Tabla 4:

| |
|--|
| Tabla 5. Objetivos específicos |
| 1. Ofrecer un tratamiento individualizado a las mujeres en situación de drogodependencia, analizando sus necesidades a través de un equipo multidisciplinar. |
| 2. Facilitar espacios de diálogo entre las mujeres contando con la figura de un mediador o mediadora. |
| 3. Favorecer la génesis de redes de apoyo entre ellas. |
| 4. Ofrecer orientación laboral a las participantes. |
| 5. Fomentar la realización de actividades de ocio, separando los conceptos ocio y consumo. |
| 6. Facilitar el acceso a las participantes a terapia psicológica individualizada. |
| 7. Favorecer la integración social de las participantes |

Fuente: *elaboración propia*

Para la consecución de estos objetivos participarán en el desarrollo del proyecto tres profesionales: una mediadora, una trabajadora social y una psicóloga clínica.

Temporalización

En el presente apartado se desarrolla la planificación temporal del proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*. Se diseña para ser implementado el 13 de enero de 2025 hasta el 13 de enero de 2026. Se establece la duración de un año para que se puedan alcanzar de forma efectiva todos los objetivos generales y específicos del proyecto.

Antes de la implementación del proyecto, se desarrollará una fase de preparación del mismo, la cual tendrá una duración de tres semanas. En la Tabla número 4, se desarrollarán las etapas de la fase de preparación del proyecto.

| Tabla 6. Fases de la preparación del proyecto de intervención <i>Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres</i> |
|---|
| Fase 1: Difusión y presentación del proyecto: tendrá una duración de una semana. En esta fase, los agentes sociales implicados trasladarán la información del mismo a diversos centros de atención primaria de la zona. Además, se difundirán <i>flyers</i> informativos en diferentes casas de cultura de las localidades, y centros médicos. En aras, de que el proyecto tenga el mayor alcance posible. Se informará también a todas las asociaciones del tercer sector de la zona para que puedan derivar al mismo a mujeres interesadas. |
| Fase 2. Preparación de las instalaciones: esta fase tiene una semana de duración. Se adecuarán las instalaciones donde van a tener lugar las sesiones y diferentes actividades que se van a implementar. Se adquirirán los diversos materiales y se establecerá el destino de los diferentes presupuestos. |
| Fase 3. Formación de los y las profesionales intervinientes: la totalidad de profesionales recibirán un curso de formación en igualdad de género en modalidad online de 40 horas de duración, complementario a la formación específica que tienen. Además, durante esta última semana de la fase de preparación, se reunirán para establecer las actividades a impartir. |

Fuente: *elaboración propia*

Tras la organización de los elementos relativos a los recursos humanos y materiales del proyecto, comienza la fase de acogida a las participantes en el proyecto. Tiene una

duración de tres semanas y se estructura según lo dispuesto en la Tabla 7. Etapa de adaptación y cohesión del grupo.

| Tabla 7. Etapa de adaptación y cohesión del grupo |
|--|
| <p>Sesiones de primera acogida y presentación. Durante la primera semana de comienzo de esta etapa, se programarán tres sesiones para que las participantes se conozcan. Se utilizarán dinámicas grupales como <i>El confidente</i>, en la que cada persona escribirá en un papel su momento más feliz y su momento más triste, y si se siente cómoda lo compartirá con el resto del grupo. Con este tipo de actividades se empieza a generar confianza entre las mujeres. Y las sesiones no consistirán en meras presentaciones formales. Es fundamental que exista dentro del grupo de ayuda mutua un clima de confianza y seguridad entre las participantes, desde el primer momento. En estas sesiones también participarán las facilitadoras del grupo, es decir, la psicóloga, la trabajadora social y la mediadora.</p> |
| <p>Dinámicas grupales centradas en la creación de vínculos entre las participantes: En la segunda semana de esta etapa, se desarrollarán tres sesiones grupales en las que también estarán presentes las facilitadoras. En estas sesiones se realizarán actividades grupales que involucran la danza y el movimiento. La creación de una coreografía y producción de movimientos mejora las habilidades expresivas y comunicativas de las usuarias. El hecho de tener que generar un proyecto común en el que todas participan fomenta la escucha activa entre ellas, la generación de propuestas propias y desarrollo de la creatividad, así como el respeto de los turnos de palabra e ideas del resto de sus compañeras. Se establecen una serie de normas no escritas que han de respetarse, si se quiere completar la tarea. Además, mejora la comunicación introyectiva, y genera un clima de confianza de forma más rápida.</p> |
| <p>Taller de habilidades de comunicación. Finalmente, en la última semana de esta etapa, las facilitadoras impartirán una formación en habilidades de comunicación. A lo largo de la implementación de este proyecto, las participantes van a tener que autogestionarse y gestionar el grupo, y para ello es imprescindible ejercitar las habilidades comunicativas. Se darán pautas para mantener una escucha activa, como la búsqueda del contacto visual, mantener una postura corporal adecuada y emplear un lenguaje corporal óptimo.</p> |

Fuente: *elaboración propia*

Tras la fase de adaptación y cohesión del grupo, que tiene la duración de tres semanas, se comienza con la creación del *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*. En el cual, tienen lugar diversas actividades que son objeto de desarrollo en apartados posteriores. Dicha etapa, tiene una duración de un año, durante el cual se establecen tres reuniones de periodicidad semanal. Por último, tras la finalización del proyecto y la realización de la evaluación final, las facilitadoras del grupo llevarán a cabo la etapa de seguimiento que tendrá una duración de 6 meses. Durante ese periodo de tiempo, las profesionales intervinientes realizan llamadas con una periodicidad mensual a las participantes, con el objetivo de realizar un seguimiento de su situación personal tras la finalización del proyecto, y poder medir el grado de consecución de los objetivos previstos.

