

DIAMA

Dispositivo de Atención Normalizada a Mujeres Alcohólicas

(Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas
como víctimas domésticas y de genero)



Programa de atención especial a mujeres alcohólicas como víctimas domésticas y de género

Subvencionado por



En 2024 la Junta Distribuidora de Herencias de la Comunidad Autónoma de Aragón asignó la cantidad de 6000 €, procedente de la herencia de D^a. CONCEPCIÓN BASTARÁS FERRER.

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

INDICE

0.- PRESENTACIÓN

1.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

- 1.1 Factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo
- 1.2 Criterios para el abuso de sustancias (según DSM-IV)
- 1.3 Criterios para la dependencia de sustancias (según DSM-IV)

2.- JUSTIFICACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PRIORIZACIÓN DE LAS MISMAS:

- 2.1. Algunas consideraciones sobre el Alcohol.
- 2.2. Mujeres alcohólicas y violencia doméstica o de género.
- 2.3. Delimitación y características de la población a la que se dirige.

3.- OBJETIVO DEL PROGRAMA:

- 3.1. Objetivo General.
- 3.2. Objetivos específicos.

4.- METODOLOGÍA DE TRABAJO:

- 4.1. Periodicidad y plazos de ejecución. Calendario de trabajo
- 4.2. Marco teórico.
- 4.3. Líneas de intervención.

5.- CONTENIDOS Y ACTIVIDADES:

- 5.1. Cita telefónica
- 5.2. Entrevistas iniciales y de diagnóstico.
- 5.3. Entrevistas individuales.
- 5.4. Grupo Terapéutico.
- 5.5. Talleres y Seminarios.
- 5.6. Supervisión médica.
- 5.7. Intervención familiar.
- 5.8. Servicios Jurídicos.

6.- RECURSOS HUMANOS A UTILIZAR.

7.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR.

8.- CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN:

- 8.1. Indicadores cuantitativos.
- 8.2. Indicadores cualitativos.

**Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas
domésticas y de género**

0.- PRESENTACIÓN

La Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza (CSZ) nació en 1985 como una respuesta psico-educativa de intervención integral, ante la llamada *epidemia de la heroína* que afectó a una parte importante de la juventud española en los años 80.

A lo largo de estos más de 35 años y desde su inicio con el programa “*Proyecto Hombre*”, la Fundación ha cimentado su vocación de servicio ante el problema de las adicciones con distintas propuestas terapéuticas como el Programa *Altair* (para pacientes con abuso de cocaína y otros psicoestimulantes. 1998), el Programa *Ulises* (programa de mantenimiento con sustitutivos opiáceos para pacientes con abuso de heroína. 1998), el Programa “*Tarabidán*” (orientación y tratamiento para adolescentes con conductas de riesgo y sus familias. 1996) o un Plan de Prevención (plan transversal para la divulgación y sensibilización de los perjuicios del uso de las sustancias tóxicas en todos los ámbitos de la sociedad, y la formación de los agentes que pueden intervenir en el proceso educativo y de crecimiento integral de los más jóvenes. 1996). En definitiva, una larga y experimentada trayectoria en la intervención multidisciplinar a nivel individual, grupal y familiar en los distintos ámbitos de las adicciones.

La incidencia del consumo de sustancias tóxicas, incluido el alcohol, es una preocupación constante de nuestra Fundación. Principalmente en mujeres, niños y adolescentes, por ser estos los más vulnerables frente al riesgo de la adicción y las consecuencias tanto orgánicas como psicológicas que se derivan del abuso de sustancias tóxicas. Merecen pues nuestra máxima atención a la hora de elaborar respuestas precisas y adecuadas, diseñadas específicamente para las circunstancias y el medio en el que queremos intervenir.

Como una respuesta más, ante la realidad que nos toca vivir surge “*Proyecto Diama*”. Un dispositivo de atención específico para mujeres con consumos problemáticos de alcohol. Una respuesta concreta, perfectamente estructurada en una serie de itinerarios terapéuticos y psicosociales que nos permiten personalizar el proceso de cada paciente para optimizar los recursos disponibles y las posibilidades de éxito terapéutico de cada caso. El abordaje de esta problemática requiere de una **especificidad por género dado que** el consumo de alcohol es cualitativamente diferente en su forma y en su vivencia según el sexo del consumidor. En el caso de la mujer se “sanciona” socialmente antes, se les cuestiona como madres y como mujer. Ellas suelen consumir solas, en casa, y lo viven con secretismo, culpa y vergüenza. Los hombres suelen consumir en un entorno social, acompañados y no lo ocultan, se sienten víctimas de problemas de alrededor y no culpables. La intervención según género tiene que contemplar todas estas diferencias.

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas
domésticas y de género

1.- FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

El consumo de alcohol se inicia en nuestro país a edades tempranas, en torno a los 16,7 años de media, de modo similar a lo que sucede con el tabaco (16,3 años). De modo que son las drogas que se consumen más precozmente, con dos años de anticipación al consumo de otras drogas ilegales de uso muy extendido como por ejemplo el cannabis, que se inicia a los 18,7 años, o la cocaína a los 21 años.

Las tendencias de consumos de bebidas alcohólicas por frecuencia de consumo no muestran cambios significativos en los últimos 10 años y se encuentran estabilizadas.

Un dato preocupante, que muestran las encuestas realizadas en nuestro país, es el relativo al elevado número de intoxicaciones etílicas referidas por los jóvenes. Así, si nos referimos a la población de 15 a 34 años de edad: 2 de cada 5 hombres y 1 de cada 5 mujeres se han emborrachado en el último año.

Se acostumbra a denominar consumo en atracón (binge drinking) a tomar 5 o más bebidas para los hombres y 4 ó más bebidas para las mujeres en un intervalo de 2 horas.

Todos los datos conocidos para los últimos años apuntan al consumo simultáneo de varias drogas (policonsumo) como conducta más prevalente en nuestro país. En relación con esto es preciso señalar que el alcohol está presente en el 90% de los policonsumos.

La comorbilidad de un trastorno adictivo con otra patología psiquiátrica tiene especiales implicaciones, ya que conlleva un peor pronóstico para ambas patologías que si ambos trastornos se presentaran de forma separada. De este modo, implica un peor curso evolutivo, síntomas más graves, peor respuesta a los tratamientos, mayor tasa de recaídas, y consecuencias más graves en general.

Más de la mitad de los pacientes con trastornos adictivos presenta otro trastorno psiquiátrico no relacionado con sustancias, y un tercio de los pacientes con trastornos psiquiátricos presenta un trastorno adictivo. Entre los pacientes alcohólicos, los diagnósticos psiquiátricos que se asocian con mayor frecuencia según su OR son el trastorno antisocial de personalidad (OR 21), otros trastornos adictivos (OR 7,2), y la manía (OR 6,2). La comorbilidad con otros trastornos adictivos es del 47,3% (OR 7,2), y por orden de mayor a menor frecuencia encontramos asociados los trastornos por cocaína (84'8%), sedantes (71,3%), opiáceos (65'9%), alucinógenos (62'5%), estimulantes (61,7%) y cannabis (45,2%).

Los trastornos afectivos y de ansiedad son los más frecuentes en las mujeres, mientras que en los hombres son más frecuentes el trastorno antisocial de personalidad y los trastornos por consumo de sustancia.

El abordaje de esta problemática requiere de una **especificidad por género dado que** el consumo de alcohol es cualitativamente diferente en su forma y en su vivencia según el sexo del consumidor. En el caso de la mujer se “sanciona” socialmente y se les cuestiona como madres y como mujer. Ellas suelen consumir solas, en casa, y lo viven con secretismo, culpa y vergüenza. Los hombres suelen consumir en un entorno social, acompañados y no lo ocultan, se sienten víctimas de problemas de alrededor y no culpables. La intervención según género tiene que contemplar todas estas diferencias.

1.1 Factores de vulnerabilidad hacia el alcoholismo

Son múltiples los factores de predisposición o factores de riesgo hacia el consumo excesivo de alcohol, como también existen algunos factores protectores, que podemos diferenciar en dos grandes grupos, los que están relacionados con la propia persona (factores individuales) y los que forman parte de su entorno (factores ambientales).

Factores individuales de vulnerabilidad

- Factores genéticos.
Se considera que los factores genéticos explicarían el 49% de la variancia en el riesgo para la dependencia del alcohol y que pueden influir sobre su velocidad de progresión, mientras que la edad de inicio podría estar más relacionada con factores ambientales (familiares y sociales).
- Trastornos Mentales y Factores de Personalidad e Inteligencia
Entre los trastornos mentales durante la infancia, el trastorno disocial parece ser un claro predictor de inicio precoz del abuso de alcohol.
Durante la vida adulta, los resultados de estudios epidemiológicos de comorbilidad psiquiátrica han detectado que los trastornos de ansiedad, afectivos, psicóticos y los trastornos de personalidad, junto con los rasgos de elevada impulsividad, búsqueda de sensaciones, desinhibición conductual y emocionalidad negativa aumentan el riesgo de alcoholismo.
Respecto a los problemas internalizantes y su relación con el abuso de alcohol, la mayoría de los estudios han evaluado los trastornos depresivos por su frecuente comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias durante la adolescencia y la adultez temprana. Varios estudios longitudinales han encontrado que los síntomas depresivos durante la niñez estarían asociados con un mayor riesgo de consumo de alcohol.
- Factores neurocognitivos
La desinhibición neuroconductual en la adolescencia predice el inicio precoz del abuso de alcohol y podría aumentar también el riesgo de TDAH, trastorno disocial, trastorno bipolar y abuso de sustancias, mientras que una buena autoregulación disminuye el riesgo

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas
domésticas y de género

de abuso de alcohol. Una disminución de la eficiencia cognitiva, junto con un aumento del descontrol conductual en la infancia, de una toma de decisiones impulsivas y de una pobre inhibición de respuesta inapropiadas, son buenos predictores de abuso de alcohol

Factores ambientales de vulnerabilidad

- Factores socio-culturales

El consumo de alcohol está presente en muchos aspectos de la vida cotidiana, pero ha estado regulado a lo largo de la historia a través de la religión, distintos ritos, costumbres sociales e incluso sanciones legales (Edwards, 2005). Desde hace siglos, sabemos que el consumo excesivo de alcohol va asociado a consecuencias negativas para el individuo, su familia y toda la sociedad. Por ello, desde hace siglos, las personas se han posicionado a favor o en contra del consumo de alcohol.

