

PROGRAMA MOTIVACIONAL/ADICCIONES

PROMOVIENDO EL CAMBIO
EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES ENCARCELADAS.

ALUMNA: ISABEL MARIA PIÑEIRO JIMENEZ.

TUTORA: PURIFICACIÓN HERAS.

MASTER OFICIAL EN IGUALDAD Y GÉNERO EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO. Orientación profesional en prevención de la violencia de género (2014/2015)

Septiembre, 2015.

INDICE

PREAMBULO.....	5
1. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO.....	8
2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.....	8
3. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO.....	10
3.1. Aproximación a la discriminación de género, vulnerabilidad y violencia social que sufre la mujer encarcelada.....	10
3.2. La mujer encarcelada.....	11
3.3. El proceso de rehabilitación e inserción con las mujeres encarceladas y aplicación de políticas de igualdad de género.....	12
3.4. Intervención sobre la drogodependencias en las cárceles catalanas.....	13
3.5. Drogodependencia en la mujer y violencia de género.	15
3.6. Bidependencia en mujeres.	16
4. CONTEXTO DEL PROYECTO.....	18
5. FINALIDAD DEL PROYECTO.	20
6. POBLACIÓN A QUIÉN SE DIRIGE LA INTERVENCIÓN.	21
7. PLANTEAMIENTO Y PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO.	22
7.1. Respecto a la atención y el rol profesional.	23
7.2. Respecto a los contenidos y la intervención terapéutica.....	23
7.3. Respecto al momento de las usuarias.....	25
7.4. Respecto a los horarios, espacios y coordinación con otras actividades..	25
8. OBJETIVOS DEL PROYECTO.	26
8.1. Objetivos generales.	26
8.2. Objetivos específicos.....	26
9. RECURSOS PERSONALES/RECURSOS MATERIALES.	27
9.1. Recursos personales.	27
9.2. Recursos materiales.	28
9. METODOLOGÍA Y CONTENIDOS.....	29
10. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	35
11. TEMPORALIZACIÓN.	37
11.1. Temporalización general.....	37
11.2. Temporalización a partir de contenidos. (SESIONES).....	38
12. EVALUACION.	40
13. FUTURAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS	48

PREAMBULO.

Para entender el porqué del presente trabajo, la elección de la temática y el cuerpo, que con el paso de las meses ha ido adquiriendo, debo comenzar situándome como trabajadora dentro del CP Brians 1 de Dones y explicando cuál ha sido mi itinerario profesional hasta mi llegada a este centro.

Comencé mi contacto con el medio penitenciario hace aproximadamente 10 años al pasar a formar parte de un nuevo equipo que debía encargarse de la confección y la puesta en marcha de un proyecto piloto: CAS Brians 1. Este servicio, ubicado dentro del CP Brians 1, tenía como objetivo convertirse en soporte y ser una alternativa a la intervención/atención que desde los equipos de tratamiento se proporcionaba a la población con problemática toxicológica del centro.

En aquel momento yo contaba con una escasa experiencia en atención e intervención con mujeres. Una vez ubicada en el equipo socioeducativo, nos tuvimos que repartir los módulos residenciales de los que seríamos referentes; y me sentí *aliviada*, cuando una de mis compañeras se erigió como voluntaria para ser la referente del de mujeres¹. Había escuchado muchos comentarios basados en estereotipos y prejuicios sobre las internas (“todas están locas”, “son unas viciosas”, “se pasan el día llorando”, “siempre están chillando”, “no te puedes fiar de ellas, siempre están con problemas”, “son unas pesadas”, “son como niñas”, “son unas vagas no quieren hacer nada”, “se pasan el día en el patio trapicheando o drogándose”, “son unas mentirosas”, “son unas liantas”...).

En nuestro trabajo diario, el equipo de educadoras, destinábamos un tiempo para reuniones de coordinación, donde consensuábamos ideas, hacíamos propuestas y elegíamos las actividades que íbamos a proponer a los diferentes grupos. Nuestra compañera siempre me dejaba *fascinada*, por su sensibilidad, su cuidado y la forma que tenía para adaptar los contenidos de las actividades para las mujeres. Acompañaba todas sus intervenciones con una gran dosis de creatividad, simpatía y calor, por lo que, en algunos momentos, estuvo en el punto de mira de otros/as profesionales. En la atención individual, también mostraba una actitud diferente más cercana, emotiva y con una facilidad extraordinaria para flexibilizarse y respetar los tiempos de las usuarias, algo poco frecuente dentro del medio penitenciario. Hoy, puedo decir, que mi compañera siempre intentó trabajar desde la perspectiva de género con las usuarias; dentro de un medio, en el que, a pesar de los esfuerzos de algunos profesionales y las

¹ En el año 2005, el CP Mujeres Brians 1 estaba configurado por un único módulo. En la actualidad, existen dos módulos residenciales Dones U i Dones 2.

recomendaciones de las direcciones, queda todavía bastante camino por recorrer para conseguir una intervención transversal con perspectiva de género.

No obstante, el camino ya se ha iniciado, somos muchos/as los/las que estamos subidos/as en este carro y queda, estoy convencida, menos distancia.

Desde de mi traspaso al equipo de rehabilitación del CP Brians 1, por mi formación y experiencia en el ámbito de la toxicomanía, mis superiores me fueron orientando hacia programas de intervención específicos para profundizar en la misma. Estuve destinada en dos módulos de hombres hasta hacerme la propuesta de formar parte del equipo de la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria de Mujeres (DAE). Esta proposición marcó un punto de inflexión en mi carrera profesional. La oportunidad de trabajar en una comunidad terapéutica era del todo interesante pero me asustaba enormemente el hecho de que las destinatarias de mi labor fueran mujeres. Además, recordaba la actuación y el *saber hacer* de mi antigua compañera de CAS y ni me veía preparada, ni formada para poder realizar un trabajo de calidad. Me tenía que enfrentar a la intervención con un colectivo que, a pesar de compartir espacio, problemática y quizás también delito, tenía unas necesidades *diferentes* a las de la población que recibía mi atención hasta el momento. Mi antigua compañera, fue una de las personas que más me animó para enfrentarme a ese reto profesional.

Durante los 5 años que formé parte del equipo DAE aprendí a partir de formación (hoy entiendo que escasa), de la interacción con las propias usuarias, de la coordinación con un equipo *sensibilizado*, más experimentado que yo y, poco a poco, casi sin darme cuenta, mi manera de intervenir, de atender a las usuarias fue transformándose, adaptándose y especializándose.

Desde hace 2 años, realizo mi intervención, en la unidad ordinaria y especial de módulo U de Dones, intentando conservar y aplicar toda la especialización que adquirí durante mi estancia en el DAE. Hoy, soy yo, quién, a veces, puedo estar en el punto de mira de mis compañeros/as. No me importa en absoluto si eso significa intentar proporcionar una intervención lo más ajustada posible a las necesidades de la persona que tengo delante, aunque, a veces, *resulta cansado* tener que justificar aquello que, para mí, resulta obvio.

Trabajar en el módulo ordinario, después de intervenir en una unidad pequeña, especializada, separada, con un equipo estable y sensibilizado, me ha hecho ser más consciente de las deficiencias en la intervención que existen en este *módulo grande*. En el módulo Dones U, a pesar de la voluntad y las ganas de algunos profesionales, la filosofía imperante sigue siendo la de la coerción, la vigilancia, la restitución del daño y el control. Perpetuando así, formas de interacción con un trasfondo violento en las que

son comunes la desconfianza, la lejanía y la desresponsabilización de las internas; aspectos que no favorecen al desarrollo de su autonomía e independencia.

En la actualidad, y después del tiempo que llevo formando parte del equipo de toxicomanías del módulo y de ser una de las referentes del programa motivacional, soy consciente que *progresivamente* he ido introduciendo cambios en el mismo y proponiendo alternativas de intervención al resto del equipo profesional y dirección del centro.

Esto me llevado a pensar que el programa motivacional de mujeres debería ser entendido como en *construcción permanente*. A partir de las demandas, intereses y necesidades de las usuarias que lo van configurando.

Dicho de otra manera, el programa de tratamiento para mujeres encarceladas con problemática toxicológica, debe ir más allá de ser una adaptación del programa que se realiza con hombres, y además, debe ser dinámico, flexible y adaptable a las necesidades de las usuarias a fin de que ellas se sientan identificadas con sus contenidos.

PROGRAMA MOTIVACIONAL/ADICCIONES.

PROMOVIENDO EL CAMBIO EN LA INTERVENCIÓN CON MUJERES ENCARCELADAS.

1. DENOMINACIÓN DEL PROYECTO.

Mi TFM, *Programa motivacional/ adicciones* realiza una propuesta de cambio sobre la intervención con mujeres drogodependientes que, en la actualidad, se realiza en el *Centro Penitenciario de Mujeres Brians 1*².

Mi proyecto se centra en un programa concreto de intervención: el programa motivacional de toxicomanías. Éste es el primer programa de tratamiento especializado³ que se ofrece a las usuarias a las que se les detecta o que verbalizan problemática de dependencia a sustancias. Mi proyecto plantea una propuesta de mejora sobre los contenidos y metodología del programa existente. Pretende trabajar las dependencias desde una perspectiva de género, abordando la problemática de la dependencia, más allá, del consumo de la sustancia y sus consecuencias. Así como, profundizar en la prevalencia de violencia de género entre las usuarias, en su vulnerabilidad social y en la necesidad de empoderamiento.

2. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.

Durante mi trayectoria profesional interviniendo con mujeres drogodependientes privadas de libertad, me he encontrado que, en sus historias de vida, se repiten los episodios de abuso y violencia de género. Las mujeres víctimas de estas situaciones, o bien las aceptan con resignación (sin plantearse posibilidad de cambio), o bien repiten formas de interacción afectiva con perfiles similares; exponiéndose a ser víctimas de nuevos episodios de maltrato y entrar en una nueva espiral de violencia. También son frecuentes los acercamientos a la pareja de riesgo, a pesar de que la mujer se reconozca como Víctima de Violencia de Género (de ahora en adelante, VVG), haya iniciado un procedimiento judicial al respecto, o incluso exista una Orden de Protección a la Víctima (de ahora en adelante, OPV).

² Centro Penitenciario penal y mixto que se encuentra ubicado en Sant Esteve de Sesrovires (Barcelona)

³ Programas especializados de tratamiento de toxicomanías en CP Mujeres Brians 1 ofertados desde el **área de rehabilitación**: programa motivacional, programa intensivo de tratamiento (DAE), programa de analíticas, programa individualizado de tratamiento (todos ellos, programas libres de drogas). El equipo de tratamiento referente, a partir de las necesidades detectadas, propondrá a la usuaria la realización de uno varios de estos programas durante su estancia penitenciaria. La superación del/los programa/s planteado/s supondrá para la usuaria un avance en su itinerario.

A pesar de todo lo anterior, encuentro que desde los equipos de tratamiento, la interrelación entre dependencia y violencia de género, en muchas ocasiones, no se trabaja con la profundidad que se debería. ¿Por qué motivos? Pues, porque entre los equipos puede existir una insuficiente formación en perspectiva de género y/o porque desde las directrices marcadas por la Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad (de ahora en adelante, SGPRiS) el tratamiento de la problemática de la dependencia a sustancias tiene en el consumo su eje central; no existiendo, una guía de orientación e intervención específica para el tratamiento en mujeres privadas de libertad de las drogodependencias.

No obstante, algunos/as profesionales consideramos que debería hablarse de dependencia y no de drogodependencia, puesto que el problema va más allá. Por este motivo, hemos propuesto, y defendido *cambios*⁴ en los programas de intervención, a fin de poder trabajar con las mujeres sobre la identificación y afrontamiento a diferentes dependencias que suelen aparecer asociadas a la toxicomanía. Mi proyecto pretende abordar de manera especial la bidependencia. Esta dependencia es bastante común entre las mujeres drogodependientes, y debe entenderse como facilitadora del mantenimiento de la dependencia a sustancias, así como un riesgo para el maltrato, el abuso y la violencia.

En esta realidad se basa mi propuesta de TFM, en la necesidad de construcción de una guía de intervención específica para mujeres privadas de libertad sobre dependencias. No obstante, considerando que esto sería demasiado amplio, he decidido centrarme en la modificación de un único programa de intervención, el primero que se le ofrece a las internas, el programa motivacional de toxicomanías. Así pues, mi propuesta pretende:

- Promover cambios sobre los contenidos y la metodología del programa, a fin de ofrecer una intervención con perspectiva de género, donde se incida en la violencia y en su interrelación con la dependencia a sustancias; se reflexione sobre la vulnerabilidad social y psicológica de la mujer drogodependiente previa y posterior a su entrada a prisión; se trabaje la susceptibilidad de desarrollo de otras dependencias además de la toxicológica y, finalmente, se trate el empoderamiento de la mujer como motor de cambio.
- Convertirse en una guía de trabajo que pueda servir de orientación para cualquier profesional que tenga que hacerse, en un futuro, cargo del desarrollo de esta intervención.

⁴ Cambios puntuales e informales, que se han introducido, en algunos programas, con el beneplácito de mandos superiores y de la dirección del centro pero sin tener carácter oficial.

3. FUNDAMENTACIÓN DEL PROYECTO.

En el tratamiento e intervención actual con las mujeres dentro de las prisiones catalanas existe necesidad de un trabajo más coordinado y profundo de los equipos profesionales desde la perspectiva de género. Del mismo modo, es necesaria una actualización de la intervención que se realiza sobre drogodependencias.