En la Tabla 8. Temporalización del proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, se recoge la estructura temporal de este proyecto, como se muestra a continuación:

Tabla 8. *Temporalización del proyecto de intervención social. Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*

| |
|--|
| Grupo de Ayuda Mutua: Por y para mujeres |
| Fases de la preparación del proyecto de intervención Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres (del 4 al 22 de noviembre) |
| Semana 4-8 de noviembre. Difusión y presentación del proyecto. |
| Semana 11-15 de noviembre. Preparación de las instalaciones |
| Semana 18-22 de noviembre. Formación de los y las profesionales intervinientes |
| Fase de adaptación y cohesión del grupo. (del 25 de noviembre al 13 de diciembre) |
| Semana 25-29 de noviembre. Sesiones de primera acogida y presentación |
| Semana 2-6 de diciembre. Dinámicas grupales centradas en la creación de vínculos entre las participantes |
| Semana 9-13 de diciembre. Taller de habilidades de comunicación |
| Inicio de las sesiones del Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres, así como la realización de las actividades de orientación laboral y de ocio. (comienzo día 13 enero de 2025, y finalización el 13 de enero de 2026) |

| |
|---|
| Etapa de seguimiento post-intervención. (comienzo el 30 de enero de 2026 y finalización el 30 de junio de 2026) |
|---|

Fuente: *elaboración propia*

Actividades

Antes de proceder a desgranar las actividades a desarrollar, cabe situar esta etapa dentro del proyecto. Se realiza una vez que finaliza la etapa de adaptación y cohesión, y las participantes ya se conocen entre ellas, y también conocen a las facilitadoras que las acompañarán durante todo el proyecto. La duración de esta etapa es de un año, en el cual las reuniones, de una hora y media de duración, tienen una periodicidad previamente estipulada de 3 veces por semana.

Se tienen en cuenta las particularidades de las participantes, así como los posibles problemas sobrevenidos de conciliación, tendiéndose a una flexibilidad horaria y realizándose posibles reajustes en las sesiones.

Las actividades se dividen, por un lado, en las reuniones del grupo de ayuda mutua, por otra parte, se desarrollan talleres y orientación laboral, y por último, se realizan actividades recreativas, en las que predominan las actividades encuadradas dentro de la metodología *Art Thinking*. La cual es objeto de desarrollo posterior. Todas las actividades propuestas, están vinculadas con los objetivos específicos previstos para este proyecto de intervención.

Sesiones del *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*

Semanalmente, siempre habrá una de las tres sesiones dedicada de forma exclusiva a la reunión del grupo en el espacio habilitado. En la primera de las sesiones, las participantes redactarán un decálogo de directrices para que exista un adecuado funcionamiento del grupo y para que las participantes conozcan las bases del mismo. Podrán contar si lo necesitan con la ayuda de las facilitadoras, no obstante siendo un mero apoyo y en ningún caso guiando los pactos que establezcan las usuarias. En el decálogo han de recogerse reglas básicas, que han de estar vigentes en todos los grupos de ayuda mutua para que exista un funcionamiento adecuado.

En primer lugar, habrá de preverse una cláusula relativa a la confidencialidad respecto a lo que las participantes revelan durante las sesiones. En ningún caso se puede compartir con personas ajenas al grupo lo que alguna de las participantes cuenta sobre su vida personal, ni tampoco comentarlo fuera del grupo con otras participantes una vez finalizada la sesión. Sin esta confidencialidad no se genera un ambiente propicio para que las participantes se sientan con el valor para compartir sus experiencias personales, por lo que todas las integrantes han de respetarla.

Otro principio fundamental que ha de regir dentro del grupo, es el respeto a las compañeras e intervinientes. Se ha de utilizar en todo momento un tono afable para dirigirse a las compañeras de grupo. No se permite elevar el tono, o emplear expresiones ofensivas cuando se llegue a un conflicto. El respeto también implica tener en cuenta los turnos de palabra, no hablar por encima de otra participante, no interrumpir y no emitir juicios de valor. Se puede conversar con las compañeras, pero en ningún caso utilizar un tono paternalista y juzgar sus experiencias. Así como tampoco emitir directrices acerca de cómo tienen que actuar o gestionar su vida personal.