- Factores familiares

La estructura familiar y el modo de crianza contribuyen de modo importante al aprendizaje de lo que es el mundo y también al desarrollo. El control y la calidez paterna son dos variables esenciales en la crianza, que van a influir en la conducta de los hijos.

El control paterno se refiere a cómo son de restrictivos los padres, la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen hacia sus hijos. Si los vínculos entre el niño, la familia y la escuela son fuertes, los niños desarrollarán normas prosociales. Si son débiles, la socialización primaria, durante la adolescencia, estará dominada por el grupo de iguales. La falta de una adecuada internalización de las normas prosociales, y la selección de los iguales más desviados, aumenta la probabilidad de que se impliquen en conductas desviadas.

- Características sociodemográficas

Las mujeres están más protegidas biológica y culturalmente que los varones hacia el consumo de alcohol, sobre todo en su consumo más intensivo, abusivo y peligroso. Sin embargo, en los últimos años ha habido un incremento significativo del consumo de alcohol en mujeres adolescentes, sobre todo en forma de “atracones” de bebida, influido por cambios sociales, publicidad incisiva y mensajes dirigidos especialmente a ellas, como el de la igualdad o hacerse normativo su consumo. Cuanto antes se empiece a consumir alcohol mayor es la probabilidad de que la persona desarrolle una dependencia del alcohol en la vida adulta.

- Accesibilidad y precios del alcohol

Un bajo precio, junto a un fácil acceso a las bebidas alcohólicas, están relacionados con un elevado consumo per cápita de alcohol. De ahí que muchas medidas preventivas a nivel comunitario se orienten a controlar los precios, reducir el número de locales disponibles, horarios de cierre, control efectivo de los menores, edad mínima para el

**Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas
domésticas y de género**

consumo, etc.

- Leyes y normas sobre el consumo de alcohol
Cuanto más restrictivas son las leyes y normas sobre el consumo de alcohol, menor es su consumo. Reducir el número de establecimientos de venta y promulgar y hacer cumplir leyes, que clarifiquen unas normas restrictivas sobre su consumo, es una de las mejores medidas para controlar el abuso de alcohol.
- Los iguales y amigos en la situación de consumo, ocio y diversión
La influencia de los iguales o amigos, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, es un importante predictor para el consumo de alcohol y drogas.
En la vida recreativa, la diversión estaría cada vez más asociada al consumo de alcohol y drogas. Su coste económico resulta muy asequible para muchas personas que buscan potenciar la resistencia y el placer en la diversión, o bien la evasión. Este es un fenómeno que afecta sobre todo a la adolescencia y la juventud y tiende a declinar en la vida adulta, cuando la persona tiene que asumir sus responsabilidades laborales y familiares.
- Trastornos mentales y adictivos en los padres
Un gran número de estudios han encontrado una relación consistente entre el consumo excesivo de alcohol por parte de los padres y el posterior problema con el alcohol de los hijos, los cuales suelen presentar, además del abuso de alcohol, otros trastornos mentales y del comportamiento.
Existen evidencias que confirman que el tratamiento eficaz de los trastornos mentales de los padres (que incluiría el abuso de alcohol y drogas) podría reducir la prevalencia de enfermedad mental y conductas adictivas en la siguiente generación.
- Estrés y eventos vitales estresantes
Se ha encontrado una relación causa-efecto entre las experiencias infantiles adversas y el inicio precoz del consumo excesivo de alcohol en la adolescencia y de dependencia del alcohol en la vida adulta. Los malos tratos durante la infancia se asocian al inicio precoz del consumo de alcohol, a los problemas relacionados con el alcohol y al alcoholismo en la vida adulta.
- Factores ambientales en los adultos
Personas adultas, sometidas a experiencias traumáticas repetidas, presentan abuso de alcohol en proporción a la intensidad de los síntomas de estrés postraumático.

Los factores de vulnerabilidad pueden ser diferentes a lo largo de las distintas etapas de la vida. El alcoholismo puede aparecer en cualquier etapa de la vida. Los episodios de abuso o dependencia del alcohol tienden a prolongarse y pueden agravarse con el paso de los años, pero muchas personas pueden conseguir la remisión del alcoholismo gracias a

[Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género](#)

un tratamiento especializado.

- Exposición prenatal al alcohol

La exposición prenatal al alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas relacionados con el alcohol. A partir de 3 consumiciones al día, por parte de la madre, la exposición prenatal al alcohol, durante el embarazo, ha sido claramente relacionada con una mayor vulnerabilidad hacia el alcoholismo. Y uno o más “atracones” de bebida (binge drinking), por parte, de la madre, aumentaría el riesgo de abuso de sustancias (alcohol y drogas), además de otros trastornos psiquiátricos.

Algunas personas pueden tener una mayor predisposición biológica hacia el abuso de alcohol; sin embargo, este único factor de vulnerabilidad no implica una evolución inexorable hacia la enfermedad alcohólica.

Por tanto, atribuir el alcoholismo a un único factor de vulnerabilidad sería una simplificación equivocada de una enfermedad en la cual concurren una multiplicidad de factores de vulnerabilidad, tanto en el proceso de enfermar como en el de su recuperación posterior. Y, más allá de la predisposición individual, la vulnerabilidad de cada persona podría ser diferente en cada etapa de su vida, dependiendo de poderosas variables ambientales como el estrés crónico, el apoyo familiar y social y la accesibilidad al tratamiento especializado, que podrían ser factores decisivos en la evolución de la historia natural del alcoholismo.

Todos los consumos de alcohol no son problemáticos, cuando un usuario viene a pedir ayuda por sus problemas con el alcohol, la evaluación resulta más fácil, sabemos que evaluar. La dificultad quizá esté en diagnosticar cuando el consumo de esta sustancia está encubierto junto con el de otras drogas “ilegales”, entonces la demanda pocas veces se centra en el alcohol, sin embargo puede que su uso también esté siendo problemático, o haya sido detonante en el pasado para la adicción a la otra sustancia e incluso actúe como factor despertador al craving de otras sustancias, como suele ocurrir en el binomio cocaína-alcohol.

Por lo tanto tendremos que hacer una buena evaluación sobre el uso que se está haciendo del alcohol, sea la demanda principal o no. Para ello hay que conocer la diferencia entre uso, abuso o dependencia, de alcohol. En el DSM-IV aparecen recogidas estas criterios diagnósticos, la diferencia fundamental con otras sustancias está en la tolerancia y la abstinencia, que en el alcohol son cualitativamente diferentes y las patologías psíquicas y físicas asociadas al consumo prolongado de alcohol. Estas diferencias en cuanto a la tolerancia y la abstinencia serán muy importantes tenerlas en cuenta porque ya desde el primer momento es imprescindible una intervención médica, posiblemente apoyo farmacológico, y control y seguimiento de las funciones vitales.

1.2 Criterios para el abuso de sustancias (según DSM-IV)

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno o más de los ítems siguientes durante un periodo de 12 meses:
1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o casa (p.ej. ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias; suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa)
 2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p.ej: conducir un automóvil, manejar maquinaria...)
 3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p.ej: arrestos por escándalo,...)
 4. Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia

1.3 Criterios para la dependencia de sustancias (según DSM-IV)

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia: definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b. El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. El síndrome de abstinencia característico para la sustancia del alcohol:
 - a.1 Interrupción o disminución del consumo de alcohol después de su consumo prolongado y en grandes cantidades.

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas
domésticas y de género

a.2 Dos o más de los siguientes síntomas desarrollados horas o días después de cumplirse criterio a.1:

- hiperactividad autonómica (sudoración o más de 100 pulsaciones)
- temblor distal de las manos
- insomnio
- náuseas o vómitos
- alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias
- agitación psicomotora
- ansiedad
- crisis comiciales de gran mal

a.3 Los síntomas anteriores provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad social laboral o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto.

a.4 Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental

b. Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej. visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej. fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p.ej. consumo de la cocaína a pesar que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Tipos de bebedores:

- El **abstinente total** es el que nunca bebe.
- El **bebedor excepcional**: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas
domésticas y de género

- **Bebedor social:** sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este).
- **Bebedor moderado:** consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que $\frac{1}{4}$ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.
- **Bebedor abusivo sin dependencia:** sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).
- **Dependiente alcohólico sin complicaciones:** se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo.
- **Dependiente alcohólico complicado:** además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.
- **Dependiente alcohólico complicado en fase final :** es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición, puede aparecer cáncer del subsistema digestivo, entre otras.