Con la finalidad de establecer las bases de mi propuesta de intervención específica para mujeres sobre dependencias/adicciones, considero necesario ahondar en los siguientes puntos.

3.1. Aproximación a la discriminación de género, vulnerabilidad y violencia social que sufre la mujer encarcelada.

Históricamente el encarcelamiento de las mujeres ha estado marcado por la invisibilización y la falta de políticas específicas que las tuviesen en cuenta e intentasen dar respuesta a las necesidades particulares que presentan. Resultando así, doblemente castigadas, tanto por la transgresión de los mandatos sociales como por el alejamiento de los roles tradicionales.

Desde hace relativamente poco tiempo, profesionales de diferentes ámbitos han comenzado a interesarse en la realidad penitenciaria de las mujeres. Éstos/as reivindican, a partir de los resultados de sus investigaciones⁵, la necesidad de cambios para paliar diferentes signos de discriminación, desigualdad y (re)victimización que se detectan en los centros de internamiento.

Respecto a la rehabilitación penitenciaria, Elisabeth Almeda señala la existencia de un tratamiento penitenciario⁶, en algunos aspectos, *diferente* en hombres y mujeres siendo éste un fenómeno que se repite más allá de las cárceles españolas, y que se extiende por la mayoría de cárceles occidentales. La autora critica que los diferentes programas de rehabilitación ofrecidos a las mujeres parecen tener como *primer* objetivo trabajar la *domesticidad*. Del mismo modo, Almeda reprocha que dentro del entramado penitenciario, la privación de libertad sea entendida, a veces, como *el recordatorio a las mujeres de que han de ser buenas madres, esposas e hijas* así como la *corrección de la desviación del rol tradicional* (E. Almeda, 2003:44). Esto se contrapone con el significado del término (re)socialización, entendido como enseñanza, orientación y

⁵ En los que se hacen evidentes la existencia de factores de vulnerabilidad y de discriminación social anteriores al encarcelamiento, que pueden empujar al delito y de necesidad de atención de sus verdaderas necesidades.

⁶ Almeda (2003) considera que el tratamiento penitenciario de las mujeres está impregnado de un enfoque proteccionista, que las suele infantilizar, hacer débiles y dependientes, *negándoles*, en ocasiones, el status de mujer adulta.

soporte sobre *aquello que no se sabe*, que resulta necesario para la reintegrarse en la sociedad y que debe ser, en definitiva, el objetivo principal de la rehabilitación penitenciaria.

Por otro lado, en algunas ocasiones, parece existir un trato desigual por parte de los/las diferentes profesionales que realizan atención; marcado por la estereotipación de la mujer delincuente describiéndola como una persona loca más que mala “mad not bad”, como en la Teoría de la mujer criminal de César Lombroso. Así, a partir de la asunción de este estereotipo o de una mayor rigidez respecto a *la idoneidad de las conductas demandadas a las mujeres*, se podría explicar la existencia de un mayor número de incoación de expedientes disciplinarios en los módulos de mujeres. Estos expedientes, en la mayor parte de los casos, no se deben a situaciones de agresión física sino a episodios de desobediencia y faltas de respeto, cosa que no sucede con los hombres. En la misma línea, se puede explicar el reproche que sufren, en ocasiones, las mujeres, de usar a sus familias de *forma instrumental* o el hecho de que se les suministre demasiada medicación⁷ predominando el enfoque psicoterapéutico por encima del resocializador.

3.2. La mujer encarcelada.

El perfil de la mujer encarcelada en las prisiones catalanas no ha variado mucho en los últimos 10 años. Se encuentra dentro de la franja de edad que va de los 25 a los 50 años aproximadamente y cumplen condena, sobre todo, por delitos contra la salud pública, robo y/o hurto. La mayoría refieren haber cometido los delitos solas o en pareja y reconocen los actos delictivos como medio para financiar el consumo o bien para hacer frente a las graves dificultades económicas que sufren en el exterior. Respecto a las mujeres extranjeras encarceladas, la gran mayoría cumplen delito por tráfico o contrabando de drogas, sufriendo una triple discriminación en el país de acogida, como mujeres, como presas y como extranjeras (Alba de la Iglesia, Rosa López, Isabel Piñeiro y Yael Otero, 2013:98)

Sobre la relación entre drogodependencia y acto delictivo se pueden establecer dos tipologías diferenciadas de mujeres presas: las que han tenido y continúan teniendo problemática de adicción y las que no han tenido nunca esta situación. En cuanto a la reincidencia penal, la mayoría de población penitenciaria en Cataluña es reincidente,

⁷ La concepción de la mujer privada de libertad como “histérica y emocional” y la intervención farmacológica sobre el síntoma, coincide con la visión estereotipada y el tratamiento convencional que puede ofrecerse a la mujer que demanda ayuda dentro sistema sanitario de salud ordinario.

aunque en el caso de las mujeres la proporción de reincidencia es menor que en el caso de los hombres.

3.3. El proceso de rehabilitación e inserción con las mujeres encarceladas y aplicación de políticas de igualdad de género.

Desde el año 2005, año del primer *Pla d'Acció i Desenvolupament de Polítiques de Dones a Catalunya*, el Departamento de Justicia tiene como prioridad la introducción de cambios en sus políticas de intervención con la finalidad de dar respuesta a la especificidad de la mujer presa. Entre los diferentes objetivos que pretende cumplir, Alba de la Iglesia et al. (2013:49) destacan los siguientes:

- Desarrollar un modelo de intervención con mujeres con perspectiva de género, debiendo tener un carácter transversal en todas sus acciones.
- Tener en cuenta las necesidades específicas que presentan las mujeres internas, creando, actualizando y ofertando actividades que respondan a las demandas y/o carencias, evitando las actividades claramente sexistas o que perpetuen la discriminación y desigualdad.
- Fomentar la calidad de vida de las internas, entendiéndola como concepto integrador de las necesidades humanas; así como instrumento que proporciona y permite tanto el acceso a una vida digna como la posibilidad de desarrollo de capacidades de autonomía e independencia.
- Promover la creación de actividades comunes dirigidas a hombres y mujeres donde el género sea contemplado de manera natural.
- Mejorar el proceso de salida y (re)incorporación al medio de las mujeres, incrementado el acercamiento y el conocimiento de entidades especializadas en el soporte, apoyo y orientación de mujeres dentro de la red comunitaria (facilitar la intervención integral y el acceso de las mujeres a los derechos y servicios que les corresponden).
- Crear referentes de género en cada Centro Penitenciario.
- Ampliar y consolidar el programa de madres y guarderías dirigido a las reclusas que viven dentro y fuera de las cárceles.
- Dotar de personal especializado a los equipos de intervención en ejecución penal para facilitar el abordaje de la violencia machista en las mujeres reclusas.
- Mejorar las intervenciones que se desarrollan de forma general en los centros (creación de nuevos programas especializados para mujeres, dejando atrás las adaptaciones de programas que estaban dirigidos a hombres)

No obstante, a pesar estos objetivos y de la vigencia, en la actualidad, del *Pla de Polítiques de Igualtat* (2012-2015), los centros penitenciarios de mujeres en Cataluña⁸, resultan deficitarios respecto a la aplicación de políticas de género. En los diferentes centros, podemos encontrar una gran variabilidad de formas de intervención que fluctúan de un extremo a otro en la respuesta a las necesidades de las mujeres encarceladas.

Esta variabilidad es criticada desde diversos estudios sociológicos; en los que autoras como Elisabeth Almeda, Noelia Igareda, Marta Cruells, entre otras, señalan diferentes aspectos que afectan al tratamiento de las mujeres en las cárceles catalanas como:

- Oferta menos variada y de menor calidad de programas específicos de tratamiento, formación y/o trabajo que la se realiza en las cárceles de hombres.
- Actividades culturales y recreativas que perpetúan la desigualdad de género, roles específicos de mujer y estereotipos (talleres de maquillaje, costura, artes plásticas, atención a las personas mayores, peluquería, cocina, etc.).
- En las cárceles de hombres tanto los cursos formativos u ocupacionales como los talleres productivos son mucho más variados y diversificados.

3.4. Intervención sobre la drogodependencias en las cárceles catalanas.

Los programas de intervención especializados en el ámbito de la toxicomanía, que podemos encontrar en las cárceles catalanas se describen y se organizan, tal y como señalan Miriam Imbernon, Rafael Clua, Enric Banyuls, Raúl Jiménez (2014) y Gema García (2011), de la siguiente manera:

Programas de tratamiento libres de drogas:

1. Programas motivacionales⁹: Son programas destinados a internos/as con poca motivación al cambio. Tienen como objetivo movilizar la predisposición de la persona usuaria por medio de información y estrategias de sensibilización. Intentan hacer aflorar el conflicto entre la conducta problema y los valores de la persona como

⁸ Los centros penitenciarios de mujeres en Cataluña son los siguientes:

- CP Dones de Barcelona. Centro exclusivo para mujeres. Centro preventivo y régimen abierto.
- CP Dones Brians 1. Centro mixto con un 20% de población femenina. Centro penal y régimen ordinario.
- CP Girona. Centro mixto con capacidad para 15/20 internas. Centro preventivo y régimen abierto.
- CP Tarragona. Centro mixto usado de manera excepcional para cumplimiento de régimen abierto. Centro preventivo y régimen abierto.
- CP Ponent. Centro mixto con un 5% de población femenina. Centro penal y régimen ordinario.

⁹ Mi propuesta de intervención, Programa motivacional/adicciones se basa en esta tipología de programas.

medio para activar la motivación hacia el cambio y el compromiso con éste de la persona. Es considerado un tratamiento especialmente útil con personas pobremente motivadas y resistentes.

2. Programas libres de drogas:

- Programa intensivo de abordaje de la toxicomanía. Programa dirigido a personas con motivación y predisposición hacia el cambio. Pretenden conseguir y mantener la abstinencia. Desde una orientación cognitivo-conductual se trabajan, entre otras, estrategias de resolución de problemas, autocontrol, habilidades sociales, modificación del estilo de vida y prevención de recaídas.
- Departamento de Atención Especializada (DAE). Concebido a partir del modelo de Comunidad Terapéutica, con aislamiento arquitectónico y funcional del resto de internos/as. Pretende un abordaje intensivo de la problemática toxicológica. Sus objetivos son similares a los del programa intensivo y divide su intervención en tres etapas bien diferenciadas en las que el/la usuario/a realizará un profundo trabajo de introspección y autoconocimiento, aumentará su nivel de autoestima, adquirirá estrategias cognitivo-conductuales que faciliten la abstinencia frente a situaciones de riesgo; y se acercará, progresivamente, al medio externo, vinculándose a recursos comunitarios que puedan servirle de soporte durante su proceso de reinserción.
- Programa individual de tratamiento. Similar al programa intensivo pero realizado de manera individualizada a partir de necesidades concretas detectadas por el equipo de tratamiento.

3. Programa de analíticas obligatorias. Aplica los principios del manejo de contingencias que se basa en brindar a las personas usuarias incentivos a cambio de muestras de orina. Estos programas suelen ser útiles a corto plazo pero pierden su eficacia si la persona no acaba atribuyéndoles un sentido personal. Históricamente se han venido utilizando para avanzar en el itinerario de rehabilitación y como soporte en las etapas de la condena donde comienza el contacto con el medio externo.

Programas de reducción de daños.

El modelo de reducción de daños no se centra en la abstinencia sino que persigue promueve y trabaja la responsabilidad de las personas con relación al consumo, respetando dificultades y/o resistencias. Desde esta orientación se promueve una intervención que incida en los efectos y riesgos de la conducta adictiva en lugar de preocuparse por el consumo en sí mismo. La intervención se realiza desde un planteamiento que admite que la persona pueda hacer cambios beneficiosos para su

salud aunque siga consumiendo drogas y sin que esto implique no tener un objetivo de abstinencia a largo plazo.

Este modelo debe ser entendido como alternativa y complemento a los programas tradicionales, ya que amplía el abanico de posibilidades, facilita el acceso al tratamiento e influye en el sentimiento de autoeficacia de muchas personas con problemática adictiva, que dentro del centro penitenciario no han conseguido avanzar por medio de los programas a los que se han adherido.

El tratamiento ofertado tiene un carácter biopsicosocioeducativo; y es independiente de los aspectos penales y penitenciarios de la persona usuaria. Desde este modelo se desarrollan programas de Educación para la Salud, Programa de Mantenimiento en Metadona, Intercambio de jeringuillas, etc.

Así pues, dentro del ámbito penitenciario conviven dos modelos de tratamiento: la perspectiva libre de drogas y la de reducción de daños.

El enfoque tradicional (libre de drogas) desde el cual se ha construido la atención toxicológica, está más centrado en el consumo y en la protección de terceras personas respecto a las consecuencias de la conducta adictiva que en el abordaje de las necesidades individuales de la persona implicada. Desde esta perspectiva, además, se ha *malvendido* la problemática adictiva como una “falta o delito a combatir” o como una patología crónica. Esto ha alejado y aleja a muchas personas de los programas y la atención, ya que no se ven capaces de abandonar la estrategia de afrontamiento (el consumo) que les ha acompañado durante toda su vida. En cambio, el enfoque de reducción de riesgos y daños pretende incidir en los derechos de la persona, la promoción de la autonomía y responsabilidad, así como la mejora de la calidad de vida y salud.

3.5. Drogodependencia en la mujer y violencia de género.

Las autoras Marta Cruells, Miriam Torrens y Noelia Igareda (2005), señalan que entre un 50% y un 80% de las mujeres adictas han padecido abusos sexuales en la infancia, por tanto, entre esta población existe una incidencia de violencia y malos tratos muy superior a la población femenina general.