Como se ha comentado anteriormente, las mujeres en situación de drogodependencia son sometidas a un gran estigma social y es fundamental que encuentren en el grupo de ayuda mutua un espacio libre de juicios. La inclusividad y el sentimiento de pertenencia es otro de los puntos básicos para que el grupo funcione. Cada una de las participantes tiene el derecho a participar en condiciones de igualdad durante las sesiones, no existiendo ningún tipo de jerarquía dentro del grupo. Por lo que es necesario que exista una equidad en el reparto de los turnos de palabra, no debiendo existir desequilibrio en los tiempos, y que se dé el caso en el que una de las participantes monopolice el discurso. Esto también se aplica en un sentido inverso, y es que ha de respetarse que una persona decida en un momento determinado guardar silencio, no querer compartir su experiencia o no querer participar en alguna de las dinámicas. La voluntariedad es una *conditio sine qua non* a lo largo de todo el desarrollo del proyecto de intervención. Además, las participantes de mutuo acuerdo podrán diseñar cuantas normas consideren necesarias para mejorar el funcionamiento del grupo. Pudiendo fijar los descansos, la forma en la que se pide la palabra, los tiempos en los que se concede, así como cualquier otra pauta de comportamiento a seguir. Todo ello será recogido en un documento que las participantes redactarán en la primera sesión, y que será firmado por todas ellas. Por supuesto, podrá ser objeto de posteriores modificaciones o ampliaciones, por nuevas situaciones y casuísticas que surjan a lo largo del desarrollo

del proyecto. Por último, en la primera reunión del grupo, las participantes de mutuo acuerdo fijarán los objetivos que ellas esperan alcanzar a través de la participación en el proyecto y que también podrán ampliarse y modificarse en el transcurso del mismo.

Talleres y orientación laboral

Tal y como se desprende del objetivo específico número 4 de este proyecto de intervención social, las participantes recibirán orientación laboral por parte de la trabajadora social interviniente, así como de otras personas profesionales en este ámbito. La precariedad laboral y desempleo es un problema acuciante entre mujeres que padecen un trastorno por uso de sustancia y que dificulta su adecuada integración social en la comunidad. Encontrar un empleo supone independencia económica y una mejor integración en la comunidad. Cuando se padece un trastorno por uso de sustancias, en muchas ocasiones se puede acabar en situaciones de exclusión social, y como se ha mencionado anteriormente, el participar en actividades delictivas para poder subsistir, por ello es vital que una parte del proyecto se centre en la inserción laboral (García i Noguerols 2007).

Durante la totalidad del proyecto, habrá una sesión semanal dedicada a mejorar las competencias digitales para una búsqueda activa de empleo y a la creación de un currículum vitae, dicha formación será impartida por la trabajadora social. Es importante actualizar los conocimientos de las participantes en lo referente a búsqueda de empleo y utilización de herramientas digitales, ya que como consecuencia de la situación de drogodependencia pueden haber perdido el contacto con el mundo laboral. Se prestará una atención individualizada a cada participante, haciéndose las adaptaciones curriculares necesarias sobre los contenidos a impartir. La formación consistirá en la creación del CV a través de la plataforma *Canva*, así como la elaboración de un perfil profesional para registrarse en las principales plataformas de empleo como *LinkedIn*, *Infojobs* y también en Empresas de Trabajo Temporal, si las participantes necesitan un acceso rápido al mercado laboral.

Se dedicarán sesiones a realizar diversas visitas al Centro de Formación Ocupacional del Ayuntamiento de Oviedo y otros servicios públicos y privados de orientación laboral. En los cuales se les facilitará información acerca de los planes de empleo locales a los que pueden acceder, así como de otros programas que combinan la formación académica con el desempeño práctico, como por ejemplo, el programa Joven

Ocúpate. Además, se suministrará información sobre las ayudas a autónomos y pymes, para aquellas mujeres que estén interesadas en el empleo por cuenta propia.

Actividades de ocio

Uno de los objetivos específicos de este proyecto de intervención, sería la realización de actividades de ocio y tiempo libre que estén alejadas de los ámbitos en los que son más propicias las situaciones de consumo de drogas. Es importante desvincular el concepto de ocio del uso de las drogas, y generar espacios donde disfrutar del tiempo libre de una forma saludable. Una de las sesiones semanales estará dedicada a la realización de este tipo de actividades debido a su relevancia.

En varias de las sesiones se van a implementar actividades a través de la metodología denominada *Art Thinking*. La instrumentalización del arte con fines terapéuticos, de acuerdo con Moreno Ríos (2024), puede definirse como:

La vinculación del aprendizaje basado en proyectos artísticos contemporáneos al contexto terapéutico de las drogodependencias, como un recurso de acompañamiento dentro del proceso de rehabilitación de la mujer en situación de aislamiento. La propuesta fusiona educación, arte, conciencia de género, terapia y procesos creativos colaborativos desde un valor formal y pedagógico que se sustenta en la investigación-acción participativa desde diversos métodos artísticos creativos propiamente de mediación comunitaria (Moreno Ríos 2024, 2).