2.- JUSTIFICACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROYECTO. ANÁLISIS DE SITUACIÓN. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PRIORIZACIÓN DE LAS MISMAS.

2.1. Algunas consideraciones sobre el Alcohol.

- Sustancia psicoactiva de mayor consumo en España.
- El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de las sociedades occidentales. En la actualidad, en estas sociedades, beber alcohol no es un hábito exclusivo de la población adulta.
- Los jóvenes también lo hacen y cada día son más los adolescentes que acostumbran a hacerlo, especialmente durante el tiempo que dedican al ocio durante el fin de semana.
- Actualmente, el consumo de alcohol es uno de los principales factores que se relacionan con la salud de los individuos y de las poblaciones y sus consecuencias tienen un gran impacto tanto en términos de salud como en términos sociales.
- La Organización Mundial de la Salud ha advertido de la magnitud de los problemas de salud pública asociados al consumo de alcohol, y ha enfatizado su preocupación ante las tendencias de consumo que se observan entre las capas más jóvenes de la sociedad.
-

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

- El consumo abusivo de bebidas alcohólicas está claramente relacionado con el desarrollo de discapacidad y de distintas enfermedades, así como con violencia,

maltrato infantil, marginación y conflictos con la familia y en la escuela. El alcohol está presente en una proporción muy importante de accidentes de tráfico, laborales y domésticos.

- España es uno de los países donde el consumo de bebidas alcohólicas y los problemas relacionados con el mismo tienen gran importancia.
- Somos uno de los primeros productores y también somos uno de los primeros países consumidores. Prácticamente toda la población española ha probado alguna vez en su vida alguna bebida alcohólica, más de las tres cuartas partes ha bebido alcohol en el último año, casi el 65% lo había hecho en el último mes y el 15% lo hace diariamente. Los bebedores de riesgo representan el 5,5% de la población española de 15 a 64 años.

Datos del Plan Nacional sobre Drogas y estudios científicos sobre el tema muestran como la dependencia alcohólica (AD) está infratratada en España. Menos del 10% de los afectados por esta reciben tratamiento. Entre los que reciben tratamiento, la psicoterapia es el método más utilizado para prevenir recaídas. Además, según estudios, si el 40% de pacientes de AD en España siguieran tratamiento farmacológico, el 2,2% de las muertes provocadas por AD en mujeres y el 6,2% en hombres, se podrían prevenir en un año. Así pues, incrementar las tasas de tratamiento puede ser un instrumento eficaz para reducir los costes para la salud y la mortalidad atribuibles al alcohol en España.¹

Asimismo, y según datos del Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías² en el estudio publicado en 2023 sobre “Alcohol, tabaco y otras sustancias ilegales en España” presenta una tabla sobre las características generales de los admitidos a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol, según existencia o no de tratamiento previo y según sexo (%). En 2021, el número de admisiones a tratamiento por alcohol en toda España fue de 25.126 personas, lo que supuso el 36,18% del total de admisiones a tratamiento por consumo de drogas en ese año (69.431), el último del que se tiene datos.

¹ VV.AA. “Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence”. En *Adicciones* Volumen 25, nº 1, 2013 pags. 11-18.

² El Observatorio Español de las Drogas y las Toxicomanías monitoriza, desde mediados de los años 80, tres indicadores básicos: el **Indicador Admisiones a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas**, el **Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Drogas** y el **Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas**. El objetivo de estos indicadores es el de estudiar la evolución y las características del consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente el de aquellas que producen problemas con más frecuencia y que son difíciles de explorar con otros métodos. Además, el Observatorio cuenta con información complementaria procedente de otros indicadores.

Número y proporción de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, según droga principal por sexo (%). España, 2021.

	Hombres		Mujeres	
	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones	Nº de admisiones a tratamiento	% respecto al total de admisiones
Cocaína	17.572	32,0	3.151	21,8
Cocaína polvo	15.285	27,8	2.689	18,6
Cocaína base	2.260	4,1	456	3,2
Opioides	7.180	13,1	1.328	9,2
Heroína	6.402	11,6	1.008	7,0
Metadona (mal uso)	271	0,5	64	0,4
Otros opioides	507	0,9	256	1,8
Cannabis	9.637	17,5	2.701	18,7
Hipnosedantes	639	1,2	438	3,0
Estimulantes	1.145	2,1	222	1,5
Anfetaminas/metanfetamina	807	1,5	188	1,3
Éxtasis y derivados	76	0,1	15	0,1
Otros estimulantes	262	2,1	19	0,1
Alucinógenos	100	0,2	26	0,2
Inhalantes volátiles	54	0,1	14	0,1
Otras drogas ilegales	65	0,1	33	0,2
Alcohol	18.593	33,8	6.533	45,2
Total drogas ilegales	36.392		7.913	
Total drogas ilegales y alcohol	54.985		14.446	

Fuente: INFORME 2023. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

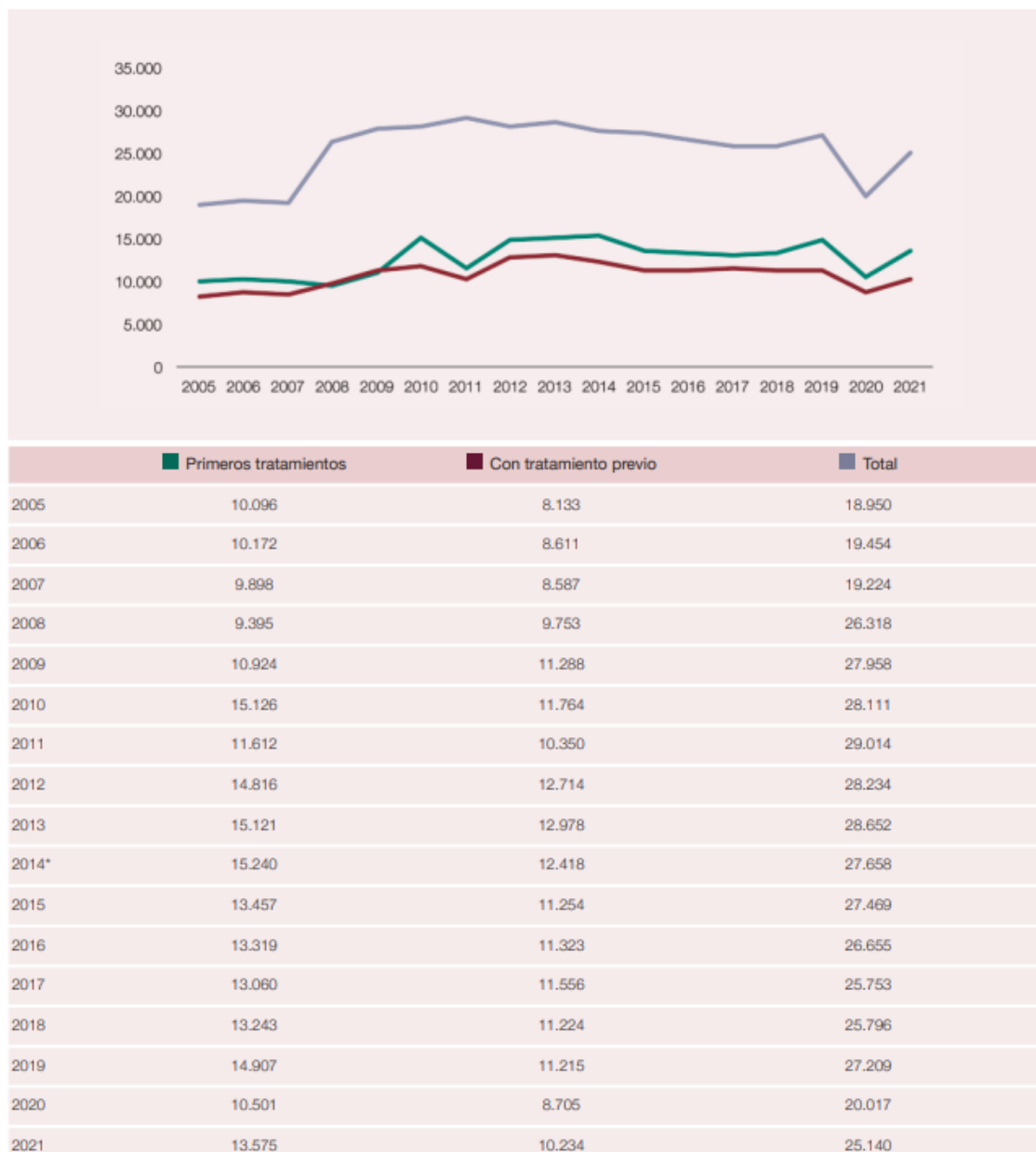
El perfil de los admitidos por alcohol es el de un varón de 47,1 años que vive con su familia propia (pareja y/o hijos) que acude por iniciativa propia o derivado por su médico de cabecera u otros centros de tratamiento y que consume alcohol todos los días (59,6%). La mayoría (73,5%) no consume otras drogas. Entre los que sí consumen otra sustancia, destaca el uso de cocaína y cannabis (drogas secundarias).