Al repasar la historia de vida de muchas mujeres drogodependientes, encontramos la existencia de un alarmante porcentaje de antecedentes de abuso sexual y malos tratos en la infancia; de crecimiento en contextos deficitarios, en el seno de familias disfuncionales y de transmisión de valores y/o modelaje influenciados por mandatos de género. Todo esto, puede provocar, que en la mujer aparezcan rasgos de determinados trastornos de conducta y/o de personalidad. Éstos pueden influir en la emergencia de

una conducta dependiente-sumisa (interiorización de la dominación) así como sobre la vulnerabilidad de desarrollo de una problemática de dependencia.

Las mujeres adictas reciben violencia de la familia, de las parejas, de personas desconocidas dentro del contexto de la conducta adictiva, del entorno y encuentran en el consumo una forma *inconsciente* de afrontar y sobrellevar toda su problemática.

Debemos distinguir dos formas diferenciadas de interrelación entre drogas y violencia de género:

- 1) Cuando el uso, abuso y dependencia parece estar directamente relacionado con la presencia de antecedentes de agresión sexual (y/o violencia). En este caso, la droga es utilizada como estrategia de ayuda/afrontamiento para calmar el dolor, escapar de los recuerdos traumáticos y sobrellevar la violencia
- 2) Cuando el uso de drogas contribuye a la aparición e incluso al mantenimiento de la victimización física. Aquí, la problemática adictiva se convierte un factor facilitador para la aparición, el mantenimiento y la sumisión a diferentes formas de violencia

Una vez instaurada la adicción, su combinación e interacción con la violencia es más que probable, teniendo la mujer un alto riesgo de desarrollar una bidependencia (Carlos Sirvent, 2006)

3.6. Bidependencia en mujeres.

La bidependencia (Sirvent 2002, 2006, 2007) se define como una dependencia secundaria, es decir, subsumida al comportamiento adictivo y consecuencia de un aprendizaje sociopático. Sus principales características son: 1) Falta de conciencia sobre la problemática, 2) Inhibición de la propia autonomía y delegación de la toma de decisiones. 3) Búsqueda obsesiva de la pareja, minimizando, obviando u ocultando sus defectos y realizando una sobrevaloración de la misma y 4) Frecuentes sentimientos de vacío, tendencia a relaciones intensas e incluso peligrosas.

Se pueden distinguir dos subtipos de bidependencia: autodestructiva (más frecuente en mujeres) y parasitaria (más frecuente en hombres). La bidependencia autodestructiva se caracteriza por una necesidad de la pareja obsesiva y pasional, sometimiento y sensación de no posibilidad de escape. Además, se detecta la existencia de una analogía entre esta dependencia y características de trastornos de la personalidad límite y dependiente. En la bidependencia parasitaria se utiliza a la pareja para fines propios y se interactúa desde el sentimiento de posesión, sometiendo a la mujer. Se aprecia una relación de esta dependencia con características de trastornos de la personalidad límite y antisocial.

Cuando en una mujer convive la adicción con el mantenimiento de una relación disfuncional, estamos hablando de bidependencia o convivencia y/o unión de dos dependencias significativas: la emocional y la de la sustancia.

Tal y como se afirma en el estudio *Mujer y Adicción* (2005) y en la publicación *Women and opiate addiction: a european perspective* (2002), la historia de inicio del consumo en la mujer drogodependiente está relacionada, en numerosas ocasiones, con una historia afectiva. Así, la mujer empieza a consumir a través de su pareja (que juega un rol activo en el comienzo y el desarrollo de la adicción) normalmente con el objetivo de “sentirse más unida a él”, “por miedo a la ruptura o al rechazo” o por la presión que el hombre ejerce sobre ella. Respecto a las relaciones de pareja, debe tenerse en cuenta, que la mujer drogodependiente tiende a estar emparejada y le es más difícil que al hombre establecer relaciones con personas no consumidoras, cosa que favorece la aparición de la bidependencia.

Según Sirvent, la bidependencia es una constante en la mujer adicta y puede explicarse a partir de la conducta de sumisión de la mujer a otra persona mediante la cual adquiere una manera de comportarse pasiva, de declinación de la toma de decisiones, la responsabilidad y el fomento de la autonomía

M^a Carmen Revuelta, M^a del Rosario Lete y Encarnación Sánchez (2000) en su investigación sobre la dependencia relacional señalan características de las mujeres dependientes que están en la línea de lo postulado por Sirvent:

- Incapacidad de tomar decisiones en la cotidianidad, “o no están dispuestas a hacerlo a no ser que cuenten con el consejo de otra persona”.
- Dificultades para iniciar proyectos o valerse por sí mismas.
- Sentimiento de temor a ser abandonadas y al finalizar una relación estrecha manifiestan sentimientos muy fuertes de desamparo.
- Tendencia al sometimiento, pobre autoconcepto, susceptibilidad ante las críticas, esfuerzo por agradar, inhibición de pensamientos a favor de la otra persona.
- Minimización o rechazo de sus propias capacidades y/o fortalezas, carencia de “autoconfianza”.

Así, en la mujer, la dependencia a la sustancia y la dependencia a la relación “sirven” para no afrontar los sentimientos de insatisfacción personal, la baja autoestima, los pensamientos depresivos, las heridas del pasado, así como las situaciones estresantes del presente.

Las mujeres bidependientes, cuando viven una crisis en sus relaciones o sienten la amenaza de la ruptura sentimental, tienden a aumentar el consumo como una forma de anestesiar el propio sufrimiento. De este modo, se crea un círculo vicioso; consumen

porque existen dificultades en la relación y hay dificultades porque consumen. En esos momentos, la dependencia emocional de la relación se intensifica, todavía más, a partir de las sensaciones producidas por la dependencia física. El consumo permite soportar y mantener la relación insatisfactoria y priva de la determinación necesaria para cambiar. Se culpabiliza a la relación del consumo y al consumo de la relación. Cada una sirve para mantener a la otra y de esta forma la mujer es cada vez más dependiente de ambas cosas. Como afirma Robin Norwood (1989) las soluciones se convierten en el problema, se consume para aguantar el dolor de una relación insatisfactoria y al consumir se aumentan las dificultades de la pareja.

4. CONTEXTO DEL PROYECTO.

El centro penitenciario de mujeres Brians 1.

Mi propuesta de mejora en la intervención de la problemática adictiva en las mujeres privadas de libertad está pensada para CP Mujeres Brians 1. Este centro penitenciario está ubicado en el interior de otra cárcel mayor. El CP Brians 1, en su totalidad, se define como un centro mixto, puesto que alberga a hombres y mujeres. Tiene una capacidad aproximada para 1600 personas presas, oscilando el número de mujeres que aloja entre las 240 y 300 internas (20% aprox. de la población total). Como en la mayoría de macro-cárceles tanto estatales como europeas, el centro se divide estructuralmente en diferentes módulos de tratamiento masculinos y un número menor de módulos femeninos. En los módulos residenciales masculinos, los internos se alojan a partir de su perfil y/o la tipología de delito. Esta separación no se utiliza en los módulos destinados a las mujeres (Dones U i Dones 2) donde cohabitan mujeres de perfiles y delitos heterogéneos y donde la diferencia en la ubicación marca la posibilidad de disfrutar de permisos o de poder salir al exterior a trabajar y/o hacer cursos de formación.

Las dos unidades de vida destinadas a mujeres se configuran de la siguiente manera:

La unidad de vida Dones U está compuesta por cuatro departamentos: 1) Enfermería, 2) Ingresos, 3) Departamento Especial (régimen cerrado) y 4) régimen ordinario.

En la unidad de vida Dones 2 está ubicado el DAE (Departamento de Atención Especializada/Comunidad Terapéutica de mujeres), y los departamentos de régimen ordinario, régimen abierto (sólo art. 82 RP) y régimen semi-abierto.

Dentro de los módulos residenciales, los diferentes equipos de tratamiento realizan su intervención a partir de agrupación de mujeres según perfiles:

a) mujeres con delito violento, b) mujeres con problemática toxicológica, c) mujeres que necesitan estabilización conductual¹⁰, d) mujeres con un perfil genérico, e) mujeres ubicadas en el departamento de enfermería, f) mujeres con propuesta de permiso y/o saliendo de permiso en segundo grado o tercer grado de tratamiento, g) mujeres clasificadas en diferentes artículos del Reglamento Penitenciario (de ahora en adelante, RP) que salen a medio abierto con finalidad formativa, laboral, terapéutica, etc. y en un apartado aparte estaría h) mujeres ubicadas en DAE.

Así, el equipo de intervención en mujeres se subdivide en siete equipos de trabajo.

Programa de actividades

En los últimos años, se están produciendo cambios respecto a las actividades y programas dirigidos a mujeres y así como, anteriormente, la perspectiva de género no se contemplaba, en la actualidad, desde la dirección del centro se *orienta y motiva* a los equipos profesionales para conseguir una intervención con perspectiva de género.

Respecto a la mujer drogodependiente, la oferta de tratamiento que se realiza parte de la filosofía libre de drogas/abstinencia, priorizando la relación con el consumo de la persona adicta. La atención especializada en toxicomanías se divide en dos momentos/programas: programa motivacional en toxicomanías, de 3 meses de duración y programa DAE, programa intensivo de tratamiento, de 9 meses de duración donde las usuarias realizarán un importante trabajo de autoconocimiento y desde el que comenzarán la aproximación al medio comunitario, primero con acompañamiento y más adelante a través de permisos penitenciarios.

Así, se considera que todas las mujeres con problemática adictiva deberán superar estos dos programas para poder avanzar en su itinerario y conseguir el cambio en su clasificación (de segundo a tercer grado de tratamiento).

El programa motivacional, se ofrece a la mujer adicta en un momento determinado de su condena pero podrá ser expulsada del mismo por diferentes motivos como faltas de asistencia, incoación de expedientes disciplinarios, etc.

Colaboración de recursos externos.

Además de las actividades ofertadas por los equipos de tratamiento, en los módulos de mujeres se realizan talleres puntuales o con continuidad organizados y gestionados

¹⁰ Se incluyen aquí las mujeres que están clasificadas en primer grado de tratamiento o régimen cerrado.

tanto por entidades voluntarias como por asociaciones colaboradoras¹¹(SURT, Fundació Autònoma Solidària, Fundació Vicky Bernadet, Asociación Reto, Creación Positiva, Narcóticos Anónimos, Fundació Pare Manel, GREC, Fundació Salut i Comunitat, Creu Roja, Niños sin Barreras, Pas a pas mediació, Fundació MENSALUS, ARED recurso formativo/ocupacional, etc.) que pretenden ofrecer una intervención *más* especializada y convertirse, además, en un elemento de soporte cuando las mujeres comiencen su aproximación al medio externo.

5. FINALIDAD DEL PROYECTO.

Cuando una mujer drogodependiente dentro de CP Brians 1 se adhiere al tratamiento especializado, suele hacerlo, en la mayoría de ocasiones, movida por los beneficios y po el deseo de avanzar dentro de su plan individualizado de tratamiento (PIT). De entrada, no suele reconocerse como dependiente, ni como víctima de violencia de género. En numerosas ocasiones, considera que es capaz de controlar su problemática toxicológica, a pesar de la existencia de evidencias que indiquen lo contrario; y si existe una demanda explícita, suele centrarse en la necesidad de minimizar los síntomas consecuencia de la adicción a sustancias.

La casuística demuestra que el abordaje de la problemática de dependencia mediante los programas motivacional y DAE en CP Mujeres Brians 1, resulta deficitario. Existe un porcentaje de abandono considerable, falta de identificación con la filosofía y expulsiones, sobre todo, en la primera fase del tratamiento (programa motivacional), que aboca a un grueso de las usuarias adictas a un *abandono tractamental*¹².

De la observación de esta realidad se desprenden dos aspectos que deben abordarse y revisarse:

- Necesidad de otras formas de atención e intervención que resulten útiles y eficaces para conseguir cambios y adherencia al tratamiento en las mujeres.
- Necesidad de cambios en los programas especializados ofertados por el equipo de rehabilitación.

¹¹ Las entidades colaboradoras y/o recursos especializados externos que interactúan en los módulos de mujeres suelen mantenerse estables en el tiempo, aunque dependen de subvenciones y de acuerdos con la SGPRiS.

¹² Estas mujeres son *recogidas* y atendidas por el CAS de Toxicomanías que realiza su atención desde la perspectiva de la reducción de daños, haciendo hincapié en la responsabilidad, la capacidad de elección de la persona, el respeto de los tiempos, la reflexión sobre las conductas de riesgo y las consecuencias para la salud, etc. Tal y como está definido actualmente el tratamiento; las usuarias al salirse del *itinerario estándar*, tendrán dificultades para conseguir avanzar y corren el riesgo de quedarse estancadas hasta el final de su condena.

En ellos se centra mi propuesta de intervención. En la introducción de cambios en el programa motivacional (de ahora en adelante, programa motivacional/adicciones) que flexibilicen el mantenimiento de las usuarias en el mismo, respeten sus ritmos, incidan en sus verdaderas demandas y trabajen aspectos relacionados con el inicio y el mantenimiento del consumo como son la violencia de género, la coexistencia de otras dependencias, la vulnerabilidad social y psicológica de la mujer, etc.