Mediante el proceso de creación artística, las participantes podrán crear espacios de diálogo a través de sus obras y expresar sus emociones, a la vez que desarrollan su creatividad. La selección de esta metodología frente a otras se fundamenta en el estudio que se realizó en el proyecto llamado Tratamientos de Adicciones Alcohol y Drogas CETAD 12 Pasos en la ciudad de Cuenca, situada en Ecuador en el año 2023 . Los resultados obtenidos son extremadamente alentadores sobre los beneficios de esta metodología. Se realizó un cuestionario a las participantes tras la implementación de dicha metodología, una de las preguntas fue la siguiente: ¿Crees que la práctica artística ha contribuido al reconocimiento de tus emociones y reconstrucción de tu autoestima? El 100% respondió de forma afirmativa. La segunda pregunta dentro del cuestionario fue: ¿Te gustaría que estos talleres se incorporen permanentemente dentro del programa de rehabilitación? En ella también el 100 % de las encuestadas respondieron que sí. Se

puede observar cómo las participantes mejoraron su autoestima además de sentirse cómodas en la realización de las sesiones. Las investigadoras quisieron extraer información sobre aquello que las participantes consideraban que les había aportado el taller y se les formuló la siguiente pregunta: ¿La reflexión y discusión de problemáticas sociales han incentivado al desarrollo de un pensamiento crítico y consciente de tal forma que orientan tu crecimiento emocional y social? El 100% de las mujeres respondió de forma afirmativa. Considerándose por ende que participar en procesos creativos amplía la formación cultural, incita a la reflexión a la par que sirve como instrumento a través del cual expresar emociones.

En estas sesiones participarán la psicóloga y la trabajadora social para facilitar los materiales de trabajo a las participantes, así como para proponer las temáticas de las sesiones, las cuales podrán ser modificadas o resignificadas por las mujeres que participen. También se les facilitará diversa bibliografía de mujeres creadoras, así como filmografía, con el objetivo de que se enriquezcan de la obra de otras mujeres en su misma situación.

En ningún caso, estas sesiones estarán sujetas a ningún tipo de directriz o guía. Serán las usuarias las que decidan en todo momento cómo llevar a cabo el proceso creativo. Tras la finalización del taller, la obra realizada por las usuarias durante las diferentes sesiones, será expuesta al público general.. Con ello, se pretende sensibilizar a los habitantes de la localidad con esta problemática e intentar educar a través del arte. A fin de que se eliminen los prejuicios sobre estas mujeres, y se las deje de etiquetar de manera reduccionista en base a la situación de consumo que atraviesan. El reconocimiento a su arte y al testimonio reflejado en el mismo, debe ser una cuestión prioritaria. No obstante, la participación en la exposición será voluntaria, respetando la decisión de las participantes de mantener su obra para sí mismas. La voluntariedad es un principio que ha de regir en todo el proyecto de intervención.

Las sesiones dedicadas a actividades de ocio también consistirán en la realización de actividades al aire libre dentro de la localidad. Es importante que las participantes del proyecto reconecten con el entorno en el que viven y frecuenten nuevos espacios alejados de situaciones de consumo. Además, son actividades accesibles que no suponen un coste económico y que pueden continuar haciendo una vez finalizado el proyecto. A la vez que se hace ejercicio y se está en contacto con la naturaleza, se pueden generar nuevos vínculos, ampliando el círculo social. El decidir poner fin al consumo de drogas supone también cortar relación con aquellas personas con las que se

realizaba este consumo. Por ende, es fundamental desarrollar nuevas relaciones completamente alejadas de ese ámbito, como rutas de senderismo en localidades cercanas a Oviedo. Todo ello favorece la integración social de las participantes en su entorno, siendo este el objetivo específico número 7 del proyecto de intervención social.

Recursos

En el presente apartado, se detallan los recursos tanto materiales como humanos utilizados en el proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*.

En la Tabla 9, se recogerán los recursos de carácter material, siendo los siguientes:

Tabla 9. Recursos materiales

| |
|---|
| Recursos materiales |
| Recursos materiales no fungibles |
| 1. Materiales didácticos: libros y manuales empleados en el diseño del proyecto, libros de historia del arte facilitados a las participantes en el desarrollo de las sesiones de creación artística, filmografía. |
| 2. Equipos electrónicos: proyector, ordenadores, altavoces, pantallas y cámaras fotográficas. |
| Recursos materiales fungibles |
| 1. Materiales de comunicación y difusión: folletos y carteles repartidos por las diferentes zonas de interés del concejo. |
| 2. Material de oficina y papelería: papeles, bolis, rotuladores, lápices de colores, cola, pintura acrílica, lienzos y arcilla. |

Fuente: *elaboración propia*

A continuación en la Tabla 8, se disponen aquellos recursos humanos intervinientes en el proyecto *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*.

Tabla 10. Recursos humanos empleados en el *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*

| |
|--|
| Recursos humanos |
| Voluntariado: se contará con la ayuda de personal voluntario para repartir los folletos y colocar los carteles informativos. Así como para crear campañas de difusión. |
| Agentes intervinientes en el proyecto: se contará con la participación de una trabajadora social, una mediadora y una psicóloga clínica. |

Fuente: *elaboración propia*

Además, cabe mencionar los espacios físicos empleados, como una sala de reunión donde tendrán lugar las sesiones del grupo de ayuda mutua, así como las sesiones de creación artística. La sala de informática, donde se realizarán los talleres de orientación laboral. Y la sala de almacenaje, donde se guardan los materiales utilizados en las diferentes actividades.