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

El 45,20% de las mujeres que solicitan tratamiento por problemas con las drogas lo hacen por alcoholismo. En el caso de los hombres desciende el porcentaje al 33,8%

Y el 26 % de las admisiones por alcoholismo corresponde a mujeres. Tras los hipnosedantes, es la droga que presenta un mayor porcentaje de casos de mujeres. De estas, el 54,4% eran tratadas por primera vez. Su media de edad eran los 47,6 años.

Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol. España, 2005-2021.



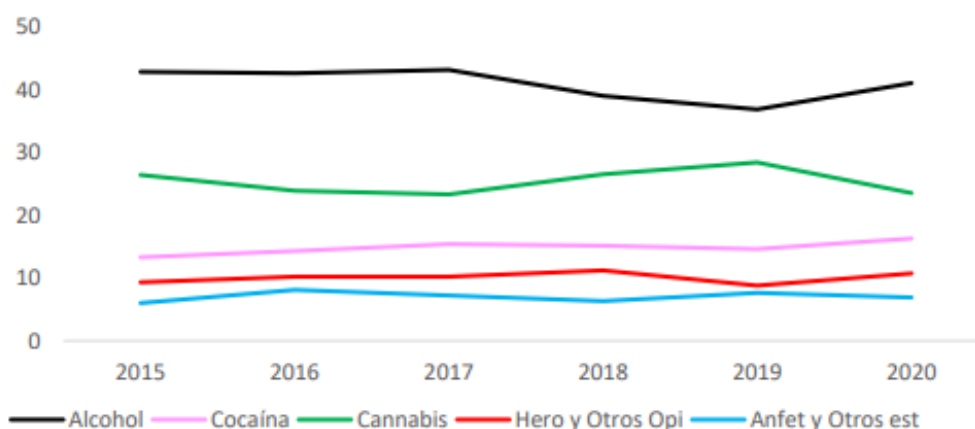
Fuente: INFORME 2023. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

Si nos referimos a Aragón la evolución del indicador admisión a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas entre 2015 y 2020, **último año que se publican datos**, muestra como las admisiones por consumo de alcohol presentan una tendencia constante con una media anual del 40% del total de tratamientos.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcohol	42,8	42,6	43,1	39	36,8	40,1
Cannabis	26,4	23,9	23,3	26,5	28,4	23,5
Heroína y Otros Opiáceos	9,3	10,2	10,2	11,2	8,8	10,7
Cocaína	13,3	14,3	15,4	15,1	14,6	16,3
Anfetaminas y otros estimulantes	6	8,1	7,2	6,3	7,6	6,9
Hipnóticos y sedantes	0,7	0,9	0,8	1,2	1,5	1,1
Otras Drogas	1,5	0	0	0,7	0,3	0,5

Gráfico 2. Admisión a Tratamiento por sustancias. Aragón 2015-2020



Así, en Aragón en 2020, 527 personas iniciaron tratamiento por problemas de alcohol (siendo la sustancia por la que más personas acudieron a tratamiento, un 38% del total de admisiones). 376 fueron hombres y 151 mujeres.

El alcohol (droga legal) es la sustancia por la que las mujeres inician el 50% de los tratamientos por un del 37% en hombres durante 2020³.

³ El número de inicios de tratamiento en Aragón se ha mantenido estable desde 2015 hasta 2019. El año 2020, el último del que se tienen cifras es un año excepcional, debido a la pandemia por Covid-19 y las medidas adoptadas para su control que obligó al cierre temporal de dispositivos asistenciales y a establecer limitaciones en la accesibilidad a éstos. Tanto a nivel sanitario como social y personal generó un gran impacto que se ve reflejado en el importante descenso del 21,8% de admisiones a tratamiento durante el año pandémico.

[Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género](#)

A pesar de estas diferencias de género, el Informe 2022 de este Observatorio nos recuerda, como veremos posteriormente en relación a la Encuesta Escolar, como existen algunos tipos o patrones o de consumo para ciertas sustancias psicoactivas, poniendo como ejemplo el consumo diario de tabaco, consumo de riesgo de bebidas alcohólicas y las intoxicaciones étlicas en los que las prevalencias de consumo en mujeres de determinados grupos de edad han venido aumentando considerablemente en los últimos tiempos, disminuyendo, de este modo, las diferencias de prevalencias de consumo entre hombres y mujeres e, incluso, invirtiendo la relación en algunos grupos de edad.

La prevalencia de consumo del alcohol alguna vez en la vida se sitúa en la mayoría de las comunidades autónomas por encima del 90%, siendo la Comunidad Valenciana la que registra una mayor prevalencia (96,9%), situándose Aragón por encima de la media con un 93,9%. Tanto en el marco temporal de los últimos 12 meses como de los últimos 30 días, la comunidad aragonesa también muestra una prevalencia por encima de la media nacional.

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.

	Alguna vez en la vida			Últimos 12 meses			Últimos 30 días		
	IC95%		Prevalencia	IC95%		Prevalencia	IC95%		Prevalencia
	inferior	superior		inferior	superior		inferior	superior	
Aragón	93,9	92,2	95,5	82,5	80,0	85,1	71,7	68,7	74,7
Media España	93,2	92,9	93,5	76,4	75,9	76,9	64,5	63,9	65,0

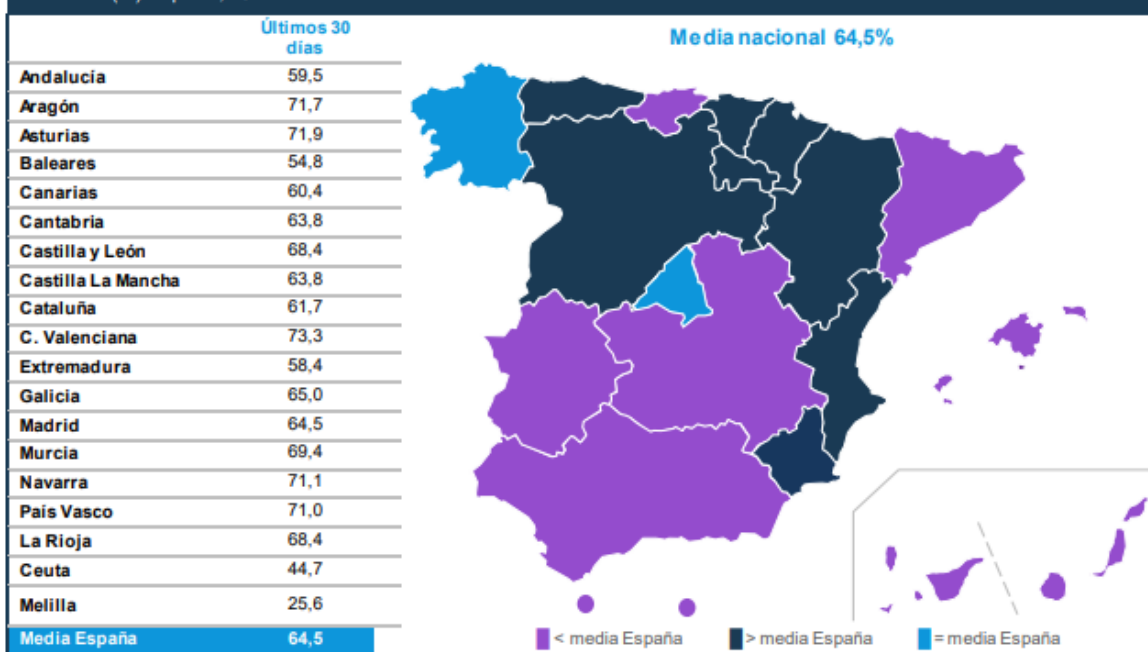
Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años por CCAA según sexo. España, 2022.

	ALGUNA VEZ EN LA VIDA		ÚLTIMOS 12 MESES		ÚLTIMOS 30 DÍAS	
	H	M	H	M	H	M
Andalucía	95,4	90,9	82,8	66,8	71,1	47,8
Aragón	95,3	92,3	84,9	80,1	79,0	64,1
Asturias	96,7	95,0	84,7	74,9	79,3	64,7
Baleares	92,9	90,6	75,4	60,2	64,3	45,1
Canarias	94,9	88,6	81,9	69,0	68,9	51,9
Cantabria	96,2	93,6	85,2	71,7	72,8	54,9
Castilla y León	97,5	93,3	85,1	73,7	76,9	59,5
Castilla La Mancha	95,4	88,3	78,2	61,1	74,4	52,6
Cataluña	91,9	90,7	77,0	71,4	68,4	54,8
C. Valenciana	97,1	96,7	90,1	85,8	79,7	66,8
Extremadura	95,9	84,8	82,9	52,3	74,6	41,6
Galicia	96,1	93,3	83,2	67,4	75,2	54,9
Madrid	95,6	90,1	79,3	67,1	72,7	56,7
Murcia	94,3	89,9	84,9	77,1	75,8	62,6
Navarra	95,3	94,0	85,4	76,4	78,8	63,3
País Vasco	95,3	94,7	85,8	76,3	77,8	64,2
La Rioja	94,7	92,0	81,0	74,3	74,7	62,0
Ceuta	72,9	58,2	60,3	45,7	52,6	36,3
Melilla	45,7	29,0	36,0	26,0	28,5	22,4
Media España	94,9	91,4	82,1	70,8	73,1	55,7

FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADAES)

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días entre la población de 15-64 años por comunidad/ciudad autónoma (%). España, 2022.