6. POBLACIÓN A QUIÉN SE DIRIGE LA INTERVENCIÓN.

No existen datos cuantitativos rotundos que reflejen la realidad de la problemática de drogodependencia y la existencia de consumos en las mujeres encarceladas, además, los pocos existentes deben ser interpretados, de entrada, con bastante cautela. Éstos, no suelen proporcionar una aproximación ajustada a la realidad del fenómeno, puesto que las mujeres suelen enmascarar, minimizar o negar su problemática por miedo a perder beneficios penitenciarios.

En los últimos años, los datos sobre el consumo de drogas de las mujeres dentro de la cárcel Brians 1 parten, principalmente, de: 1) Trabajos de investigación de entidades externas, 2) Memorias anuales de CAS Brians 1 (Funcación Salut i Comunitat) desde 2006 hasta la actualidad y 3) Memorias anuales de la SGPRiS.

Según apunta Miriam Imbernom et al.(2014) las mujeres drogodependientes encarceladas, en comparación con los hombres, suelen presentar niveles más altos de psicopatología, tasas más altas de infección por VIH y VHC y un consumo de menos variabilidad de sustancias. Además, las mujeres suelen ser más conscientes de sus problemáticas de salud.

Los diferentes perfiles de mujer drogodependiente que encontramos en el medio comunitario como demandantes de ayuda coexisten dentro del medio penitenciario:

1) Mujeres policonsumidoras con problemática de larga evolución; 2) Mujeres con consumos abusivos o adicción a sustancias consideradas legales; 3) Mujeres jóvenes experimentadoras y/o con abuso de sustancias psicoactivas; 4) Mujeres jóvenes policonsumidoras y 5) Mujeres diagnosticadas con algún tipo de trastorno de personalidad u otros problemas dentro de la Salud Mental¹³.

De entre todos ellos, dentro del centro Brians 1, encontramos mayor presencia de mujeres definidas como policonsumidoras. Son mujeres que presentan una larga historia de consumo, en la que han abusado de más de una sustancia de forma

¹³ La existencia de problemática de salud mental en mujeres drogodependientes dentro de prisión es una realidad que aumenta de manera constante en los últimos años, con especial relevancia del TLP (trastorno límite de personalidad).

simultánea. Generalmente, la principal sustancia problema es la heroína seguida de la cocaína, aunque en usuarias más jóvenes el patrón puede ser inverso. En las historias toxicológicas de estas mujeres suelen existir diferentes intentos de desintoxicación y deshabituación que han terminado en fracaso y/o han contribuido a la emergencia de sustituciones (cambio de sustancia de abuso y dependencia). En muchas de ellas, existe patología de salud mental asociada.

Dentro de la institución penitenciaria el consumo de drogas está prohibido. No obstante, esta prohibición no refleja la realidad que se observa dentro de los módulos residenciales. Las drogas atraviesan los muros de la cárcel de diferentes formas y su comercialización se convierte, al igual que en el medio externo, en un modo de obtener beneficios monetarios o en especie. Dentro de los módulos de mujeres el consumo de sustancias es entendido por las internas como un vehículo para escapar de la realidad y un instrumento que minimiza el malestar. Resultando, por tanto, muy atractivo tanto para las mujeres con problemática de adicción anterior como para aquellas en las que no existía un consumo previo. No debe olvidarse, que la problemática adictiva también puede originarse dentro del medio penitenciario.

Dentro de la prisión los patrones y las sustancias de consumo varían respecto a la calle. Con la finalidad de adaptarse al medio, las sustancias depresoras (heroína y algunas medicaciones psicotrópicas) son de las más demandadas y consumidas. Aunque quizás, la sustancia con mayor relevancia dentro de las unidades penitenciarias sea el cannabis, dada su percepción de baja peligrosidad y estar considerada por las usuarias prácticamente como una *droga legal*. Por último, no debe olvidarse, el uso no terapéutico que se hace, a través del *trapicheo*, de tratamientos con metadona y/o psicofármacos. Siendo el *mercadeo* con metadona y pastillas algo habitual en los patios de mujeres.

Sobre la vivencia de las relaciones afectivas, la mayoría de internas, que reciben nuestra atención, tienen construido un concepto sobre el amor, las relaciones y los modelos masculinos y femeninos que consideran deseables; no cuestionándose la existencia de la desigualdad desde la perspectiva de género, ni identificándose como víctimas de algún tipo de violencia.

7. PLANTEAMIENTO Y PLANIFICACIÓN DEL PROYECTO.

En el momento del plantear y planificar el programa motivacional/adicciones, debemos tener en cuenta una serie de aspectos que nos orientarán respecto a la elección de los objetivos, contenidos y forma de intervención.

7.1. Respetto a la atención y el rol profesional.

Mi propuesta respecto al abordaje de la violencia, el maltrato y el abuso dentro de la intervención sobre dependencias está en consonancia con la intervención que se propone en programas como el *Programa de Terapia Emocional Profunda para Mujeres* (NIDA¹⁴, 2002). Es por ello, que considero de suma importancia el conocimiento, por parte del equipo profesional que realice la intervención, de los episodios traumáticos de abuso y violencia vividos por las adictas. Desde esta línea, se recomienda mucha calma, sensibilidad y paciencia en el abordaje, evitando forzar y/o confrontar a las usuarias en las primeras intervenciones pero transmitiendo, desde el inicio, la ayuda que el programa les puede proporcionar en esta dirección.

Partiría de la necesidad de conseguir un alejamiento emocional de los problemas (Jorge Castelló, 2006). Teniendo en cuenta que, para el ejercicio de distancia emocional es fundamental el rol que adopte el/la profesional. Éste/a debe facilitar y orientar en la emergencia e identificación del problema, deber reforzar la independencia de la usuaria y debe transmitir comprensión, entendimiento y soporte.

7.2. Respetto a los contenidos y la intervención terapéutica.

En relación a contenidos, para trabajar la bidependencia es importante considerar:

- Abordaje de la violencia, abuso y maltrato.

Debe tenerse en cuenta, la gran prevalencia de abusos sexuales, violencia y trastorno de estrés post-traumático que las usuarias pueden presentar. El manejo de estos sucesos traumáticos por parte del equipo responsable de su atención puede marcar el éxito o fracaso de la adhesión al tratamiento de las mujeres adictas.

Por otro lado, es importante el abordaje, la reflexión y el análisis de costos/beneficios sobre el uso de la violencia de forma *normalizada* en la interacción social.

- Distancia de la figura dominante.

La separación física permanente que ofrece la privación de libertad, proporciona la oportunidad de un espacio de reflexión para las mujeres. Resultará beneficiosa la promoción de la observación de otros modelos femeninos, autosuficientes y/o independientes (otras compañeras, profesionales, las propias funcionarias, etc.) y de formas saludables de relación afectiva, que podrán servir de punto de apoyo para su redescubrimiento.

¹⁴ National Institute on Drug Abuse.

- Problemática adictiva.

Para la persona dependiente, mantenerse en el tratamiento y en situación de no consumo resulta sumamente complejo puesto que debe aprender a sacrificar el placer inmediato por la gratificación a medio o largo plazo. Debe *convivir* con la apetencia de droga y aprender a mirar y afrontar los miedos que se esconden detrás de la dependencia. Todo sin dejar de sentir lo que siente hacia la droga, hacia su pareja y peleando contra el impulso.

La propuesta de un cambio y el intento de mantener la abstinencia de la sustancia implica afrontar de manera diferente la relación afectiva. Debe trabajarse la aparición de otros conflictos, la necesidad de cambio del tipo de relación, la consciencia de las propias necesidades, etc.

- Factores que dificultan el fin de una relación de maltrato:

En la mujer dependiente, los mandatos de género refuerzan la abnegación, la sumisión, y la interiorización del ideal de amor romántico, asumiendo que las relaciones amorosas tienen que causar sufrimiento. Por tanto, son factores entorpecedores en el proceso de recuperación:

- Los valores que configuran la identidad y el rol femenino.
- La ambivalencia respecto al maltratador. Renunciar al vínculo amoroso, en ocasiones, significa perder lo único que les da valor y autoestima.
- El sentimiento de culpa, que se desprende del reconocimiento de la vivencia de una relación de maltrato, de su incapacidad para detenerla o para cambiar el comportamiento de su pareja.
- El deterioro de la salud física y psíquica producto de la violencia sufrida y de la dependencia a las sustancias hace que las mujeres se sientan incapaces de tomar decisiones.
- Las limitaciones económicas.
- El miedo a los prejuicios y la estigmatización social al recocerse como víctima de violencia: “si eres adicta, te expones a que te maltraten”.
- El intento de abstinencia de sustancias puede hacer resurgir un aumento de la dependencia. En episodios de *craving*¹⁵ surge el deseo de estar con la pareja.

Respecto a la intervención que se desarrollará debemos tomar en cuenta que:

- Antes de iniciar cualquier otra intervención, la atención prioritaria del equipo de tratamiento *debería estar enfocada* a resolver, en la medida de lo posible, las problemáticas sociofamiliares que se desencadenan tras el ingreso en prisión.

¹⁵ Craving: “querencia de droga”, deseo de consumo.

De esta forma, podremos minimizar la angustia y el estrés que se genera en la mujer a partir de la duda y/o la incertidumbre y promover la progresiva implicación en su programa de tratamiento (Concepción Yagüe, 2007).

- La terapia grupal proporciona beneficios a la intervención como el convertirse en instrumento que actúa como amplificador de la conciencia o facilitar la identificación de la problemática del otro. Su uso es muy importante ya que permite el avance aunque sea basándose en la referencia ajena.
- En la atención individualizada, debemos tener en cuenta que, en numerosas ocasiones, no es hasta un período *largo* de trabajo individual con la mujer drogodependiente que se logra esclarecer la vivencia de una situación de violencia y vulnerabilidad.
- Una vez iniciada la intervención, si ésta es apropiada y la mujer está en un buen momento terapéutico, seguramente, se podrán comenzar a percibir avances que indicarán el inicio de un proceso de autodescubrimiento. Progresivamente, las mujeres serán capaces de identificar, en paralelo con su problemática toxicológica, la relación de dependencia establecida con la pareja, su bajo nivel de autoestima y/o episodios de violencia y/o maltrato sobre los que no tenían conciencia o simplemente negaban.

7.3. Respecto al momento de las usuarias.

Deben respetarse los tiempos de las internas. No debemos obviar que las usuarias, en numerosas ocasiones, presentan deficiencias en las destrezas más básicas (que deben ir desarrollando e incorporando paralelamente), por tanto, las expectativas de los/las profesionales deberán irse (re)adaptando dependiendo del grupo con el que trabajen, así como también los objetivos y los contenidos de la intervención.

Serán normales las situaciones de recidiva que conducen hacia el consumo y sus efectos a corto plazo, entre ellos, el acercamiento a figuras de riesgo y el aumento de vulnerabilidad para el maltrato.

7.4. Respecto a los horarios, espacios y coordinación con otras actividades.

Debemos recordar que realizamos nuestra intervención dentro de una institución cerrada donde espacios de intervención y franjas horarias de actividades están escrupulosamente marcadas. Toda la actividad que se oferta en el módulo tiene como objetivo la mejora de las capacidades y es importante educar a las usuarias en el respecto, responsabilidad, constancia y mantenimiento de los compromisos creados respecto a su plan de actividades (para evitar las *fugas* de una actividad a otra). Es

imprescindible la coordinación entre profesionales a fin de facilitar/ adaptar la realización de actividades cuando puedan llegar a *solaparse*.

Del mismo modo, y en cuanto a los espacios, resulta necesaria la coordinación y comunicación entre el equipo profesional a fin de delimitar ubicaciones y franjas horarias para conseguir mantener *espacios de referencia*.

Finalmente, es importante la coordinación con el equipo de vigilancia ya que nos proporcionará información sobre la ubicación exacta de las mujeres en el momento de la intervención (si están en el módulo, o si por el contrario han salido a alguna diligencia externa, tienen una comunicación o vis a vis).

8. OBJETIVOS DEL PROYECTO.

8.1. Objetivos generales.

- Promover cambios sobre los contenidos y la metodología del actual programa motivacional, a fin de ofrecer una intervención con perspectiva de género y conseguir mayor adherencia al tratamiento.
- Trabajar con las mujeres drogodependientes la susceptibilidad de desarrollo de otras dependencias además de la toxicológica.
- Potenciar el empoderamiento de las mujeres como motor de cambio.

8.2. Objetivos específicos.

• Intervención interdisciplinar y especializada.

- Conseguir una intervención interdisciplinar que responda a las necesidades de las usuarias.
- Potenciar el trabajo en equipo y una mayor coordinación entre el equipo de tratamiento, los diferentes recursos y los/las diferentes profesionales que intervienen en el módulo de mujeres.
- Ofrecer a las usuarias asesoramiento especializado a partir de sus intereses.
- Favorecer la comunicación entre el equipo de tratamiento y el equipo de vigilancia.
- Promover las redes de ayuda entre profesionales.

• Bidependencia.

- Identificar la/s problemática/s de dependencia/s.
- Trabajar la autoestima.
- Conseguir una estabilización anímica a través de la intervención terapéutica grupal, el soporte y atención individual y el tratamiento farmacológico, si es preciso.