Tal y como se ha dispuesto anteriormente, hay tres profesionales del ámbito social que intervienen en el mismo: la mediadora, la psicóloga clínica y la trabajadora social. En la Tabla 3, se detallan las funciones que van a llevar a cabo dentro de este proyecto.

Tabla 3. Funciones de las profesionales intervinientes en el proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*

| |
|---|
| Funciones desempeñadas por las profesionales intervinientes |
| Trabajadora social: es la encargada de elaborar el diagnóstico social, la ficha social y la historia social de cada participante. Además, junto con la psicóloga clínica y la mediadora elaborará los cuestionarios y la estructura de las entrevistas de las cuales se extrae la información de carácter cualitativo. Realiza el seguimiento post-intervención a las participantes, junto a sus compañeras. También es la responsable de impartir los talleres de orientación laboral, a la par que desarrolla dichos contenidos a tratar en los mismos. |
| Mediadora: es la persona a la cual las participantes con carácter voluntario acudirán en caso de conflicto para resolver el mismo a través de la mediación. Además, colaborará con la trabajadora social y la psicóloga clínica en la elaboración de los cuestionarios y |

entrevistas. También participará en la recogida de información dentro del seguimiento post-intervención realizado a las mujeres participantes en el proyecto.

Psicóloga clínica: la psicóloga clínica elaborará los contenidos de los talleres de comunicación. Las participantes podrán concertar con ella sesiones individuales o en pequeños grupos para tratar cuestiones personales. Además, elaborará los cuestionarios y realizará las entrevistas junto a la trabajadora social y también realizará el seguimiento post-intervención de las mujeres usuarias del proyecto.

Fuente: *elaboración propia*

Evaluación

A lo largo del proyecto de intervención, desde su comienzo a su final, es sometido a diversas formas de evaluación. Antes de detallar en que consistirá la evaluación de este proyecto, cabe mencionar brevemente qué entendemos por evaluación, de acuerdo con Valdes:

La evaluación no puede ser entendida como sinónimo de investigación ni como actividad exclusivamente intelectual, pese a que entre ambas acciones, si bien existe una estrecha relación, se evidencia una diferencia dada por los objetivos que persiguen, en tanto la investigación tiene un fin puramente cognitivo, la evaluación, por su parte, pretende además, la utilización o aplicación del conocimiento obtenido. Por lo mismo, es común en ambas tareas el uso de procedimientos metodológicos rigurosos que viabilicen la obtención de sus objetivos (Valdes 1999, 4).

La evaluación dentro de este proyecto se realiza en momentos diferentes dentro de su desarrollo y además, será llevada a cabo de varias formas. En el subapartado siguiente, se detallan los documentos elaborados por la trabajadora social interviniente en el proyecto.

Evaluación de proceso

Para un adecuado desarrollo del proyecto, es imprescindible que sea sometido a una evaluación constante durante su realización. Como se ha mencionado anteriormente, las participantes son sujetos activos en el diseño del proyecto de intervención, no solo

autogestionan el grupo de ayuda mutua con plena autonomía, sino que se busca su constante retroalimentación en los talleres y actividades que se implementan.

Para ello, semanalmente se establece un tiempo de debate al final de la sesión de una duración de 10- 15 minutos en la que las participantes expondrán sus opiniones acerca de las actividades que se han realizado dicha semana, y si lo consideran oportuno, podrán proponer mejoras o modificaciones. La trabajadora social estará presente para anotar dichas opiniones y tenerlas en cuenta para las futuras sesiones. El proyecto es mutable y será sometido a mejoras continuas.

Además, tras la finalización de un taller o actividad, las participantes realizarán un cuestionario a través de *Google Forms*, en el que se les formularán dos preguntas abiertas de cara a obtener mayor cantidad de información. Las preguntas se recogen en la Tabla 11, y son las siguientes:

Tabla 11. Cuestionario realizado tras la finalización de las actividades programadas en el proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y par mujeres*

| |
|--------------------------------------|
| Preguntas fin de actividad |
| 1. ¿Qué te ha aportado la actividad? |
| 2. ¿Qué mejorarías? |

Fuente: *elaboración propia*

Además, con una periodicidad de dos semanas, las tres agentes sociales intervinientes en el proyecto tendrán reuniones en las cuales pondrán en común aquellos datos extraídos en los debates y en los diarios de campo y buscarán las formas más eficientes de introducir las modificaciones o mejoras propuestas por las participantes.

Evaluación final

La evaluación final del proyecto de intervención social es crucial para poder medir el grado de consecución de los objetivos generales y específicos establecidos en el mismo, además de las barreras y limitaciones encontradas. Así como para ser una fuente de conocimiento para futuros proyectos que afecten al mismo colectivo de mujeres. Por ello, es fundamental que sea lo más rigurosa posible.