FUENTE: OEDA Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES)

En cuanto a la evolución temporal de la prevalencia de borracheras por sexo y grupo de edad muestra como desde 2007 se ha invertido la tendencia descendente y se ha producido un ascenso en las cifras correspondientes a mujeres de 35 a 64 años que venían descendiendo desde 2003 y se confirma claramente la tendencia ascendente que venían mostrando las mujeres jóvenes desde 2001.

2.2. Mujeres alcohólicas y violencia doméstica o de género.

Ante la percepción de que un porcentaje importante de los casos atendidos en los últimos años en los diferentes programas de la Fundación mostraban situaciones de maltrato doméstico y violencia de género, se realizó un estudio con una muestra de 32 casos (mujeres registradas en DIAMA a 3 de julio de 2015) que facilitó las siguientes conclusiones:

- La existencia de un alto nivel de vulnerabilidad a ser víctimas de violencia doméstica y de género (sobre todo verbal y psicológica, y psicológica y física) en las mujeres con problemas de abuso de alcohol, representando un 75% del total de la muestra.
- En casi un 70% de los casos atendidos, la violencia es ejercida por las parejas y exparejas, seguida de los padres de las víctimas, siendo además relativamente frecuente el uso del alcohol en las parejas actuales de estas mujeres (un 20%).

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

- El perfil de las mujeres estudiadas se caracteriza generalmente por un fuerte sentimiento de culpabilidad, baja autoestima, aislamiento social provocado por la
- actitud de quien, en su caso ejerce la agresión (si es que esta se da), posición victimista, pasividad y dependencia. En el caso de las víctimas, estas características, parecen influir en el bajo número de denuncias presentadas, dado que son inferiores al 20%.
- Más del 50% del total de la muestra presenta problemas solo con el abuso de alcohol, mientras que en los casos restantes se da una interacción con otras sustancias como las benzodiacepinas, la cocaína o los derivados del cánnabis. Además, y en un alto porcentaje de estas mujeres son fumadoras diarias de tabaco.
- Las psicopatologías son muy frecuentes en las mujeres objeto de estudio, apareciendo en más del 50% del total. En aquellas que son víctimas se dan con más frecuencia los trastornos de personalidad, trastornos del estado del ánimo (depresión) y trastornos de ansiedad y angustia.
- Tanto el hecho de tener antecedentes familiares de consumo de alcohol, como la temprana exposición a la violencia dentro del ámbito familiar constituyen factores de riesgo para el consumo. En el caso de la violencia doméstica o de género ambos factores influyen en el 80% de las víctimas.
- No se encuentra una relación relevante entre mujeres en tratamiento y la comisión de delitos por parte de estas (tan solo un 10%). Estas mujeres son más vulnerables a ser víctimas que agresoras. Sin embargo, hay que tener en cuenta casos de maltrato infantil, especialmente por el abandono emocional o negligencia de atención y cuidado y que, por la inconsciencia del problema en las posibles autoras, pueden permanecer ocultos

De este modo, dentro de DIAMA, surge un **Programa de Atención Especial de alcohol para mujeres víctimas de violencia doméstica y de género**, que no solo busca atender ambas problemáticas en los casos detectados sino también extraer estrategias útiles de prevención ante este fenómeno. La mujer que abusa del alcohol aumenta el riesgo de convertirse en una víctima potencial de violencia y abuso sexual, muchas veces, sin ser conscientes de ello, y aunque el porcentaje de hombres consumidores de alcohol sigue siendo mayor que el de las mujeres, este último se está viendo aumentado entre la población femenina adolescente. Según la última encuesta escolar realizada en 2023 por el Plan Nacional sobre Drogas el consumo de las diferentes sustancias psicoactivas en función del sexo muestra que para todos los tramos de edades entre los 14 y los 18 años, el alcohol, el tabaco y los hiposedantes se encuentran más extendidos entre las mujeres.⁴

⁴ Las encuestas ESTUDES vienen desarrollándose en España de forma bienal desde 1994 con el objetivo de conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Estas encuestas son financiadas y promovidas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y cuentan con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas (Planes Autonómicos sobre Drogas y Consejerías de Educación) y del Ministerio de Educación.

Tabla nº 5. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). España, 1996-2023.

	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021	2023
Prevalencia de consumo alguna vez en la vida														
Alcohol	84,2	86	78	76,6	82	79,6	81,2	75,1	83,9	78,9	76,9	77,9	73,9	75,9
Tabaco	64,4	63,4	61,8	59,8	60,4	46,1	44,6	39,8	43,8	38,4	38,5	41,3	38,2	33,4
Cannabis	26,4	29,5	33,2	37,5	42,7	36,2	35,2	33	33,6	29,1	31,1	33	28,6	26,9
Hipnosedantes*	7,7	7,7	8,8	8,5	10	12,1	17,3	18	18,5	16,1	17,9	18,4	19,6	19,6
Hipnosedantes**	6,1	6,4	6,9	6,5	7	7,6	9,4	10,4	8,9	7,8	8	8,6	10,3	9,7
Cocaína polvo y/o base	3,4	5,4	6,5	7,7	9	5,7	5,1	3,9	3,6	3,5	3,2	2,9	2,7	2,9
Éxtasis	5,5	3,6	6,2	6,4	5	3,3	2,7	2,5	3	1,2	2,3	2,6	3,1	3,1
Alucinógenos	6,8	5,5	5,8	4,4	4,7	4,1	4,1	3,5	3,1	1,8	1,6	1,9	1,7	1,9
Inhalables volátiles	3,3	4,2	4,3	3,7	4,1	3	2,7	2,3	1,9	0,9	1	1,7	1,8	2,8
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	-	2,1	2,2	1,3	1,4	1,7	1,3	1,5
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,9	0,8	1,4	1,6	1,5	1,5
Anfetaminas	5,3	4,3	4,5	5,5	4,8	3,4	3,6	2,6	2,4	1,4	1,7	1,5	1,5	1,7
Heroína	0,5	0,9	0,6	0,5	0,7	1	0,9	1	1	0,6	0,8	0,7	0,5	0,7
GHB	-	-	-	-	-	1,2	1,1	1,2	1,3	1	0,6	0,6	0,4	0,7
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6	0,5	0,4	0,4	0,6

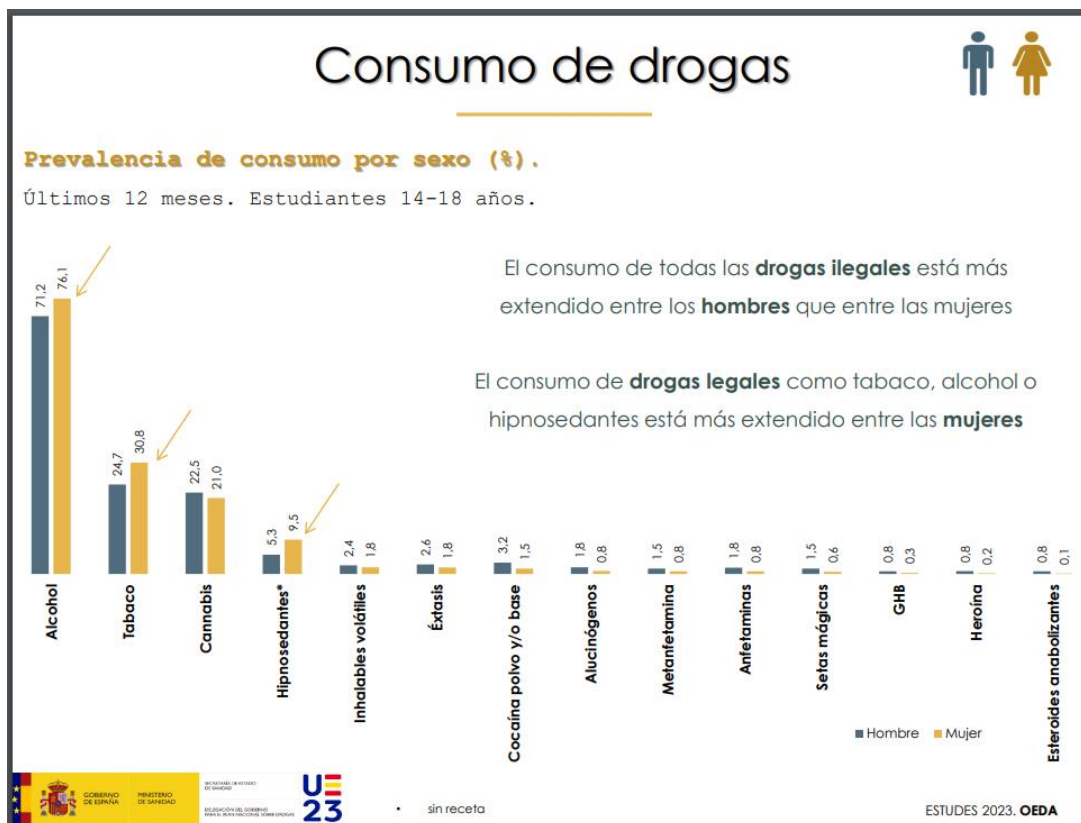
Fuente: Informe Estudes 2023. Plan Nacional sobre Drogas

El alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. El 75,9 % ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida. En la gran mayoría de estos casos ha tomado alcohol en los últimos 12 meses, pues la prevalencia en este tramo temporal se sitúa en el 73,6%. Aproximadamente 2 de cada 3 jóvenes (53,6%) admite haber tomado alcohol recientemente, en los últimos 30 días.

