



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Dipòsit Legal: GI.904-2010
ISSN: 2013-9063

Universitat
de Girona

Aguilera-Martínez, P. (2022)

"Programa de prevención indicada "Ba-da-lho-ca": una propuesta de intervención en sororidad ocupacional dirigido a las mujeres que hacen uso de los servicios REDAN de la Red de Asistencia a las Drogodependencias en Barcelona (Catalunya)"

Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades
Vol. 11. Núm. 1: 7-28

Correspondència

Escola Universitària d'Infermeria i Teràpia Ocupacional de Terrassa (EUIT-UAB)
Adreça: De la Riba, 90, 08221, Terrassa (Barcelona)
Correu electrònic: penelopeaguileramartinez@gmail.com
Telèfon: 93 783 77 77

Programa de prevención indicada “Ba·da·lho·ca”: una propuesta de intervención en sororidad ocupacional dirigido a las mujeres que hacen uso de los servicios REDAN de la Red de Asistencia a las Drogodependencias en Barcelona (Catalunya).

Penélope
Aguilera-Martínez¹

Resumen

El presente estudio forma parte de la evaluación de necesidades del programa de prevención indicada “Ba·da·lho·ca”, dirigido a mujeres que hacen uso de los servicios de reducción de daños (REDAN) en Barcelona. El objetivo fue determinar las prioridades asistenciales en la población de mujeres bajo la perspectiva de género. La metodología utilizada fue de tipo cualitativo, no experimental, transversal y descriptivo. Los participantes eran profesionales de servicios REDAN y mujeres usuarias (cisgénero y transgénero) de los mismos. Los instrumentos que se implementaron

¹Graduada en Terapia Ocupacional (*EUIT Universitat Autònoma de Barcelona*) y Doctoranda (*FETS Pere Tarrés, Universitat Ramon Llull*).

para la recogida de datos, que tuvo lugar en febrero-abril de 2018, fueron el diario de campo, la entrevista semi-estructurada y el grupo focal. Los resultados sugieren que: a) el Modelo REDAN carece de enfoque de perspectiva de género y estrategias de prevención indicada, b) la falta de espacios diferenciados para mujeres en los servicios asistenciales, debido a su diseño androcéntrico, impacta en su adherencia, c) los profesionales poseen bagaje en el ámbito y conocimiento sobre la perspectiva de género, pero su aplicación se reduce a situaciones de crisis y d) el grupo de mujeres pone de manifiesto las carencias de la red asistencial para cubrir sus necesidades de participación en salud, en la comunidad y en las ocupaciones de su proyecto vital.

A pesar de sus limitaciones el presente estudio contribuye a la comprensión de la baja representación y adherencia de las mujeres a los servicios REDAN y proporcionan una base para el diseño de programas de prevención indicada que incluyan la perspectiva feminista, la formación de los profesionales y la dignificación de las mujeres como individuos de derecho pleno a través de modelos comunitarios. Se sugiere llevar a cabo la implementación del Programa "Ba·da·lho·ca" para determinar la efectividad de las estrategias preventivas en clave de sororidad.

Palabras clave: Reducción de daños, prevención indicada, perspectiva de género, metodología cualitativa, Terapia Ocupacional y sororidad.

Abstract

This study is part of the needs assessment of the prevention program Ba-da-lho-ca, aimed at women using harm reduction (HR) services in Barcelona. The objective was to determine the care priorities in the female population from a gender perspective. The methodology used was qualitative, non-experimental, cross-sectional, and descriptive. The participants were professionals from HR services and women users (cisgender and transgender) of these services. The instruments implemented for data collection, which took place in February-April 2018, were the field diary, the semi-structured interview, and the focus group. The results suggest that: a) HR Model lacks a gender perspective approach and indicated prevention strategies, b) the lack of differentiated spaces for women in the care services, due to their androcentric design, impacts their adherence, c) professionals

have a background in the field and knowledge about the gender perspective, but its application is reduced to crises and d) the group of women highlights the shortcomings of the care network to meet their needs for participation in health, in the community and their occupations in their life project.