A lo largo de este proyecto de intervención social, se han extraído datos tanto de carácter cuantitativo como cualitativo. Los cuales han de ser objeto de análisis. En primer lugar, se ha de someter a análisis cuantitativo el cuestionario final. Se trata de un cuestionario con una escala tipo Likert en la que las participantes tendrán que seleccionar la opción que más se ajuste a su opinión, siendo 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = De acuerdo, y 4 = Totalmente de acuerdo. Se dispone en la Tabla 12 que es la siguiente:

Tabla 12. Cuestionario final realizado a las participantes del proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*

| Cuestionario sobre el grado de alcance de los objetivos del proyecto | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| La participación en el proyecto ha mejorado tu autoconcepto y autoestima | | | | |
| La participación en el proyecto ha supuesto una ampliación de tus conocimientos relativos a la búsqueda de empleo | | | | |
| La participación en el proyecto ha favorecido la ampliación de tu círculo social | | | | |
| A través de la participación en el proyecto has podido | | | | |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| disfrutar de otras formas de ocio alejadas de la situación de consumo | | | | |
|---|--|--|--|--|

Fuente: *elaboración propia*

Además, de los datos de carácter cuantitativo extraídos del cuestionario final dispuesto anteriormente, la trabajadora social y la psicóloga clínica realizarán entrevistas individuales a las participantes, empleando preguntas abiertas de cara a recabar la mayor cantidad de información posible para poder medir el impacto del proyecto, así como la consecución de sus objetivos a través de la recogida y análisis de datos cualitativos.

Una vez finalizado el proyecto de intervención social, *Grupos de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, la trabajadora social junto con la psicóloga clínica realiza un seguimiento post-intervención que tendrá una duración de 6 meses tras la finalización del proyecto. Este seguimiento consiste en llamadas con una periodicidad mensual, en las cuales se realizan preguntas abiertas relativas al grado de consecución de los objetivos específicos dispuestos en este proyecto. A partir de la información extraída en las entrevistas telefónicas, con las mujeres usuarias del proyecto, se analiza esa información de carácter cualitativo. Todo ello con la finalidad de poder llevar a cabo una evaluación de impacto. La evaluación de impacto, siguiendo lo dispuesto por Salamanca se define como:

Todo proyecto social busca modificar exitosamente la situación problema que motivó la intervención. En la evaluación ex -post, se hace una distinción típica entre resultado e impacto. El primer término apunta a las modificaciones tangibles, medibles o registrables, usualmente con un instrumento de medición empírica: el segundo; o sea el impacto, agrega los efectos secundarios o colaterales de la intervención, englobando externalidades positivas del proyecto y efectos de tipo diferido en el tiempo (Salamanca 1995, 40).

Esto aplicado al proyecto que nos ocupa va a traducirse, una vez obtenidos los datos sobre la situación de las participantes, en medir en qué grado los objetivos generales y específicos, se han alcanzado y si el proyecto de intervención social ha conseguido

modificar en el sentido previsto la realidad de las mujeres en situación de drogodependencia participantes en el grupo.

Limitaciones y obstáculos

Este proyecto de intervención no está exento de limitaciones, tanto a nivel estructural como a nivel interno. Se trata de una intervención social ambiciosa que pretende transformar la vida de las mujeres en situación de drogodependencia en varios ámbitos. A continuación, en la Tabla 13, se enumeran aquellos obstáculos a nivel estructural que presenta el proyecto de intervención social.

Tabla 13. Obstáculos de tipo estructural

| |
|---|
| Obstáculos de tipo estructural |
| 1. La falta de medidas de conciliación familiar que dificultan el poder acudir a las sesiones |
| 2. La falta de visibilización por parte de los poderes públicos de este tipo de programas |
| 3. La escasez de recursos con la que cuentan los proyectos de intervención social |
| 4. La precariedad laboral en el sector de la intervención social |

Fuente: *elaboración propia*

A continuación, en la Tabla 14, se enumeran aquellos obstáculos que dificultan o entorpecen una adecuada actuación profesional de los y las agentes sociales que intervienen en este proyecto.

Tabla 14. Obstáculos de las profesionales intervinientes en el proyecto de intervención social *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*

| |
|--|
| Obstáculos que enfrentan los profesionales |
|--|

| |
|--|
| 1. Prejuicios hacia el colectivo de mujeres en situación de drogodependencia |
| 2. Rígidez a la hora de implementar las propuestas establecidas |
| 3. Barreras comunicativas con las participantes |
| 4. Formación insuficiente en materia de género |
| 5. Condiciones laborales precarias |

Fuente: *elaboración propia*

Otra de las limitaciones que ha de tenerse en cuenta en el desarrollo del proyecto, es que muchas de las mujeres participantes pueden estar viviendo una situación de violencia de género o tener problemas psicológicos derivados de la misma. Esto, dificulta en gran medida su continuación dentro del proyecto y requiere una mayor implicación de las profesionales intervinientes en la prestación de asesoramiento. De acuerdo con la investigación realizada a 29 profesionales de Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y de Centros Mujer 24 Horas (CM24H) de la Comunitat Valenciana, que trabajan con este colectivo, se obtienen resultados alarmantes. El 62,07% de los y las personas encuestadas considera que la mayoría de las mujeres, en este caso consumidoras de cocaína, recibe malos tratos a manos de su pareja durante el tratamiento de rehabilitación. Es una realidad que los y las profesionales intervinientes con las mujeres en situación de drogodependencia han de tener muy presente a la hora de abordar la intervención.