Para más información ver

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género



Junto a esto, este proyecto queda fundamentado con los datos obtenidos en un estudio publicado por la UNAD⁵ (Plataforma estatal a la que pertenecemos) con apoyo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en el cual se especifica el grave error de relacionar cualquier tipo de violencia que recae sobre la mujer exclusivamente en el ámbito de la pareja.

Este estudio nos dice que las mujeres drogodependientes han vivido un amplio número de antecedentes de violencia en el ámbito familiar, como por ejemplo violaciones o abusos, pero

⁵ Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD): Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención. Delegación del Gobierno para el PNSD, 2009

La red UNAD en 2017 creó una comisión en el trabajo de Adicciones y Violencia de género, un proyecto financiado por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que ha logrado reunir a las principales expertas del país en esta materia. La formación en materia de género es la línea de actuación más trabajada recientemente por la comisión, una apuesta que ha cristalizado en la creación de una Escuela de Género abierta a cualquier persona interesada en la materia.

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

que en general no acuden a los servicios de la red social de atención a la violencia de género, sino que se quedan en la red de drogodependencia, lo que hace que su problema de violencia de género no se resuelva y mantenga el consumo, suponiendo un fracaso del tratamiento. Por el contrario, los recursos sociales para mujeres víctimas, en muchos casos no están abiertos a mujeres consumidoras de drogas. Se hace imprescindible de este modo intercalar un tratamiento y una atención de tratamiento de drogodependencia con otros medios de ayuda proporcionados por la red social de atención a la violencia de género.

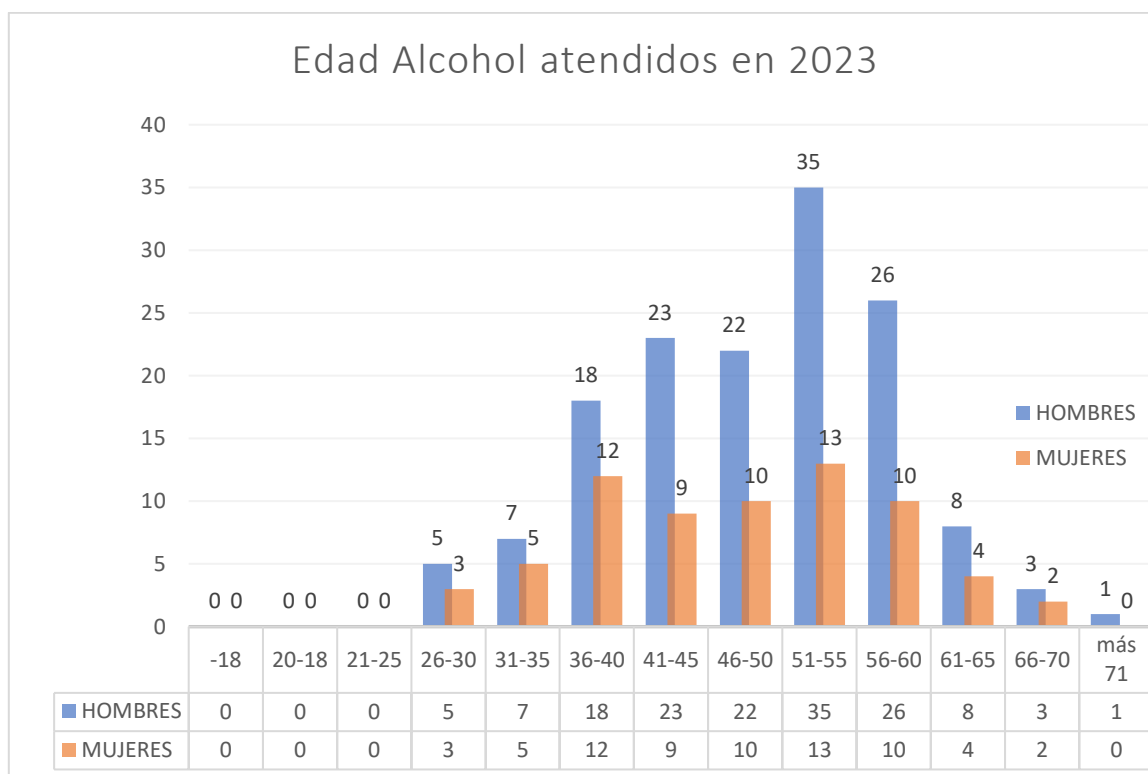
2.3. Delimitación y características de la población a la que se dirige.

El proyecto se realiza en la ciudad de Zaragoza, y si bien se desarrolla en nuestras instalaciones de la Unidad de Atención y Seguimiento a las Adicciones nº 3 del Sector Zaragoza II, tiene vocación de atender a toda aquella persona que solicite ayuda.

	TOTAL 2023	% del TOTAL	HOMBRES 1002	MUJERES 226
ALCOHOL	292	23,77%	205 (20,45%)	(87) (38,49%)
Resto de drogas	1.228	100%	1.002 (81,5%)	226 (18,50%)

ALCOHOL	Personas atendidas	MUJERES	PORCENTAJE
2023	292	87	29,79%
2022	284	89	31,33%
2021	276	69	33,69%
2020	243	84	34,56%
2019	250	78	31,20%
2018	248	73	29,43%

Es el programa de atenciones de todos los que ofrece la Fundación que menor diferencia porcentual presenta entre géneros. Ofrecemos algunos datos de la memoria de 2023



Mujeres 69 (31,79%). Media de edad 47,76. Entre los 28 y los 70 años.

3.- OBJETIVOS DEL PROGRAMA

3.1. Objetivo General.

Dotar de herramientas y mejorar las capacidades (mejora de destrezas para las actividades de la vida diaria y mantenimiento de las actividades de agrado) de las mujeres en tratamiento con problemas de alcohol para que manifiesten problemas relacionados con la violencia doméstica y de género y logren una autonomía personal a través de un progresivo empoderamiento, derivado de una atención integral que refuerce sus competencias personales y sociales para la vida autónoma.

3.2. Objetivos específicos.

- Analizar la situación de cada mujer para identificar posibles beneficiarias del proyecto y trazar un itinerario individualizado de objetivos a conseguir a corto y medio plazo.
- Proporcionar un espacio de ayuda mutua que permita mantener la abstinencia y posibilite el crecimiento personal. Apoyando la reflexión, crear un espacio de

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

conocimiento personal: factores de riesgo y protección ante el alcohol y la violencia doméstica.

- Comprender la función del alcohol en su vida.
- Facilitar la toma de contacto con conflictos internos pasados y/o presentes que pueden propiciar tanto la vuelta como el mantenimiento del consumo.
- Ofrecer un espacio de reflexión sobre asuntos relacionados con el alcoholismo y sobre la situación de maltrato, dotando de herramientas psicológicas para la comprensión del fenómeno de la violencia y sus consecuencias
- Ofrecer un espacio de apoyo entre personas con dificultades similares.
- Favorecer estrategias para la prevención de recaídas.
- Motivar para una abstinencia prolongada/permanente.
- Adquirir hábitos de vida saludables (mejora de destrezas para el autocuidado físico y emocional)
- Estimular la responsabilidad de las residentes en su propio proceso de recuperación personal (promoción de estrategias para la estabilidad y el control sobre su propia vida)

4.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se sirve de una combinación de terapia grupal con terapia individual, utilizadas de manera simultánea y complementaria, excepto en aquellos casos en los que las particularidades de las usuarias sean incompatibles con el trabajo grupal y se considere más adecuado el uso de entrevistas personales.

El trabajo en grupo proporciona un marco referencial muy útil para poder trabajar problemas interpersonales; por otro lado, el apoyo individual permite analizar y profundizar en aspectos psicológicos que no emergen en grupo o necesitan de un tratamiento distinto. Aprovechando las ventajas que ofrece el grupo de iguales, a través de la identificación con los otros, se comparten experiencias, sentimientos y vivencias que permiten la aceptación, normalización e integración de cuestiones específicas relacionadas con el uso de alcohol y a la vez favorece la potenciación y capacitación para la vida cotidiana sin la necesidad de recurrir al alcohol.

Con carácter periódico se realizarán talleres para profundizar en aspectos especialmente relevantes en mujeres dependientes de sustancias y víctimas de violencia de género.

4.1 Periodicidad y plazos de ejecución. Calendario de trabajo

Este proyecto es de continuidad, incluyendo participantes que iniciaron proceso en convocatorias anteriores. El proceso o itinerario viene determinado de forma no lineal, habiendo etapas comunes a todas las mujeres participantes y otras específicas del proceso individual de cada una.

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

Secuencia de actividades:

- Las actividades 4.1, 4.2, 4.3 y 4.7 se realizan a lo largo del año y todos los días laborales según demanda de llamadas telefónicas y de las mujeres beneficiarias de la actividad 4.2.
- La actividad 4.4, todos los martes laborales de 18 a 20 horas excepto agosto.
- La actividad 4.5 todos los jueves del año de 18 a 20 horas excepto agosto.
- La actividad 4.6 martes y jueves
- La actividad 4.8 martes y jueves de 17 a 20 horas.

4.2 Marco teórico.

Fiel a la herencia Humanista⁶ del origen de la Fundación, se configura a partir de los principios teóricos del modelo ecológico del desarrollo humano⁷ junto a contenidos propios de modelos de competencia social⁸ y promoción de la salud⁹.