Despite its limitations, the present study contributes to the understanding of the low representation and adherence of women to HR services and provides a basis to design prevention programs that include the feminist perspective, the training of professionals, and the dignification of women as individuals with full rights through community models. It is suggested that the Ba-da-lho-ca Program be implemented to determine the effectiveness of preventive strategies in the key of the sorority.

Keywords: Harm reduction, indicated prevention, gender perspective, qualitative methodology, Occupational Therapy and sorority.

1. Introducción

El fenómeno de las drogodependencias a lo largo de los años, tal como señala Contreras (2016), ha sido abarcado por las Ciencias Sociales centrandose su estudio desde una perspectiva androcéntrica, la cuál invisibiliza el género como categoría de análisis e impide observar las características que presentan las mujeres en este contexto. Por ello, la bibliografía sobre el papel de las mujeres en la historia de las drogas es muy limitada, existiendo referencias puntuales (Roig, 2013) como la aplicación de la perspectiva de género que propone Romo (2006) desde una perspectiva metodológica, que permite comprender la diferencia, desde un modo de conocimiento de la realidad social de las mujeres; y las aportaciones previas de Meneses (2001) que cuestionan los modelos epidemiológicos basados en las diferencias de sexo y atienden a la situación de las mujeres desde los propios contextos en los que usan y abusan de determinadas sustancias.

El consumo de drogas en el colectivo de mujeres desde el siglo XIX a nuestros días tal como expone Roig (2013), ha tenido carácter terapéutico y legal en su inicio (sustancias de prescripción médica como la morfina y actualmente los psicofármacos), considerado normalizado y no problemático, el cual se establecía en el perfil de mujer ama de casa. Los cambios sociales, en los años sesenta y setenta con los movimientos de feminismo y legalizadores de sustancias (Roig, 2013), marcan un cambio en el uso de drogas para el colectivo de mujeres, de modo que "el consumo se convierte en un elemento de identidad que crea cohesión en el grupo y que aporta nuevas experiencias que se comparten colectivamente" (Romaní, 1999 citado en Roig, 2013, p.107). Sin embargo, a nivel sociocultural, las mujeres son tachadas de viciosas y desviadas como remarcan varios estudios de género (Contreras, 2016 y Roig, 2013) asociándose el consumo de sustancias en sociedad a comportamientos anormales para el género femenino.

La carencia de la categoría de género, como indican varias autoras (Amorós, 1998; Cantos, 2016; Cirillo, 2005; Roig, 2013 y Ruíz, 2000), en los campos de la investigación y la intervención social ha dado lugar a desigualdades, ya que tanto las mujeres como los hombres responden a condicionantes diferentes, por ello constatan que los aspectos que condicionan al género se deberían contemplar y estudiar separadamente en cualquier análisis, estrategia o acción. En lo que respecta al campo de las drogodependencias para el papel de la mujer, Cantos (2016) explicita que el hecho anterior ha dado lugar a una

visión de la realidad de la mujer infra-representada que como consecuencia ha excluido la representación de la realidad de la mujer en los estudios, por lo que el impacto directo de ello ha sido no incluir la categoría femenina en ninguna de las áreas de diseño, puesta en marcha de servicios, estrategias de prevención y atención del abuso de drogas.

Para la población femenina en Catalunya que hace uso de las salas de consumo higiénico, según Clua (2016), la cifra de mujeres mayores de edad (18 años) se establece en un 20-30% del total de personas usuarias que, según el Informe Anual del Sistema de Información de Drogodependencias de Catalunya (Agencia de Salut Pública de Catalunya, 2021) es de 5.908 personas atendidas para los centros REDAN en Catalunya, principalmente con consumo por vía parenteral de heroína y cocaína, alto riesgo de exclusión social y de las cuáles 1 de cada 10 personas son mujeres.