- Identificar traumas y malestares con la finalidad de promover avances y cambios en las formas de afrontamiento.
- Trabajar la percepción y el manejo de la culpa.
- Reconocer factores de riesgo y factores de protección para el desarrollo de una recaída.
- **Formas de violencia.**
 - Identificar y reconocer la vulnerabilidad social y psicológica presente en la mujer que la hace susceptible a ser víctima de violencia, conocer sus consecuencias y las formas de indefensión en la que las coloca.
 - Entender los tipos de maltrato (emocional, físico, psicológico), las fases cíclicas de violencia (tensión, agresión, mantenimiento y la evolución en el tiempo (agravamiento de la frecuencia y la severidad).
 - Reconocer formas de violencia familiar, afectiva o de contexto y la no limitación de la violencia al maltrato físico.
 - Aprender /reaprender pautas de crianza y acciones específicas de prevención de malos tratos.
- **Relaciones afectivas.**
 - Comprender la influencia de la idealización del amor romántico a nivel social.
 - Profundizar en la concepción del amor de las usuarias.
 - Identificar relaciones afectivas saludables/nocivas

9. RECURSOS PERSONALES/RECURSOS MATERIALES.

9.1. Recursos personales.

Dentro de un equipo de atención multidisciplinar, cada perfil profesional tiene claramente definidas sus competencias/funciones. El desarrollo de la atención grupal y el seguimiento individualizado continuado de las internas, recaen en la figura del educador/a social y en la de psicólogo/a. Ambas figuras actúan como filtros o puentes de las demandas/necesidades de las mujeres, haciéndolas llegar al resto de los/las profesionales. Los/las otros/as miembros del equipo realizan una atención más puntual e indirecta, y entre sus funciones predominan tareas de carácter burocrático.

No obstante, para el desarrollo del programa motivacional/adicciones que planteo es necesaria una implicación *más* activa de todo el equipo de rehabilitación que atiende a la interna, así como la de otros perfiles profesionales que en la vida ordinaria interactúan con las usuarias en mayor o menor medida. Esto supondría una novedad en la manera de intervenir.

Por tanto, a pesar de que el grueso de la actividad grupal e individual sea llevado por la pareja psicólogo/a y educador/a, planteo la incorporación de determinadas sesiones grupales lideradas por el/la criminólogo/a y trabajador/a social, afines a sus competencias; acompañados de algún miembro de la pareja terapéutica referente.

También considero relevante la aproximación puntual al programa de otros equipos profesionales que realizan intervención específica, dirigida a mujeres, dentro del centro tales como el CAS de Toxicomanías, los Servicios Médicos y las Asociaciones o Entidades externas¹⁶.

Esto proporcionaría a las mujeres la oportunidad de conocer mejor cuál es la labor de estos recursos y abriría una vía a la intervención coordinada entre el equipo de rehabilitación y los mismos que, en muchos casos, es inexistente o dificultosa.

Dentro de esta línea de intervención, se continuaría manteniendo la actividad física como uno de los contenidos estables del programa. La sesión semanal de educación física ha sido una de las mejoras introducidas, durante el año 2014/2015, en el programa motivacional existente.

Finalmente, respecto al área regimental o de vigilancia sería recomendable, sensibilizarlos respecto a los contenidos y finalidad del programa a fin de conseguir *mayor* soporte¹⁷ para el acceso de las usuarias al programa.

9.2. Recursos materiales.

Para el correcto desarrollo de la actividad grupal y atención individual serán necesarios:
Materiales:

- Material fungible: hojas, bolígrafos, rotuladores/ colores, lápices, pinturas, rollo de papel para hacer murales...
- Material no fungible: tijeras, pegamento, pizarra, DVD, televisión, aparato de música.
- Materiales didácticos: impresos (fotocopias), audiovisuales (documental, película/vídeo), audio (música de relajación, música para la práctica de deporte) y materiales específicos que sirvan de soporte para las dinámicas propuestas (fichas, imágenes, objetos...)
- Materiales deportivos: instrumentos y herramientas propias de espacio deportivo (gimnasio de la unidad de mujeres)

¹⁶ Como asociación Vicky Bernadet (violencia y abuso sexual en la infancia), Creación Positiva (VIH/Mujer) o asociación MENSALUS (adicción/VIH/ estilo de vida saludable). A los recursos externos me refiero en el punto 4. Contexto del proyecto.

¹⁷ Me refiero a mayor facilidad para el paso de una actividad a otra, obertura de puertas en momentos *no autorizados*, localización de internas, etc.

Espacios de intervención:

- Aula de intervención (si es posible grande y con luminosidad). Debería poder ser siempre la misma con independencia del profesional que lidere la sesión.
- Espacio de atención individual. Con horas prefijadas.
- Gimnasio de mujeres.
- Para las sesiones satélites/puntuales: El material estará determinado por cada recurso.

9. METODOLOGÍA Y CONTENIDOS.

Con la finalidad de conseguir aumentar la adherencia e identificación con el programa, resulta necesaria una propuesta metodológica que tenga como objetivos la búsqueda de la autonomía, el fomento de la autoeficacia y el progresivo aumento de la independencia en las usuarias que componen el grupo de intervención.

No nos debe valer proponer actividades estandarizadas para trabajar los contenidos, puesto que las internas han fracasado en repetidas ocasiones en sus intentos de tratamiento dentro del circuito comunitario e intrapenitenciario y *suelen recibir* con pasividad e indiferencia los programas de tratamiento que se les proponen. Por ello, es necesario *ofrecer* nuestro acompañamiento, soporte e intervención, de una forma diferente a la tradicional; teniéndolas en cuenta, responsabilizándolas, implicándolas en el proyecto y fomentando roles proactivos. Mi propuesta metodológica se enmarca dentro del feminismo dialógico proponiendo una intervención con las mujeres que les permita debatir, relacionarse e ir conociéndose mejor; que les posibilite comprender razones y argumentos de las demás. En la que se usen la cooperación y la coeducación como alternativas a la competitividad, la verticalidad, la instrucción y a las relaciones agresivas e individualistas.

Todos/as los/las agentes educativos que participen en la intervención tienen que tener clara esta finalidad. Y tienen que darle la misma importancia a la metodología que a los contenidos en los que pretendan incidir.

En las sesiones de las que se hagan cargo, deben plantearse el trabajo de los contenidos mediante formas alternativas a los métodos verbales o pasivos tradicionales, puesto que éstos, en numerosas ocasiones, dificultan la motivación y/o interés.

Por este motivo, propongo el uso de herramientas didácticas de la educación cooperativa, la pedagogía sistémica, el arte-terapia, la animación sociocultural, la educación emocional, el aprendizaje dialógico u otras técnicas que el equipo profesional conozca y estén en la misma línea.

Puede que los/las agentes educativos que participen en la intervención no *controlen* todas estas disciplinas y herramientas con profundidad, pero con gran probabilidad no les serán desconocidas. La SGPRiS a través del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada (CEJFE) se ha propuesto, en los últimos años, el acercamiento a nuevas formas de intervención, centrándose, precisamente, en muchos de estos modelos educativos.

Además, dentro del ámbito penitenciario un porcentaje elevado de profesionales posee formación complementaria en estas líneas y debería buscarse la forma de poder aprovechar todo este conocimiento.

No se trata de utilizar una metodología excesivamente compleja y elaborada sino lo suficientemente innovadora para conseguir y mantener el interés de las usuarias.

El/la profesional durante la intervención grupal tenderá a adoptar una posición secundaria, de soporte, hilo conductor y/o moderador/a traspasando a las usuarias la responsabilidad en la toma de decisiones sobre los temas a trabajar, el orden o la intensidad, aunque reservándose la responsabilidad de proponer cómo hacerlo.

A continuación, y en forma de cuadros explicativos, presento una relación de contenidos susceptibles de ser abordados por el grupo.

Los cuadros agrupan los contenidos bajo tres temáticas, que coinciden con los objetivos de la intervención: 1) Adicción a sustancias y adicción a la pareja, 2) Formas de violencia y 3) Relaciones afectivas.

En el primer cuadro¹⁸: Adicción a sustancias y adicción a la pareja, se dividen los contenidos a trabajar diferenciando la disciplina profesional que se considera más adecuada para hacerlo.

Los siguientes cuadros: Formas de violencia y Relaciones afectivas, reflejan contenidos pero no realizan la diferenciación anterior. El equipo educativo debe decidir qué contenidos trabajará cada profesional.

Esta propuesta de contenidos no deja de ser una guía orientativa que servirá al equipo profesional como soporte para la intervención, pero que no puede ser pensada como algo cerrado, ya que aquello que finalmente se trabajará dependerá de las necesidades y el consenso del grupo.

¹⁸ El primer cuadro explicativo: Adicción a sustancias y adicción a la pareja refleja algunos de los contenidos que el programa motivacional trabaja en la actualidad (2014/2015)

POSIBLES CONTENIDOS A TRABAJAR DENTRO DEL PROGRAMA MOTIVACIONAL/ ADICCIONES PARA MUJERES.

BIDEPENDENCIA. ADICCIÓN A SUSTANCIAS Y ADICCIÓN A LA PAREJA.	CONTENIDOS.	
	Intervención socioeducativa	Intervención psicológica.
Identificar la problemática de dependencia.	Afectación de la/s problemática/s a las diferentes áreas (a. personal, a.laboral, a. familiar, a.social, a.afectivo-emocional, etc) Aproximación al concepto adicción. Drogodependencia. Aspectos diferenciales de género.	Uso/abuso/dependencia. Proceso de creación de hábito. Rasgos de personalidad y adicción.
(Re)conocer formas de interacción y/o comunicación saludables o deficitarias (respecto a la dependencia)	Habilidades sociales: estilos comunicativos (agresivo, inhibido, asertivo). Derecho de autoafirmación. No toleraré- No abusaré. Comunicación corporal/emocional. Significados ocultos en la comunicación	
Trabajar la autoestima.	Autoestima; Autoconocimiento; Autocuidado; Autoimagen; Autoeficacia. Consciencia emocional: dolor, rabia, miedo. Capacidades/limitaciones.	Autoideal. Emociones positivas y emociones negativas. Optimismo inteligente. Consciencia emocional. Éxito interior vs éxito exterior.
Conseguir una estabilización anímica a través de la intervención terapéutica grupal, el soporte y atención individual y el tratamiento farmacológico, si es preciso.	CAVA (conocerse, aceptarse, valorarse, amarse)	Actividades guiadas de introspección.
Fomentar la valoración personal y grupal.	Dinámicas grupales de autoconfianza, respeto, resolución de problemas. Actividades de educación física.	
Trabajar los pensamientos distorsionados y las creencias irracionales.	Razones que justifican el mantenimiento de la conducta adictiva y de la relación afectiva deficitaria.	Ley- creencia. Pensamientos positivos. Optimismo inteligente.
Identificar traumas y malestares	Análisis de historia de vida. Diferencias y semejanzas. La punta del iceberg. (¿Qué oculta una dependencia?) Identificando malestares.	Actividades guiadas de introspección.

Programa motivacional/adicciones

Trabajar la percepción y el manejo de la culpa.	SPA (sentir-pensar-actuar) Roles de género.	Enquistamiento psíquico. Liberar la culpa. El perdón.
Reconocer factores de riesgo y factores de protección en una recaída.	Factores antecedentes y/o factores desencadenantes que llevan a relación afectiva bidependiente y a un proceso de recaída. Decisiones aparentemente irrelevantes. (DAI's)	Expectativas positivas
Identificar formas de sustitución y/o riesgos de otras dependencias	Aproximación al concepto socioadicción. Socioadicción vs adicción. Dependencia física vs dependencia psicológica. El proceso de sustitución. La polidependencia. La bidependencia.	
Promover un estilo de vida saludable.	Educación para la salud. Entorno nocivo/entorno saludable Educación afectivo-sexual. Estilos afectivos saludables.	

FORMAS DE VIOLENCIA	CONTENIDOS
	Intervención
<p>Identificar y reconocer la vulnerabilidad social y psicológica presente en la mujer que la hace susceptible a ser víctima de violencia.</p> <p>Conocer sus consecuencias y las formas de indefensión en la que las coloca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Indicadores de los efectos de la violencia en la salud. - El estrés post-traumático. - Estereotipos de género. Identidad de género. Discriminación de género. - Síndrome de Estocolmo. - El silenciamiento del yo. - TPS (trastornos psicosexuales). - Perfil del agresor //Perfil de la víctima - Perfil del agresor. - Perfil de la víctima.
<p>Entender los tipos de maltrato/violencia (emocional, físico, psicológico).</p> <p>Entender las fases cíclicas de violencia (tensión, agresión, mantenimiento y la evolución en el tiempo (agravamiento de la frecuencia y la severidad).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tipología de abusos. - F. de riesgo/ F. de protección - El ciclo de la violencia. - Relaciones de riesgo. Estilos afectivos. - Índice de abuso en la pareja. - Indicadores de daño emocional y daño físico.
<p>Reconocer las formas de violencia familiar, afectiva o de contexto, y su no limitación al maltrato físico. (Reconocer otras formas de violencia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia física, psicológica, social, laboral, comunicativa, en el hogar, política, sistema jurídico, cultural, económica, sexual...
<p>Aprender /reaprender pautas de crianza y acciones específicas de prevención de malos tratos y desarrollo de conductas imitativas de violencia en los hijos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos de la existencia de VIGE intrafamiliar. - Pautas de crianza.
<p>Conocer formas de protección/estrategias de seguridad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Orientaciones y plan de seguridad. - Red de recursos comunitarios.