Ubicamos el trabajo desde el modelo biopsicosocial que en los últimos tiempos ha sido la característica más destacable en el campo de la psicoterapia. Surge como un sistema más flexible y variado de recursos de intervención que permite al profesional una mayor adecuación a las condiciones de la situación del paciente para la obtención de los mejores

⁶ Compartiendo con Rogers el concepto de que *”la vida, en su óptima expresión, es un proceso dinámico y cambiante, en el que nada está congelado”*. ROGERS, Carls: El proceso de convertirse en persona. Editorial Piados, 1989, Pág. 35.

⁷ BRONFENBRENNER, U: The ecology of human development (1979). La conducta de una persona es una función de la interacción de los rasgos de la persona y de sus habilidades con el ambiente. Es la interacción de los componentes ontogenéticos y de socialización lo que produce la conducta.

⁸ Este modelo se centra en actividades preventivas diseñadas para promover el desarrollo cognitivo, las destrezas conductuales y socioemocionales que proporcionarán comportamientos más adaptativos y una mayor capacidad para afrontar situaciones críticas vitales. Se centra en la focalización de las competencias existentes más que en los déficit de los individuos. La competencia individual actúa como factor de protección, por lo que es imprescindible formar a las personas para hacerlas más capaces y activas a la hora de afrontar situaciones de riesgo.

⁹ La promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no sólo las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. (Carta de Ottawa, OMS 1986).

resultados. Pretende fomentar la flexibilidad teórica y técnica para adaptarse al caso concreto en detrimento de la adhesión rígida a un modelo.

4.3. Líneas de intervención.

- Trabajar desde la globalidad, no centrándonos únicamente en el síntoma.
- Esperando el mejor momento para actuar.
- Intervención flexible y dinámica.
- Intervención psico-educativa, acompañando a la persona en un proceso de autoconocimiento que le ayude a identificar los motivos del consumo, promoviendo un estilo de vida autónomo.
- Normalizar todo lo posible en su medio, pudiendo utilizar este como recurso.
- Importante trabajar también con la familia.
- Hacer un trabajo interdisciplinario (educadores, psicólogos, psiquiatras, otras figuras relevantes en la vida de la usuaria...).
- Intervención farmacológica, para aquellos casos que haya que abordar las repercusiones biológicas que tiene el consumo de sustancias en el organismo y las situaciones vividas en la salud mental.

En la medida de lo posible intentamos motivar a la familia para que se implique en el proceso del paciente.

Se contemplará la posibilidad de incluir a mujeres que hayan utilizado otras sustancias anteriormente o que en la actualidad lo hagan y no se puedan incluir en grupos específicos de otros programas de la Fundación.

5.- CONTENIDOS Y ACTIVIDADES

Es un proyecto atemporal, abierto durante todo el año, como hemos referido anteriormente, que planifica a lo largo del tiempo las siguientes actividades.

5.1. Cita telefónica

Tras recibir demanda telefónica y considerar la necesidad de facilitar una entrevista con las interesadas, siempre que la demanda se ajuste a nuestro trabajo, se le ofrece el servicio y se concreta tal cita en el menor tiempo posible (no más de una semana). Las interesadas vienen derivadas por centros de salud, servicios sociales u otro tipo de ámbitos. También las personas interesadas acceden por cuenta propia.

5.2. Entrevistas iniciales y de diagnóstico.

Tanto en el ámbito terapéutico, social como en el médico, que hagan posible elaborar un diagnóstico de cada mujer. Durante el tiempo necesario para la realización del diagnóstico cada usuaria realiza al menos una entrevista semanal. Este periodo viene a tener una

**Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas
domésticas y de género**

duración entre un mes y mes y medio por persona, dependiendo de la motivación y de la situación de cada una. Con esta actividad se cumplimenta el objetivo 1°.

A través de las entrevistas iniciales, se recaba la información necesaria para realizar una valoración de su situación y se trabaja intentando rebajar el estrés procurando que alcance el sosiego necesario para el desarrollo de su proyecto de recuperación personal.

Objetivos:

- Clarificar la construcción de la demanda por parte de la mujer demandante.
- Detectar situaciones de violencia de género y valorar la pertinencia en el tratamiento grupal.
- Facilita el proceso de adaptación

5.3. Entrevistas individuales.

Por medio de las cuales el terapeuta ayuda a clarificar, a tomar conciencia y a reflexionar sobre aspectos concretos que marcan el proceso. Establecidas por el terapeuta, también pueden ser solicitadas por las participantes del proyecto.

Objetivos.

- Elaborar el proyecto de recuperación personal de la víctima de manera consensuada entre ésta y los profesionales
- Desarrollar el proyecto de recuperación personal.
- Ofrecer herramientas y apoyar el desarrollo de las capacidades que puedan apoyar su restitución a la vida autónoma, evitando la institucionalización de la usuaria. Una semanal.

5.4. Grupo Terapéutico.

Espacio o lugar de encuentro en el que, a través de la confianza, el respeto, la identificación mutua y el intercambio de experiencias personales se puede conseguir una mayor comprensión y aceptación de uno mismo. Se trabaja en el “aquí y ahora” con el objetivo de aprender y descubrir a partir de las respuestas inmediatas en la manera de pensar, sentir y en consecuencia, actuar. Es un espacio semidirigido, abierto, en el que se acompaña a sus miembros en su proceso de conocimiento y desarrollo.

Utilización de diferentes técnicas que permitan reflexionar y profundizar acerca de cómo pensamos, sentimos y actuamos, con el objetivo de favorecer el proceso de conocimiento personal.

- Temporalización: Grupo semanal. Tiempo de estancia en grupo: una media de ocho meses. Dos horas de duración.
- Criterios de inclusión: Que hayan demostrado una implicación activa y voluntaria a la asistencia al grupo.
- No se establecen criterios de exclusión por el hecho de haber bebido o consumido¹⁰.

5.5. Talleres y Seminarios.

Por otro y con carácter periódico se realizarán talleres para profundizar en aspectos especialmente relevantes en mujeres dependientes de sustancias:

- **Alcohol y otras sustancias:** conocimiento de las consecuencias del abuso de alcohol tanto en aspectos biológicos como psicosociales.
- **Autoconocimiento:** como punto de partida para iniciar un proceso de rehabilitación.
- **Autoestima:** trabajo sobre el nivel de autoestima como factor de riesgo y/o protección frente al alcohol.
- **Emociones:** identificación y manejo de las mismas.
- **Familia:** trabajo para identificar roles y patrones de relación tanto con la familia de origen como de la constituida.
- **Relaciones interpersonales:** identificación de patrones, déficit y /o potencialidades.
- **Ocio y tiempo libre:** manejo y ocupación del mismo y su relación con el consumo.
- **Culpabilidad:** como sentimiento presente en las mujeres con alcoholismo y claro factor de recaída.
- **Expresión corporal:** manejo de la espontaneidad y creatividad como fuente de autoestima, mejora de las relaciones interpersonales y crecimiento personal.
- **Sexualidad:** conocerse, expresar experiencias y sentimientos relacionados.
- **Sentido de la vida:** reflexionar sobre la necesidad de encontrar sentido a su vida, llenar los posibles vacíos e identificar valores y dirección.

Estos seminarios se desarrollan dependiendo del momento en que se encuentre el grupo y las necesidades que se palpan entre las participantes.

¹⁰ La reducción de daños es un marco lógico para pensar la problemática de drogas. Se trata de un enfoque pragmático y humanitario respetuoso con los principios de salud pública y de derechos humanos, que consideran a toda la población como personas de derecho y destinatarias de políticas de salud, indistintamente de si consumen o no drogas. Las estrategias de reducción de daños no pretenden la eliminación del uso de drogas, sino favorecer por medio de estrategias planificadas y articuladas un uso de drogas que ocasione los mínimos daños posibles en la sociedad. La estrategia fundamental se apoya en la educación sanitaria, que se dirige a alcanzar la modificación de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de las personas, grupos y comunidades incidiendo sobre los determinantes de salud individuales, comunitarios y sociopolíticos

5.6 Supervisión médica continúa especialmente al inicio del tratamiento para favorecer la estabilización biológica y seguimiento posterior. Consulta psiquiátrica si se considera oportuna.

5.7 Intervención familiar y/o de pareja como aspecto fundamental para favorecer la adherencia y el mantenimiento de la abstinencia. Las familias se benefician del Programa de Familias que ofrece la Fundación, tanto de sus terapeutas familiares como de los instrumentos que ofrece (grupos familiares, intervenciones familiares talleres y seminarios concretos...).¹¹

5.8 Servicios Jurídicos.

El objetivo principal de este servicio es el control y seguimiento de los problemas legales que puedan sufrir o les pueda surgir a las mujeres participantes del proceso:

- Localización de causas en Juzgados y tribunales.
- Localización de abogados de oficio.
- Asesoramiento e información del momento de procedimiento en que se encuentra el beneficiario del proyecto en caso de necesitarlo.
- Asesoramiento e incluso intervención verbal o por escrito ante el juzgado de cara a la tramitación en ejecución de condena, de obtención de condena condicional o suspensión de ingreso en prisión por circunstancias personales.
- Asesoramiento e información ante la citación de residentes como testigos en un procedimiento judicial penal Procedimientos civiles y de familia.