Valoración personal y conclusiones

A lo largo de este trabajo fin de máster, se han puesto de relieve las diferencias que existen entre mujeres y hombres en situación de drogodependencia, así como el enfoque androcéntrico que se produce en muchas de las investigaciones que abordan la problemática (Romo 2012).

La normativa vigente en España, ya recoge la necesidad de la inclusión de la perspectiva de género, tanto en las investigaciones que se lleven a cabo, como en los proyectos de intervención que se implementen. No obstante, además de la igualdad

formal ya reconocida, es necesario que esto se traslade a una igualdad material. Para ello, es fundamental que se pongan en marcha más proyectos de intervención social que atiendan de forma integral todas las necesidades de las mujeres que se encuentren en una situación de drogodependencia, tal y como se dispone en el Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016.

Con la creación del *Grupo de Ayuda Mutua: por y para mujeres*, se pretende generar un nuevo proyecto de intervención social que parta de la autonomía y capacidad de gestión de las mujeres participantes. En el proyecto, se otorga especial importancia a la divulgación. Se considera una cuestión clave el empleo de técnicas adecuadas de difusión, para que el proyecto sea conocido por el mayor número de mujeres posible, y tenga así un mayor alcance.

Además, trata de luchar con algunos de los obstáculos que se producen a la hora de que las mujeres accedan a los tratamientos. Como sería la falta de formación en género del personal que interviene con este colectivo, y que en ocasiones conlleva que las mujeres reciban un trato inadecuado, sintiéndose juzgadas e incomprendidas (Hansen Rodríguez 2021). Por ello, en el proyecto se prevé que antes de su puesta en marcha, que las profesionales que van a intervenir reciban una formación específica en igualdad de género.

Se trata de ofrecer un recurso de intervención social, que sea compatible con las actividades que las participantes lleven a cabo en su vida diaria. Y que, además, tenga un enfoque integral, el cual abarque diferentes ámbitos de la vida de las mujeres. Desde nuevas alternativas de ocio y tiempo libre, hasta medidas que favorezcan su integración laboral.

Referencias bibliográficas

- Acaso, M., y C. Megías. 2017. *Art Thinking. Cómo el arte puede transformar la educación*.
- Aguilella, A. C., J. J. Llopis Llacer, M. Rebollida, C. Fernández Gómez, y T. Orengo. 2003. "Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la Comunidad Valenciana." *Salud y drogas* 3 (2): 37-60.
- Aranaga, I. M. 2018. *Técnicas de intervención en Trabajo Social*. Recuperado de https://issuu.com/ale03/docs/tema_4._las_t_cnicas_documentales_1
- Bachiller, D., L. Grau-López, C. Barral, C. Daigre, C. Alberich, L. Rodríguez-Cintas, S. Valero, M. Casas, y C. Roncero. 2015. "Grupo motivacional en unidad hospitalaria desintoxicación, su influencia en mantenimiento de la abstinencia y retención al tratamiento tras alta." *Adicciones* 27 (2): 109-118.
- Berruecos Villalobos, L. 2010. "Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones." *Cuicuilco* 17 (49): 61-81.
- Bierut, L. J., J. P. Rice, H. J. Edenberg, A. Goate, T. Foroud, C. R. Cloninger, H. Begleiter, et al. 2000. "Family-based study of the association of the dopamine D2 receptor gene (DRD2) with habitual smoking." *American journal of medical genetics* 90 (4): 299-302.
- Cedillo, G. J. 2021. "Diagnóstico social en trabajo social: conceptos clave y metodología para su elaboración." *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* 100: 14.
- Colmenares, A. M. 2012. *Investigación-acción participativa: una metodología integradora del conocimiento y la acción*.
- Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. 1985. *Dos documentos básicos en Trabajo Social: Estudio de la aplicación del Informe y Ficha Social*. Siglo XXI.
- Cuervo, M., y J. Diéguez. 1991. *Mejorar la expresión oral: animación a través de dinámicas grupales*. Vol. 120. Narcea Ediciones.

- de la Fundación, P. D. T. 2017. "Proyecto Hombre 30 años de trabajo en Asturias." *Revista de SEAPA* 5 (1): 6-14.
- Díaz-Mesa, E. M., P. García-Portilla, S. Fernández-Artamendi, P. A. Sáiz, T. Bobes Bascarán, M. J. Casares, E. Fonseca, S. Al-Halabí, y J. Bobes. 2016. "Diferencias de género en la gravedad de la adicción." *Adicciones* 28 (4): 221-230.
- Dirección General de Salud Pública, Servicio de Salud Poblacional, Observatorio sobre Drogas y Adicciones del Principado de Asturias. 2024. *Encuesta Domiciliaria Sobre Alcohol y otras Drogas en España: Resultados ASTURIAS*.
- Duque Betancor, M. C. 2020. *Intervención Social Con La Mujer Drogodependiente* [Bachelor's thesis].
- España. 2007. *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. Boletín Oficial del Estado, n.º 71, 23 de marzo de 2007, pp. 12611-12645.
- España. 2015. *Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas*. Boletín Oficial del Estado, n.º 58, 9 de marzo de 2015, pp. 21874-21897.
- España. 2021. *Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Esqueda, A. L., A. A. Calderón, R. A. Jiménez, M. A. Guzmán, y Ó. V. Monroy. 2004. "Grupos de Ayuda Mutua: Estrategia para el control." *Archivos de cardiología de México* 74 (4): 330-336.
- Farapi, S. L. 2009. *Drogas y género*. Gizonduz, Emakun de Instituto Vasco de la Mujer & Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia/Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- García-Mina, A. 2006. *Diferencias de género en el uso de las drogas*. Vol. 7. Universidad Pontificia Comillas.
- García, P. O., y E. Clavero Mira. 2014. "Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso." *Acta sociológica* 64: 121-144.