RELACIONES AFECTIVAS	CONTENIDOS
	Intervención
Comprender la influencia de la idealización del amor romántico a nivel social en nuestra concepción del amor.	<ul style="list-style-type: none"> - Mitos del amor romántico. - Los mandatos de género respecto al amor. - Los medios de comunicación y el amor.
Profundizar en la concepción de las usuarias respecto al amor	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismos de la socialización diferencial. - Autoestima y autocrítica. - Análisis de mensajes socializadores sobre el amor.
Identificar relaciones afectivas saludables vs tóxicas	<ul style="list-style-type: none"> - Valores y actitudes presentes en las relaciones saludables. - Actitudes de alerta en las relaciones no igualitarias. - Formas de dominación. - Autoconocimiento y pareja.
Favorecer la progresiva disminución del aislamiento (familiar, social, pareja) mediante el acercamiento a contextos saludables de interacción.	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos de conducta y relación en el proceso de recuperación. - La gestión del tiempo. - Estilo de vida saludable. - Aproximación a recursos de interés

10. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

El programa motivacional/adicciones pretende trabajar, además de la toxicomanía, la vulnerabilidad de la mujer drogodependiente a desarrollar otro tipo de dependencias, poniendo especial énfasis en la bidependencia. Además tiene como finalidad conseguir que las usuarias se identifiquen y adhieran al tratamiento, para minimizar el porcentaje de abandono.

- ¿Cómo lo pensamos conseguir?

Construyendo con ellas un espacio seguro y cómodo de interacción, con el que se identifiquen, en el que sean capaces de expresar sus necesidades, en el que tengan un rol activo y donde puedan recibir respuestas concretas, orientación y soporte.

- ¿Cuál es el planteamiento para conseguir este espacio?

En primer lugar, involucrando a las internas en la construcción del programa, puesto que son sus necesidades las que deseamos trabajar. Ellas serán las que marquen el orden, el ritmo y la intensidad con la que se trabajen los diferentes temas que componen el programa, así como tendrán libertad para proponer otros temas alternativos.

En segundo lugar, involucrando a los/las profesionales que componen el equipo de tratamiento de toxicomanías del módulo y a diferentes profesionales, recursos o entidades que intervienen en el centro y que pueden dar una respuesta *más* especializada y concreta a algunos de los temas que configuran el programa.

La consecución de la implicación de las internas no ocurrirá de manera abrupta sino que deberemos ir motivándola de manera progresiva. Así, utilizaremos la atención individual para explicar los objetivos, el funcionamiento del programa y conseguir su interés. E intentaremos conservarlo mediante toda la intervención posterior.

Una vez, hayamos conseguido formar un grupo, comenzaremos la intervención grupal. Ésta, durante las primeras sesiones, debe ser genérica, tiene que facilitar la ruptura de hielo, la progresiva consecución de sentimiento de grupo y la creación de un clima de confianza. Una vez conseguida cierta cohesión grupal, daremos un paso hacia adelante. Será entonces, cuando planteemos a las usuarias la construcción del cuerpo del programa, de forma consensuada, a partir de las tres grandes temáticas que lo configuran y de la relación de contenidos que tenemos como guía orientativa.

De esta forma, podremos ir abordando las problemáticas de forma cuidada, progresiva, sin intrusismo y con su consentimiento a fin de promover poco a poco su conciencia sobre las mismas.

Por otro lado, se propondrá destinar un día a la semana para profundizar en las habilidades sociales y las relaciones positivas y saludables; a partir de las necesidades

grupales percibidas. Proporcionando así, a las mujeres la oportunidad de un espacio de aprendizaje vivencial donde se potencie la ayuda mutua, la comprensión y la tolerancia. En el caso de que una mujer se vinculase al programa y posteriormente decidiera abandonarlo o fuese expulsada, el equipo profesional referente abordaría su situación específica en intervención individual; manteniéndose el contacto con ella con la finalidad de poder volver a vincularla más adelante.

Los motivos de expulsión del programa serán decididos por el grupo de forma consensuada durante las primeras sesiones de trabajo. Si una mujer fuese expulsada, el equipo profesional, intentará mantener el contacto con ella de forma individualizada y motivarla con la finalidad de conseguir, en otro momento, implicación e interés.

El programa motivacional/adicciones busca la conciencia, la reflexión, el despertar de la ambivalencia, el emerger de los malestares y el surgimiento de motivación hacia el cambio. Por ello, lo más importante es conseguir que las mujeres se sientan identificadas, darles protagonismo y proporcionarles la oportunidad/responsabilidad de confeccionarlo, de hacerlo suyo, para, más adelante, y a través de otros programas¹⁹ a hacer un trabajo más intensivo.

Una vez que el grupo haya escogido los contenidos, el/la profesional referente los comunicará en reunión de coordinación al resto de agentes educativos, y se decidirá a partir de competencias, especialidad y formación, qué trabajará cada uno/a de ellos/as. A partir de la misma premisa, se dividirán el resto de contenidos entre la pareja educativa referente (educador/a y psicólogo/a).

La intervención grupal se organizará de la siguiente manera:

- La pareja terapéutica (educador/a y psicólogo/a) lidera la mayor parte de la intervención grupal: 4 días a la semana, sesiones de 1 hora y 30 minutos.
- A consecuencia de las diferentes ratios, el/la psicólogo/a se encargará de 1 sesión grupal y el/la educador/a de 3 sesiones grupales.
- 1 sesión grupal del educador/a se destina al trabajo de habilidades sociales y relaciones positivas/ saludables.
- El/la monitor/a de educación física se encarga de 1 sesión grupal de 1 hora y 30 minutos.
- A los/las agentes educativos externos al equipo de tratamiento les pedimos una colaboración puntual (o dos como máximo) dentro del programa. A esta intervención la denominaremos: sesión satélite. Tendrá fijado un día concreto

¹⁹ En CP Mujeres Brians 1, el programa que realiza un abordaje intensivo de la problemática toxicológica es el DAE de Mujeres. Este programa también debería ser revisado y actualizado.

dentro del calendario de intervención. No obstante, nos adaptaremos en todo momento, a las necesidades que tenga el/la agente encargado/a de la misma.

- La colaboración del resto del equipo de intervención (criminología y trabajo social, básicamente) también se denominará sesión satélite. Se realizarán un día de la semana en concreto y existirá posibilidad de adaptación.
- Se propone la realización de las sesiones satélite y de la atención individual en un horario diferente al del programa, con la finalidad de no romper ritmos, ni “perder” sesiones.
- La propuesta horaria para sesiones satélite y atención individual será de 15.00h a 17.00h, horario en el que *en teoría* no se solaparán con otra/s actividad/es.

El/la psicólogo/a y el/la educador/a realizarán atención individualizada con periodicidad semanal, profundizando en la problemática toxicológica así como en otros aspectos que favorezcan al crecimiento personal de las mujeres atendidas. Si la interna realizase una demanda específica que pudiera ser resuelta con mayor precisión por otro/a agente educativo, se realizará una derivación y se facilitará este espacio de atención.

Dentro de la reunión semanal de coordinación del equipo de toxicomanías, se destinará un tiempo para el seguimiento del programa.

Se propondrá la realización de, al menos, una reunión mensual de valoración de todo el equipo profesional que intervenga en el mismo. Igualmente, los canales de comunicación estarán permanentemente abiertos a fin de abordar cualquier necesidad que pueda surgir.

11. TEMPORALIZACIÓN.

Con la finalidad de mantener los tiempos actuales respecto a los programas de intervención en toxicomanías que se están realizando en el CP Brians 1, considero que el programa motivacional/adicciones tiene que mantener su temporalización de 3 meses de duración. No obstante, y como esta propuesta pretende aumentar los temas sobre los que incidir, se realizarán en horario de tarde algunas intervenciones grupales y toda la atención individual.

11.1. Temporalización general.

A continuación presento una posible temporalización/organización de la intervención del programa.

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
11.30 a 13.00h	Sesión grupal: Psicólogo/a AULA A Gr:	Sesión grupal: Educador/a AULA A Gr:	Sesión grupal: Educador/a AULA A Gr:	Sesión grupal: Educador/a GYM DONES Gr:	Sesión grupal: Educador/a físico/a GYM DONES Gr:

	Elegir nombre.*	Elegir nombre.		Elegir nombre.	Elegir nombre.	Elegir nombre.
15.00 a 17.00h*		Atención Individual Educ	Atención Individual Psic	Sesión satélite		

* Gr: Elegir nombre, se refiere a que el grupo debe elegir un nombre para designarse.

* 15.00 a 17.00h: En este horario las usuarias normalmente descansan, es decir, como norma general no se programan actividades. Es necesario un trabajo coordinado entre rehabilitación/vigilancia para que puedan participar.

11.2. Temporalización a partir de contenidos. (SESIONES)

A partir de la guía orientativa de contenidos, he confeccionado una posible guía de intervención que podría servir de ayuda al equipo educativo. No obstante, no deja de ser esto, una posible manera de organización y trabajo, puesto que, como se ha comentado anteriormente, será el grupo de usuarias las que decidirán, con el asesoramiento de la pareja profesional referente, cómo se trabajarán los contenidos.

MES 1

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES		JUEVES	VIERNES
1. Aproximación, expectativas sobre el programa	2 Aproximación, expectativas sobre el programa	3 Aproximación a conocimientos e ideas respecto a la/s problemática/s	Sesión SATÉLITE: Trabajo Social	4 Dinámica cooperativa/ sensibilización.	5 Sesión grupal deporte.
6 Consciencia emocional.	7 Las áreas que me configuran. ¿Cuál es mi momento?	8 Autoestima	Sesión SATÉLITE: Pas a pas mediación.	9 Dinámica cooperativa: cohesión grupal y activación.	10 Sesión grupal deporte.
11 Autonocimiento/ Autoconcepto.	12 Mitos y estereotipos sobre las mujeres Autoconocimiento.	13 Identidad de género.	Sesión SATÉLITE: Criminología	14 Dinámica cooperativa: confianza	15 Sesión grupal deporte.
16 Adicción y Socioadicción	17 Bidependencia y polidependencia.	18 Vulnerabilidad social y psicológica.	Sesión: SATÉLITE: Serv. Sanitarios.	19 Dinámica cooperativa: perspectiva de grupo y soluciones	20 Sesión grupal deporte.

MES 2

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	
1 Autoeficacia	2 Historia de vida; aspectos diferenciales de género.	3 Tipología de violencia y tipología de abusos	Sesión SATÉLITE: CAS	4 Dinámica cooperativa: integrar sentimientos.	5 Sesión grupal deporte
6 Dependencias: Aspectos diferenciales de género.	7 Drogas legales vs drogas ilegales	8 Daño emocional y daño físico	Sesión SATÉLITE: Psiquiatría.	9 Dinámica cooperativa: empatía.	10 Sesión grupal deporte
11 Rasgos de personalidad en el/la adicto/a	12 De los placeres a los riesgos	13 Relaciones víctima/agresor y drogodependencia	Sesión SATÉLITE: Vicky Bernadet	14 Dinámica cooperativa: confianza.	15 Sesión grupal deporte
16 Identificando malestares	17 Factores de riesgo y factores de protección.	18 Salud y adicción.	Sesión SATÉLITE: ARED.	19 Dinámica cooperativa: cohesión grupal.	20 Sesión grupal deporte

MES 3

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	
1 Pensamientos distorsionados y creencias irracionales	2 Mitos del amor; Socialización del amor; micromachismos, etc.	3 Relaciones saludables vs relaciones nocivas	Sesión SATÉLITE: CAS	4 Dinámica cooperativa: hacer frente a la frustración.	5 Sesión grupal deporte.
6 DAI's La substitución.	7 El ciclo de la violencia	8 Habilidades sociales	Sesión SATÉLITE: Niños Sin Barreras.	9 Dinámica cooperativa: comprensión	10 Sesión grupal deporte
11 Aprender el desapego	12 Mitos del amor; Socialización del amor; micromachismos, etc.	13 Hábitos de conducta y relación en el proceso de recuperación.	Sesión SATÉLITE: Vicky Bernadet	14 Dinámica cooperativa: integrar sentimientos.	15 Sesión grupal deporte
16 La resiliencia	17 Hábitos de conducta y relación en el proceso de recuperación.	18 La gestión del tiempo; nuevas formas de interacción.	Sesión SATÉLITE: Creación +	19 Dinámica cooperativa: confianza.	20 Sesión grupal deporte

12. EVALUACION.

La evaluación de esta propuesta de intervención, debe comenzar a realizarse desde el momento inicial de su implementación, no debiendo centrarse tan sólo en la figura del educando y en su proceso de aprendizaje. Debe ser entendida de forma holística y tener en cuenta todo aquello y aquellos/as que influya/n directa/indirectamente en el desarrollo y construcción del programa. Constituyéndose así, como un instrumento de cambio, aprendizaje, comprensión y mejora.

A partir de este planteamiento global y continuo; la evaluación se orientará en tres direcciones y poseerá las siguientes características:

- Respecto a la evaluación de los miembros del grupo (profesionales y usuarias), sus funciones, posturas y grado de implicación:

Se fomentarán formas de autoevaluación, reflexión crítica, coevaluación y heteroevaluación²⁰:

- La autoevaluación de cada uno/a de los miembros del grupo se propondrá después de cada una de las sesiones.
- Respecto a la evaluación del desarrollo del programa y el contenido de las sesiones:
 - Será continua y diagnóstica; orientando y regulando la intervención con la finalidad de tomar decisiones, mantener o modificar aquello que interfiera, desorienta o limite los fines educativos que queremos conseguir. Se evaluará el principio, el desarrollo y el final del programa/ sesiones.
 - Será global: Considerará todos los aspectos externos al programa (entorno) e internos que intervienen y/o interfieren en el proceso de enseñanza-aprendizaje y de abordaje de los contenidos.
 - Será horizontal: A partir de la propuesta de valoración grupal de cada una de las sesiones y productos construidos.
- Respecto a la evaluación de las integrantes del grupo:
 - Será contextualizada/ individualizada: Tendrá en cuenta a cada una de las integrantes del grupo desde su realidad (antecedentes, experiencias, capacidades, nivel de motivación y expectativas).