6.- RECURSOS HUMANOS A UTILIZAR:

- **1 coordinadora** (50% de su contrato de trabajo dedicado a coordinación y 50% al tratamiento): Coordina el **equipo** y las relaciones institucionales: Realiza todas las gestiones y obligaciones administrativas que emanan de este proyecto. Como psicóloga elabora el proceso diagnóstico de cada caso. Realizan entrevistas individuales, grupos terapéuticos, test de valoración psicológica y otras herramientas que dan como fruto la elaboración de un itinerario personalizado.
- **1 psicóloga** (dedica un 50% de su contrato de trabajo): 753 horas de trabajo efectivo. Elabora el proceso diagnóstico de cada caso. Realizan entrevistas individuales,

¹¹ En la medida en que se puede trabajar con la parte implicada de la familia, podremos intervenir también en los cambios de aquellas personas protagonistas y causantes del maltrato y la violencia doméstica. Y en el caso de que estas mujeres hayan rehecho su vida, ayudar a superar traumas haciendo partícipes del proceso a las nuevas parejas y prevenir nuevas situaciones en ellos. En el estudio realizado con nuestra población atendida en 2015, un 39% de las víctimas lo han sido por parte de diferentes personas. Un porcentaje importante ha reconocido haber sido violentada por algún desconocido, encontrándose con dificultades a nivel social desde edades tempranas, así como conflictos fuera del ámbito familiar, en los que generalmente han ocupado el rol de víctimas.

grupos terapéuticos, test de valoración psicológica y otras herramientas que dan como fruto la elaboración de un itinerario personalizado.

- **1 terapeuta Familiar** (25% de su contrato de trabajo): 376 horas. Coordinación con servicios externos que puedan formar parte del proceso. Coordinación y trabajo en equipo con el resto de los miembros del equipo para optimizar el proceso de los usuarios. Trabajo con las familias de los usuarios: diagnóstico situación familiar, elaboración del plan de trabajo con la familia, seguimiento de este.
- **1 médico** (dedica un 20% de su jornada de trabajo): 301 horas: Elaborar y seguir un historial clínico personal de cada usuario. Coordinar e integrar al usuario en la red pública de salud. Detectar y evaluar las alteraciones orgánicas percibidas, orientando al usuario hacia la asistencia médica especializada, coordinando las distintas especialidades si fuera necesario. Orientar y evaluar las alteraciones psíquicas derivadas del consumo de drogas o previas a él patología dual, (coordinando las actuaciones de Servicios hospitalarios especializados.) Iniciar proceso de vacunación y prevenir de manera personalizada. Prevenir la aparición de problemas sanitarios: normas de higiene, control de nutrición, vacunaciones y seguimiento de cualquier brote infeccioso. Evaluación sanitaria de comportamientos de riesgo. Conocimiento del estado patológico del usuario con seguimiento personalizado y prescripción y seguimiento de recetas. Mantener actualizado un informe general de salud del usuario.
- **1 Educador Social:** Entrenamiento, modelaje y supervisión de las beneficiarias en su proceso de autonomía personal:
 - Hábitos de higiene
 - Hábitos de alimentación
 - Cumplimiento de sus responsabilidades
 - Habilidades sociales
 - Imagen personalEntrenamiento en resolución de conflictos. Organización de actividades de ocio y tiempo libre.
- **1 abogado** (arrendamiento de servicios. 10 horas semanales). Funciones, las mencionadas en el apartado correspondiente a la actividad de Servicio Jurídico.
- **Personal de administración.** (Imputación de los gastos correspondientes de Dirección, Administración y Secretaría): Supervisa los recursos materiales, el mantenimiento y conservación de las infraestructuras y la relación con proveedores y compañías de seguros para el logro eficiente del proyecto. Administración de personal: Seguimiento de contratos, gestión de nóminas, bajas y altas por enfermedad, vacaciones y permisos. Colaborará en la presentación de esta convocatoria y de las justificaciones previstas.

Amplia formación, experiencia de trabajo y titulación en el ámbito de las drogodependencias de todos los componentes del equipo, con más de 25 años de trabajo en este campo.

Programa de Atención Especial a Mujeres Alcohólicas como víctimas domésticas y de género

Debemos mencionar que todos los lunes se celebra una **reunión del equipo** de profesionales, de dos horas de duración, donde se revisan y marcan las líneas generales en cada actuación y de cada caso, tomando las decisiones colegiadas, se registran los movimientos de usuarias en el programa (ingresos, altas voluntarias, altas terapéuticas), se presentan informes diagnósticos y se supervisan procesos. En estas reuniones se repasan también las incidencias de los grupos, talleres y seminarios en funcionamiento y se amoldan las sesiones según el discurrir o las características que aparecen en cada grupo. También se renuevan dinámicas en caso de que se considere necesario. Esta reunión se celebra todos los lunes lectivos, lo que supone más de 100 horas de coordinación, revisión y preparación, además de todas las llamadas telefónicas y correos necesarios para el perfecto desarrollo de las actuaciones y el tiempo necesario para cumplir con las obligaciones de mantener el seguimiento burocrático y las justificaciones periódicas que puedan suponer esta subvención.

Se cuenta además con todo el personal de la Fundación y que de manera transversal apoyan el trabajo realizado por el personal destinado a este proyecto de acompañamiento: Equipo multidisciplinar compuesto por 37 profesionales especializados en la atención y el tratamiento al sector de población al que se dirige el recurso: Médico, enfermera, psicólogos, trabajadores sociales y educadores, (que presentan formación a su vez en intervención socioeducativa con menores, expertos en drogodependencias, expertos en mediación de conflictos, terapia familiar, terapia gestalt, terapia ocupacional, sexualidad y mindfulness)

6.- RECURSOS MATERIALES A UTILIZAR.

El proyecto se lleva a cabo en la sede central de la Fundación, en la calle Manuela Sancho 3-9 50002 de Zaragoza, en el barrio de la Magdalena (inscrito en el registro de centros y servicios sanitarios con el nº 5023625).

Estas instalaciones disponen de los propios de un recurso de este tipo, salas de espera, despachos, consulta médica, aulas, salas de grupo, biblioteca, servicio telefónico, ordenadores, accesos a Internet con fibra, correo electrónico, vehículos, fotocopiadoras, etc. Y todo el material fungible que se le supone a las acciones formativas.

7.- CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Apostamos por el ejercicio sistemático de la mejora continua, el cambio y la innovación en los ejes principales de nuestra entidad, adaptándonos a las necesidades y expectativas cambiantes de nuestros grupos de interés. La mejora continua se articula utilizando diversas herramientas de gestión en procesos que configuran un ciclo sin fin que nos permite actuar, reactiva y proactivamente para mejorar el sistema de gestión. Estas herramientas se identifican en fichas de procedimientos. La revisión del Sistema de Gestión se lleva a cabo mediante reuniones planificadas donde se analizan los resultados obtenidos y se toman decisiones al más alto nivel.

Participación de las beneficiarias.

En todas las actividades que se desarrollan en este programa están presentes las beneficiarias, siendo parte activa y protagonistas de estas. El empoderamiento de las personas es consustancial al discurrir de las actividades programadas porque dinámicas grupales como la autoayuda fortalecen carencias psicológicas y emocionales de las personas afectadas. El máximo potencial de los grupos reside en su capacidad para dotar a sus miembros de confianza, seguridad y ánimo para emprender cambios en su vida, respaldados siempre por el resto de los miembros del grupo. El feedback es permanente tras toda actividad, así como la programación de encuestas de satisfacción a lo largo del año.

- **Indicadores Cuantitativos:**

- Número de personas atendidas y relación porcentual con años anteriores.
- Asistencia a actividades propuestas
- Número de altas terapéuticas
- Número de abandonos
- Número de recaídas

- **Indicadores cualitativos:**

Periódicamente se realizará un informe de evaluación de cada persona, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de objetivos planteados en la línea de actuación de cada persona, además de tener en cuenta las siguientes variables:

VARIABLES A TENER EN CUENTA	
<i>Abstinencia</i>	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Remite el consumo de alcohol
<i>Área laboral</i>	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Mejoras y cambios de trabajo
<i>Área académica</i>	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Rendimiento y expectativas
<i>Redes Sociales</i>	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Cantidad y calidad de las mismas
<i>Ocio y tiempo libre</i>	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Recuperación de actividades y nuevas realizadas
<i>Área afectiva</i>	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Situación al inicio y al final del tratamiento: pareja, hijos, amigos....
<i>Área familiar</i>	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Grupos realizados
	Dificultades concretas

	Logros obtenidos
Habilidades Sociales	Situación al inicio y al final del tratamiento
	Habilidades de negociación
	Pensamientos
	Resolución de conflictos
Puntualidad	Situación al inicio y al final del tratamiento
Asistencia %	Situación al inicio y al final del tratamiento
Número de grupos	Asistencias
Nº de talleres	Asistencias
Motivación	Situación al inicio y al final del tratamiento

Encuestas de satisfacción que se pasan una vez al año a familias y pacientes y las encuestas de valoración de cada actividad grupal que se propone.

Contabilización del número de asistentes a cada grupo o actividad y el número de entrevistas familiares que se realizan.

Contabilización del número de actividades y grupos propuestos a lo largo del año y el número de participantes.

Encuestas de grado de consecución de objetivos pre y post tratamiento.



FUNDACIÓN
C S Z

Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza

Calle Manuela Sancho 3

50002 Zaragoza

www.fundacioncsz.org

Con la colaboración

Junta Distribuidora Herencias



Fundación "la Caixa"