- Gómez Moya, J. 2008. "Cocaína, violencia y género desde el punto de vista de los profesionales." *Revista Española de Drogodependencias*.
- Gutiérrez, L. C. A., F. M. Díaz Pérez, y M. O. González Morales. 2022. "Nivel educativo, temporalidad y regulación del empleo en España para el período 2002-2020. Especial referencia a las diferencias entre mujeres y hombres." *Revista de Estudios Empresariales. Segunda época* 1: 23-44.
- Hansen Rodríguez, G. 2020. "Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento."
- Iglesias, E. B. 2002. *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Jeifetz, V., y D. Tajer. 2010. "Equidad de género en la adherencia al tratamiento de adicciones: Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público." *Anuario de investigaciones* 17: 317-320.
- Kramer, J. F., D. C. Cameron, y World Health Organization. 1975. *Manual sobre la dependencia de las drogas: compilación basada en informes de grupos de expertos de la OMS y en otras publicaciones de la OMS*. Organización Mundial de la Salud.
- Lázaro, S., et al. 2007. *Aprendiendo la Práctica del Trabajo Social: Guía de Supervisión para Estudiantes*. Universidad Pontificia de Comillas.
- Llopis, J. J., A. Castillo, M. Rebollida, y P. Stocco. 2005. "Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención." *Salud y drogas* 5 (2): 137-157.
- Llort Suárez, A., S. Ferrando Esquerré, T. Borrás Cabacés, e I. Purroy Aritzeta. 2013. "El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias."
- Madrona, P. G., E. C. Gutiérrez Marín, y P. D. Madrid López. 2012. "Incremento de las habilidades sociales a través de la expresión corporal: la experiencia en clases de iniciación al baile." *Cuadernos de Psicología del deporte* 12 (2): 83-88.

- Marc A. 2006. *Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment*. Springer Science & Business Media.
- Menéndez Vega, C., y E. García Gutiérrez. 2018. "Características predictoras de éxito en la reinserción social de personas drogodependientes."
- Molnar, B. E., S. L. Buka, y R. C. Kessler. 2001. "Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey." *American Journal of Public Health* 91 (5): 753–760.
- Nogueroles, J. M. G. 2007. "La integración laboral a partir de los itinerarios y el tratamiento de las drogodependencias." *Aposta. Revista de Ciencias Sociales* 33: 1-25.
- Observatorio Español de las Drogas y Adicciones. 2023. *Alcohol, Tabaco y Drogas Ilegales en España*. Ministerio de Sanidad.
- Pérez, A. C., N. K. Quijano León, y E. A. Góngora Coronado. 2017. "Empatía, comunicación asertiva y seguimiento de normas. Un programa para desarrollar habilidades para la vida." *Enseñanza e investigación en psicología* 22 (1): 58-65.
- Pibaque-Gomez, C. H., y M. García-Cedeño. 2021. "Resiliencia y autoestima en pacientes drogodependientes de la Comunidad Terape”.
- Principado de Asturias. 2010. *Plan sobre Drogas para Asturias 2010-2016*. Consejería de Sanidad.
- Rechkemmer Gamero, M. A. (s.f.). "Proceso de afrontamiento en madres drogodependientes en rehabilitación: estudio cualitativo en el distrito de Lurín."
- Romo Avilés, M. N. 2010. "La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas."
- Romo Avilés, M. N. 2012. "¿Para chicas o para chicos? Reflexiones en torno a la inclusión de la perspectiva de género en la prevención de drogodependencias."

- Salamanca, F. 1995. *Formulación y Evaluación de Proyectos Sociales*. Curso de post grado del Programa global de formación en población y desarrollo. Documento docente, CELADE Noviembre.
- Sánchez, María Victoria Molina. 1997. "Introducción al Trabajo Social II. Trabajo Social con individuos y familias: Escartín Caparros, MJ, Palomar Villena, M., Suárez
- Soberanes, Janette Góngora, y Marco Antonio Leyva Piña. 2005. "El alcoholismo desde la perspectiva de género." *El cotidiano* 132: 84-91.
- Soto, E., Aguaclara." *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social* 5: 321-322.
- Tubert, Silvia. 1999. "Masculino/femenino; maternidad/paternidad." *Psicomundo.com*. Consultado el 2.
- Valdés, Marcos. 1999. *La evaluación de proyectos sociales: Definiciones y tipologías*. Santiago de Chile: FUNCASE.
- Valdés, Marcos. 2009. "La evaluación de impacto de proyectos sociales: Definiciones y conceptos." *Revista electrónica Mapunet*. Recuperado de https://www.mapunet.org/documentos/mapuches/Evaluacion_impacto_de_proyectos_sociales.pdf.