²⁰ La coevaluación y la heteroevaluación deben entenderse como instrumentos de aprendizaje colaborativo. Coevaluación: instrumento de valoración del trabajo o implicación del otro/a en una determinada tarea, centrándose en lo positivo. Las dificultades o deficiencias que pudiesen existir serán valoradas/señaladas por el/la responsable de la sesión, en un momento que considere oportuno. Heteroevaluación: evaluación que realiza una persona sobre otra respecto de su trabajo, actuación, rendimiento. A diferencia de la coevaluación, aquí las personas pertenecen a distintos niveles. De esta forma de evaluación, interesa sobre todo la evaluación que realiza el alumno/a respecto a la actuación del profesional.

- Será sumativa: Valorará la evolución, grado de implicación y de adquisición de aprendizajes de cada una de las integrantes del grupo.

Según sus características, la evaluación se realizará utilizando diferentes instrumentos, algunos de ellos pueden ser:

- Cuestionarios y escalas.
- Registros de observación.
- Autoregistros.
- Carpetas de aprendizaje.
- Diarios grupales e individuales.
- Cronogramas de planificación grupal.
- Etc.

13. FUTURAS LÍNEAS DE INTERVENCIÓN.

Mi TFM es un proyecto parcial, puesto que se centra en la renovación de la primera parte del tratamiento toxicológico que se oferta a las mujeres adictas, en un centro concreto.

Plantea un cambio en la intervención, metodología y tratamiento de las mujeres, que debería ser asumido por todos/las profesionales que realicen intervención con ellas dentro del centro penitenciario.

Y deja entrever la necesidad de consolidar nuevas líneas de intervención sobre las que se debería reflexionar. De entre ellas, se deberían considerar las siguientes:

- Dotar de oficialidad a este material.
- Crear grupos de trabajo intercentro que revisen y modifiquen el programa marco de intervención en toxicomanías con mujeres a fin de poder *abandonar* la versión existente y confeccionar un material adecuado, actualizado y con perspectiva de género.
- Por tanto, consensuar una misma línea de actuación entre los diferentes centros penitenciarios de Catalunya, a fin de ofrecer una atención igualitaria, eficaz y de calidad.
- Mantener y consolidar la coordinación y comunicación continuada entre los recursos especializados externos, que realizan intervención con las mujeres adictas dentro del módulo, y el equipo de tratamiento.
- Crear grupos de trabajo entre los profesionales especializados en toxicomanía de un mismo centro penitenciario. En el caso de CP Mujeres Brians 1, este grupo estaría configurado por profesionales de tratamiento que realizan atención en módulo, DAE y por el CAS de Toxicomanías.

- Acercar al equipo de vigilancia a los equipos de tratamiento, a su filosofía de trabajo y finalidad. Fomentar el trabajo conjunto y el diálogo.
- Consolidar la figura de referente de género dentro de los centros penitenciarios.
- Fomentar la formación permanente entre los/las profesionales.
- Ofrecer a las internas nuevas formas de implicación activa y responsabilidad en su tratamiento.
- Dotar y consolidar de un enfoque transversal de género a toda la intervención que se realiza en los módulos de mujeres, y en definitiva, en todo el centro penitenciario.
- Ampliar el trabajo de la prevención de la violencia de género, más allá, del contexto concreto de los programas de drogodependencias.

BIBLIOGRAFÍA.

- Acero Achirica, Alicia (2004). La intervención en problemática asociada maltrato y dependencia a drogas. [En línea]. En: *XXXI Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol (Córdoba. Marzo 2004). Mesa: Maltrato y violencia en la población drogodependiente*. [Consulta: 12 de julio de 2015]. Disponible en web: <http://www.atिकासerviciosdesalud.com/La%20intervencion.pdf>
- Aiquipa, J. (2012). Diseño y validación del inventario de dependencia Emocional- IDE. [En línea]. En: *Revista IIPSI*. 2(1) p.133-145. [Consulta: 29 de mayo de 2015]. Disponible en web: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3673/2946>
- Almeda, Elisabeth, Di Nella, Dino y Navarro, Carmen. Mujeres, cárceles y drogas: datos y reflexiones (2012). [En línea]. En: *Oñati Socio-legal Series, Diferencias invisibles: género, drogas y políticas públicas. El enfoque de género en las políticas europeas de drogas*. 2(6) p.122-145. [Consulta 26 de mayo de 2015]. Disponible en web: <http://ssrn.com/abstract=2115434>. ISSN: 2079-597.
- Almeda, Elisabeth (2003). *Mujeres encarceladas*. Editorial Ariel. Barcelona.
- Banyuls, Enric, Clua Rafael, Jiménez, Raúl e Imbernom, Miriam (2014). *Presó, drogues i poblacions ocultes. Consum de drogues i conductes de risc per la salut en població penitenciària*. [En línea]. Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada. [Consulta: 15 de junio de 2015]. Disponible en web: http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/recerca/catalog_d_investigacions/per_ordre_cronologic/2014/preso-drogues-i-poblacions-ocultes-consum-de-drogues-i-conductes-de-risc-per-a-la-salut-en-poblacio-penitenciaria/index.html
- Barea, Consuelo (2004). *Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo)*. Editorial Océano, Barcelona.
- Barreda Marina, M^a Ángeles, Díaz Salazar, Mercedes, De Ena de la Cuesta, Sol, López Jiménez, M^a Carmen, Sánchez Vallejo, Susana y Zulaica Calvo, Begoña (2005). *Mujer y Adicción*. [En línea]. Instituto de Adicciones: Madrid, Salud. [Consulta: 25 de junio 2015]. Disponible en web: http://www.fsysc.org/malva/wp-content/uploads/02_Mujer_y_adiccion_InstitutoAdiccionesMadrid.pdf
- Bolaños Gallardo, Eva (2010). "Mujeres, droga y género". Una mirada cualitativa. [En línea]. En: *XII Seminario de autoformación de la red CAPS (Barcelona, 29 de octubre, 2010)*. [Consulta: 8 de julio de 2015]. Disponible en web: http://www.caps.cat/images/stories/XII_Seminario_Red-caps_2010_Eva_Bola%C3%B1os.pdf

- Castelló Blanco, Jorge (2000). Análisis del concepto dependencia emocional. [En línea].
En: *I Congreso Virtual de Psiquiatría* (1 de Febrero - 15 de Marzo 2000);
Conferencia 6-CI-A. [Consulta: 05 de mayo de 2015]. Disponible en web:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm
- Castelló Blanco, Jorge (2006). Clínica de las dependencias afectivas. [En línea]. *I. Encuentro Profesional sobre Dependencias Sentimentales. F. Instituto Spiral*.
[Consulta 15 de mayo de 2015]. Disponible en web:
<http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/encuentros/ponencias/Jorge%20Castello%20ponencia.pdf>
- Castelló Blanco, Jorge (2005). *Dependencia Emocional: Características y Tratamiento*. Alianza. Editorial, Barcelona.
- Chait, L. y Zulaica, Begoña (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: Análisis para la intervención. [En línea]. En: *Revista Trastornos Adictivos*. 2(7) p.104-113.
[Consulta: 6 de mayo de 2015]. Disponible en web:
<http://www.scout.es/wp-content/uploads/Mujeres-drogodependientes-maltratadas1.pdf>
- Chavarrías, Ana, Foissin, Lucie, García, Montse, Masià, Beatriu y Villar, Caridad (2000). *Vincula't. Materials per treballar amb dones maltractades*. [En línea]. Diputació de Barcelona. Oficina Tècnica del Pla d'Igualtat. Barcelona. [Consulta: 25 de junio de 2015]. Disponible en web: <https://www.diba.cat/documents/233376/233762/dones-descarrega-publicacions-vinculat-pdf.pdf>
- Cruells, Marta y Torrens, Miriam (2005). Mujeres, integración y prisión. Análisis de los procesos de integración sociolaboral de las mujeres presas en Europa. [En línea] En: *Estudio sobre la eficiencia de las medidas de inserción sociolaboral.*, SURT. [Consulta: 09 de febrero de 2015]
Disponible en web:
<http://centreantigona.uab.cat/docs/articulos/Dones.%20integraci%C3%B3%20i%20pres%C3%B3.%20Un%20an%C3%A0lisi%20dels%20processos%20d'integraci%C3%B3%20sociolaboral%20de%20les%20dones%20preses%20a%20Europa.%20SURT,%202004.pdf>
- De la Iglesia, Alba, López, Rosa M^a, Piñeiro, Isabel M^a y Otero, Yael (2013). *Mares a la presó. La relació amb els fills de les dones empresonades* [En línea]. Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada. Disponible en web:
http://justicia.gencat.cat/ca/ambits/formacio_recerca_documentacio/recerca/catalog_d_investigacions/per_ordre_cronologic/2012/mares_a_la_preso_la_relacio_amb_els_fills_de_les_dones_empresonades/
- Echabúrua, Enrique (1999). ¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, trabajo, internet. [En línea]. En: *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 4 (2), p.147-149,1999. [Consulta 12/06/2015]. Disponible en web:

<http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:Psicopat-1999-E450D28F-917E-AC48-1DC1-C8C488F6B7B6>

- Galati, Luciana. *Dependencia emocional: Una aproximación al tema y su abordaje desde la perspectiva Cognitivo – Conductual* (2013). [En línea]. Dirigido por: Oscar Asorei. Tesina de Maestría. Máster en Psicología Clínica y de la Salud. Instituto Superior de Estudios Psicológicos ISEP (junio, 2013). [Consulta: 5 de mayo de 2015]. Disponible en web: <http://www.isep.es/wp-content/uploads/2014/07/demencia-emocional.pdf>
- García Porras, Gema (2011). *Habitando márgenes. Aproximación a la situación de las mujeres consumidoras de drogas privadas de libertad*. Dirigido por Elisabet Almeda Samaranch. Trabajo final. Máster Estudios de Dones, Gènere i Ciutadania, IIEDG (2009-2011)
- Hirigoyen, Marie-France (2006). *Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Ediciones, Paidós. Barcelona.
- Iborra Cuellar, Alejandro e Izquierdo Alonso, Mónica (2010). ¿Cómo afrontar la evaluación del aprendizaje colaborativo? Una propuesta valorando el proceso, el contenido y el producto de la actividad grupal. [En línea] En: *Revista General de Información y Documentación*. V(10), P221-241. ISSN 1132-1873. [Consulta: 1 de agosto de 2015].
Disponible en web: <http://revistas.ucm.es/index.php/RGID/article/view/RGID1010110221A>
- Jiménez Aragonés, Pilar (1999). *Materiales didácticos para la prevención de violencia de género. Unidad didáctica para Educación de personas adultas*. [En línea]. Consejería de Educación y Ciencia. Junta de Andalucía. Málaga. [Consulta: 01 de junio de 2015]. Disponible en web:
http://www.pontevedra.gal/web2015/wp-content/uploads/2015/01/genero_adultas.pdf?d3bf1d
- Klatte, Bill y Thompson, Kate (2009). *Qué difícil es quererte. Conservar la calma con gente difícil*. Plataforma Editorial. Barcelona.
- Lete, M^a Rosario, Revuelta M^a Carmen y Sánchez Encarnación. La dependencia relacional en las mujeres adictas (2000). [En línea]. En: *Revista Educación Social n^o 14: Drogodependencias en clave de futuro*.p.27-36. [Consulta: 28 de abril 2015].
Disponible en web:
<http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/viewFile/144556/383426>
- Llopis, Juan José, Castillo, Agurtzane y Rebolledo, Montse (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. [En línea]. En: *Revista Salud y Drogas*. 5(2), p.137-158. [Consulta: 6 de mayo de 2015]. Disponible en web: <http://www.redalyc.org/pdf/839/83905208.pdf>
- Martínez Redondo, Patricia (2009). *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos en las redes de atención*. [En línea]. Unión de

- Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. s/lugar edición. [Consulta: 15 de mayo de 2015]. Disponible en web: http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/blt18/documentos/UNAD_investigacion.pdf
- Migallón Lopezosa, Pilar y Voria, Andrea (2007). *Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad*. Programa de Intervención en Salud desde un Enfoque de Género. [En línea]. Instituto de la Mujer. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. [Consulta: 12 de julio de 2015]. Disponible en web: <http://www.inmujer.gob.es/en/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/PrivadasLibertad.pdf>
- Moral Jiménez, M^a de la Villa y Sirvent Ruiz, Carlos (2009). Dependencia Afectiva y Género: Perfil Sintomático Diferencial en Dependientes Afectivos Español. [En línea]. En: *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 43(2), p.230-240. [Consulta 6 de julio 2015]. Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412891004>
- Moral Jiménez, M^a de la Villa y Sirvent Ruiz, Carlos (2008). Dependencias sentimentales o afectivas: etiología, clasificación y evaluación. *Revista Española de Drogodependencias*. 33(2), p.145-167.
- Moral Jiménez, M^a de la Villa y Sirvent Ruiz, Carlos (2014). Objetivos psicoterapéuticos e intervención integral en dependencias sentimentales. [En línea]. En: *Revista Española de Drogodependencias*. 39 (3), p.38-56. 2014. [Consulta: 10 de julio de 2015]. Disponible en web: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5014443>
- Moreno Beltrán, Anna, Ballesteros Pena, Ana. y Almeda Samaranch, Elisabeth La realidad familiar de las mujeres encarceladas en el sistema penitenciario español (2013). [En línea]. En: *XI Congreso Español de Sociología. Crisis y Cambio. Propuestas desde la Sociología*. [Consulta: 7 de mayo de 2015] Disponible en web: http://www.academia.edu/4175854/La_realidad_familiar_de_las_mujeres_encarceladas_en_el_sistema_penitenciario_espa%C3%B1ol
- Moya Ollé, Josep (2007). Manual. *La intervenció professional en joves amb trastorns mentals. Pautes d'intervenció*. Formació i investigació social i criminològica. Centre d'estudis jurídics i de formació especialitzada. Generalitat de Catalunya.
- Norwood, Robin (1989). *Las mujeres que aman demasiado*. Grupo Zeta.
- Riso, Walter (2004). *Amar o depender*. Ediciones Granica, S.A, Barcelona.
- Riso, Walter (2008). *Amores altamente peligrosos*. Editorial Planeta/ Zenith, Barcelona.
- Riso, Walter (2009). *Los límites del amor*. Editorial Planeta/ Zenith, Barcelona.
- Romero Mendona, Martha, Medina Mora, M^a Elena y Rodriguez Ajenjo, C. José (2011). *Mujeres y Adicciones*. [En línea]. CENADIC, Méjico. [Consulta 01 de abril de 2015]. Disponible en web: http://www.academia.edu/3629796/Mujeres_y_Adicciones_Libro

Sirvent, Carlos (2006). Clasificación y sintomatología diferencial de las dependencias sentimentales y las coadicciones. [En línea]. En: *I Encuentro Profesional sobre Dependencias Sentimentales- F. Instituto Spiral*, p.1-7. [Consulta 28 de abril de 2015]. Disponible en web:

<http://www.institutospiral.com/cursosyseminarios/encuentros/resumenes/Carlos%20Sirvent.pdf>

Stocco, Paolo, Defazio, Laura, Carvalho, Marlen, Lopis, J.José, Facy, Françoise, Mariani, Eveline, Legl, Thomas, Castillo, Agurtzane y Rebollida, Montse(2002). *Women and opiate addiction: a European perspective*. [En línea]. IREFREA. Palma de Mallorca. ISBN 84-931947-2-7. [Consulta: 8 de julio de 2015] Disponible en web: <http://www.drugsandalcohol.ie/3802/>

Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat (2011). "El model de rehabilitació a les presons catalanes". Direcció General de Serveis Penitenciaris. Generalitat de Catalunya.

Urbano Aljama, Aurora y Arostegi Santamaría, Elisabete (2004). *La mujer drogodependiente. Especificidad de género y factores asociados*. Universidad Deusto. Bilbao

Valls, Esther, LaFarga, Sandra, Ginés, Oriol, Ponce, Álvaro y Geldschager, Heinrich. (2013). *Violència contra la parella i consum de substàncies*. Guia de treball grupal. [En línea]. Departament de Salut. Agència de Salut Pública. Subdirecció General de Drogodependències. Generalitat de Catalunya. Barcelona. [Consulta: 29 de mayo 2015]. Disponible en web:

http://drogues.gencat.cat/web/content/minisite/drogues/professionals/tractament/col_lectius_amb_nec_especificiques/prog_drogues_i_violencia/pdf/1_guia_vcp_treball_grupal-grups_mixtos.pdf

Yagüe, Concepción (2007). Mujeres en Prisión. Intervención basada en sus características, necesidades y demanda. [En línea]. En: *Revista Española de Investigación Criminológica*. 4(5). [Consulta: 13 de junio de 2015]. Disponible en: [web:http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano5-2007/a52007art4.pdf](http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano5-2007/a52007art4.pdf). ISSN: 1696-9219.

ANEXOS

ANEXO 1. Dependencias relacionales. Para no confundir conceptos...

Las dependencias relacionales son un fenómeno en crecimiento en los últimos años, con una considerable importancia sociosanitaria, tal y como señalan Carlos Sirvent, M^a de la Villa Moral o Jorge Castelló, entre otros. Estos profesionales, trabajan con la finalidad de dotarlas de la categoría de trastorno, puesto que su reconocimiento es *relativo* y todavía no están presentes en las clasificaciones internacionales (DSM o CIE). Consideran imprescindible su correcta conceptualización y diagnóstico diferencial respecto a otros trastornos para poder intervenir en ellas de manera eficaz. Esto facilitaría su correcta diagnosis, cosa que según Sirvent (2006) no ocurre en muchas ocasiones.

Según Sirvent, “toda dependencia emocional supone un comportamiento desadaptativo contingente a una interrelación afectivodependiente; (...) los dependientes suelen ignorar su problemática o tener una vaga y/o errónea conciencia de la misma; (...) normalmente la atribuyen a causas exógenas o piden ayuda a partir de los síntomas emergentes”.

A continuación, enumero las tres categorías en las que el autor divide las dependencias relacionales.

1) Dependencias relacionales genuinas (tienen identidad propia):

- Adicción al amor.

Definida como actitud estable que conduce al sujeto a establecer una propuesta de relación que repite con las sucesivas parejas.

- Dependencia afectiva y/o emocional.

Considerada como un estado, un trastorno desadaptativo que sólo se produce con el/ la sujeto del que se depende. Debe definirse como trastorno relacional que se caracteriza por la manifestación de comportamientos adictivos en la relación interpersonal basados en la asimetría del rol y la actitud dependiente.

- Atípicas (apego ansioso, sociotropía)

No tienen una naturaleza vincular tan definida como las anteriores. Pueden derivarse de la infancia (apego ansioso), de un proceso mórbido primario (sociotropía).

1) Dependencias mediatizadas (coadicciones)

- Codependencia.

Se define como el ciclo de patrones de conducta, y pensamientos disfuncionales, que producen dolor, y que se repiten de manera compulsiva, como respuesta a una relación enferma y alienante, con un adicto activo o en una situación de toxicidad relacional.

- Bidependencia.

Se describe como una dependencia sentimental mediatizada propia de adictos a sustancias psicoactivas que presentan, además, una dependencia emocional. Representa un hábito relacional acomodaticio caracterizado por la concurrencia de dependencia pura, búsqueda de sensaciones, craving, autoengaño, autodestrucción y egoísmo, como principales factores descriptivos.

Ambas dependencias (codependencia y bidependencia) se presentan de forma secundaria a otros trastornos adictivos. Tienen un origen caracteropático, es decir, relacionado con los rasgos de personalidad y el temperamento de la persona; normalmente se asocian a la etapa infantil o adolescencia pero también a aprendizajes sociales prolongados realizados durante la etapa adulta (aprendizajes sociopáticos).

2) Dependencias situacionales

La dependencia situacional está influenciada, además de por factores psicológicos, reactivos o ambientales, por una situación que, por sí misma, facilita sustancialmente el desarrollo de la dependencia sentimental.

Las dependencias relacionales se definen por tres componentes generales (Sirvent, Moral, 2008):

- 1) Adictofílicos (es decir, que asemejan al dependiente afectivo a un adicto convencional): a) Necesidad afectiva extrema con subordinación sentimental; b) Vacío emocional; c) Craving o anhelo intenso de la pareja; d) Síntomas de abstinencia en su ausencia; e) Búsqueda de sensaciones.
- 2) Vinculares (patología de relación): a) Apego invalidante con menoscabo de la propia autoestima; b) Rol ejercido (subordinado, sobrecontrol, pseudoaltruismo, orientación rescatadora, juegos de poder); c) Estilo relacional (acomodación al estatus patológico).
- 3) Cognitivo-afectivos (psicopatología asociada): a) Mecanismos de negación y autoengaño; b) Sentimientos negativos (inestabilidad emocional, abandono y culpa); c) Integridad del yo (asertividad, límites débiles/rígidos, egoísmo/egotismo/egocentrismo en la interrelación).

ANEXO 2. Abuso y adicción en mujeres. Aspectos diferenciales de género.

Área familiar: La dependencia en la mujer no suele ser detectada por el núcleo familiar aun existiendo una sintomatología lo suficientemente clara de existencia de algún tipo de problema; esto unido a los sentimientos de culpa y vergüenza que suele experimentar la mujer adicta como consecuencia del sentimiento de fracaso en su rol de mujer, no hacen más que enlentecer la posibilidad de ayuda y agudizar la problemática.

Si se comparan las respuestas de las familias de varones y mujeres drogodependientes, podemos encontrar los siguientes aspectos diferenciales (Mujer y Adicción, 2005):

- Con el varón drogodependiente, la madre suele hacerse cargo de forma más clara de la problemática del hijo, incluso puede asumir como suyas la responsabilidad y consecuencias del consumo del varón, la tendencia es centrípeta, se tiende a dar respuesta al problema en el seno de la familia.
- Respecto al consumo de la hija, existe una mayor tendencia a que se provoque la salida del entorno familiar de la mujer consumidora o a que ésta se autoexcluya. La tendencia es centrífuga, de salida de la mujer consumidora de la familia de origen.

Área Laboral: La vida laboral de la mujer drogodependiente se caracteriza por la inestabilidad y la precariedad. La situación se agrava si la mujer adicta es madre e intenta dar respuesta a sus responsabilidades familiares. En numerosas ocasiones, se recurre a la prostitución, los “trapicheos” y otras actividades delictivas para conseguir dinero para el consumo y para el sustento familiar.

Área de Salud: Están comprobadas las diferencias orgánicas y de conducta en la respuesta a las diferentes drogas en varones y mujeres; existiendo una mayor vulnerabilidad femenina al consumo. Entre las principales causas de esta susceptibilidad están las diferencias hormonales ligadas al sexo; tanto las asociadas al ciclo menstrual como las que ocurren a lo largo de la vida de la mujer, que modulan los efectos físicos y la capacidad de refuerzo de algunas sustancias sobre la conducta.

Tampoco debe olvidarse que la alteración de la salud como efecto del abuso de las drogas no depende sólo del efecto directo de la sustancia, sino del estado previo del organismo; en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y social. En general, la mujer parte de peor situación que el varón en las tres.

Área de Salud Mental: Entre el uso de drogas y los trastornos psicopatológicos existe una relación de mutua influencia, pudiendo ser cualquiera de ellos elemento favorecedor de la aparición del otro. Los efectos tóxicos de la dependencia de drogas sobre el cerebro y otros órganos pueden producir alteraciones emocionales que unidas a las

consecuencias que a nivel social tiene el consumo como problemas laborales, familiares o de pareja, son terreno abonado para la aparición de cualquier disfunción mental.

En los últimos años, se observa un aumento de patología dual o comorbilidad (dos o más trastornos psiquiátricos en la misma persona) en pacientes drogodependientes. Existiendo una más alta prevalencia en mujeres consumidoras que en hombres. También se corrobora la existencia de más patrones de personalidad de tipo agresivo y una mayor prevalencia del trastorno negativista de personalidad en las mujeres dependientes de drogas.

Área psicológica: Las mujeres adictas presentan un pobre auto concepto y baja autoestima que se deben tanto a las consecuencias de historias de vida difícil como al desarrollo de su problemática. En la literatura científica se recoge una mayor tendencia a la depresión, baja autoestima, sentimientos de ineficacia, de culpabilidad y dependencia emocional con la pareja, entre otras características.

Área Social: Respecto a las relaciones sociales, la mujer drogodependiente va perdiendo progresivamente la interacción normalizada o con personas no consumidoras, adentrándose en entornos desadaptados donde es frecuente la violencia

Abusos sexuales: La drogodependencia puede ejercer de antecedente o de consecuente de la historia de abuso o violencia sexual: Como antecedente, estaría relacionado con la implicación de la adolescente en conductas de alto riesgo, mayor vulnerabilidad por falta de apoyo y supervisión parental, menor capacitación para discriminar señales de peligro y peores condiciones para afrontar con éxito un nuevo intento de abuso. Como consecuente, los abusos sexuales podrían llevar al alcoholismo y/o drogadicción como mecanismo de afrontamiento de ese suceso estresante o como consecuencia del estigma que llevaría a la víctima a relacionarse con grupos marginales.

Psicofármacos y mujer: Las mujeres consumen más psicofármacos en todos los grupos de edad, tanto bajo prescripción médica como sin control sanitario.

Se relaciona la problemática de abuso y dependencia de psicofármacos en las mujeres con *malestares* derivados de su especificidad de género (como necesidad de huir de los problemas, doble jornada laboral, estrés, ansiedad, nerviosismo, episodios de violencia física o psicológica) por los que acude al sistema sanitario en busca de ayuda.

Se pueden distinguir, al menos, tres grupos diferenciados de mujeres con problemática de dependencia a los psicofármacos: 1) mujeres que acuden a los servicios sanitarios en busca de respuesta a su malestar y que acaban convirtiéndose en dependientes a estas sustancias, 2) mujeres con problemática de dependencia a otra sustancia principal pero que también utilizan el psicofármacos como complemento o como sustancia de

sustitución y 3) mujeres con problemas de abuso y dependencia a sustancias que ellas consideran blandas y “no problemáticas”: cánnabis, alcohol y pastillas.

Respecto a la dependencia a psicofármacos existe bastante poca conciencia tanto por parte de la mujer que la padece como por parte del entorno. Es por ello, que su acceso al tratamiento resulta dificultoso y es una problemática invisibilizada. Las mujeres adictas a los psicofármacos acuden en menor medida a los centros de tratamiento de las drogodependencias, salvo que asocien este consumo al de otra sustancia de las catalogadas socialmente como drogas.