La práctica de sexualidad y el consumo de drogas en entornos recreativos conllevan riesgos adicionales como es contraer el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), hepatitis y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) según el estudio Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo realizado en España (Calafat et al. 2009), que muestra los cambios que operan en el papel de las mujeres a favor de la igualdad de género y evidencia que estas podrían ser receptoras de más consecuencias negativas debido a que, en contextos recreativos, las mujeres presentan tendencia a desarrollar dificultades para ejercer mayor capacidad de gestión de los riesgos.

En la población femenina que hace uso de drogas en activo el trabajo sexual se presenta como un medio de subsistir, a través del cliente o de intercambio con los hombres del entorno que hacen consumos de drogas, que en muchas ocasiones coexiste como una adicción más junto con el uso de sustancias; por ello desde una visión de género existe un componente educacional (Cantos, 2016). Este componente educacional en la mujer, según Cantos (2016), se expresa desde la conquista del cuerpo, con el cuál se ha adoctrinado a gustar, siendo en el género femenino la seducción una de las soluciones intentadas (Nardone y Watzlawich, 2000) a modo de estrategia aprendida para mantener el consumo de sustancias. En la misma línea, según Salamanca (2018), se entiende que la construcción de género basada en la belleza exterior, está altamente ligada a la autoestima y el concepto de una misma aportándole una sensación de poder a la vez que las oprime.

En este sentido, el enfoque de género, según Villar (2014) emerge como un eje transversal que hace falta tener en cuenta para el diseño de la atención, el tratamiento y la identificación de las necesidades específicas de las mujeres. Esta relevancia de la incorporación del enfoque de género se constata en varios proyectos o programas con enfoque de género en España, de los cuáles la mayoría se ubican en Catalunya (Fundación Salud y Comunidad línea MALVA, línea *Espai Ariadna*, línea Noctámbulas y línea Observatorio sobre abusos sexuales y Centro Catalán de Solidaridad línea Comunidad Terapéutica para mujeres, entre otros).

A pesar de que el género en los últimos años es un área de interés creciente dentro del campo de las drogodependencias, no existe suficiente literatura que recoja las percepciones de las mujeres que usan drogas y que se atienden en los servicios REDAN. Del mismo modo la mayoría de las praxis profesionales en el ámbito científico no se difunden y se encuentra una carencia de diseños de programas de prevención indicada que contemplen la importancia de la ocupación en la participación social para generar salud (Wilcock, 1998), así como evaluaciones que arrojen pautas o protocolos de actuación eficaz hacia el colectivo de mujeres. A todo ello, se le suma la baja prevalencia de la adherencia a programas y tratamientos aunque Cataluña sea un territorio pionero en proyectos y programas con perspectiva de género. El abordaje de las prioridades asistenciales en las mujeres bajo la perspectiva de género, así como remarcan varias autoras (Cantos, 2016; Salamanca, 2018), es uno de los mayores desafíos ya que las desigualdades impactan en los determinantes de salud de la mujer que es sometida a una jerarquía social de desigualdad estructural de género que cumple la premisa de vulnerabilidad asistencial (Becker y Hu, 2008 citado en Villar, 2014).

El propósito de este artículo es poner en valor, desde una perspectiva feminista de sororidad y resiliencia, los discursos del colectivo de mujeres (cisgénero y transgénero) y de los profesionales que acompañan sus proyectos vitales, para responder en clave de primera persona a las prioridades asistenciales que existen en la población de mujeres que hace uso de los servicios REDAN en Barcelona.

1.1 Perspectiva de género como estrategia preventiva y ocupacional en reducción de daños

El modelo de Reducción de daños se considera un conjunto de estrategias e intervenciones integrales con enfoque de derechos humanos, dirigidas a la disminución de riesgos y

consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo a su realidad y necesidades (WHO, 2009) .

El objetivo principal, está enfocado a implementar estrategias a personas consumidoras de drogas que respondan a las necesidades y realidades de los grupos poblacionales, con el fin de disminuir el riesgo y las consecuencias adversas asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, bajo nuevos enfoques de atención. Como objetivos específicos, postula: consolidar una red nacional intersectorial para la ejecución del modelo de Reducción de Daños que articule sus acciones de acuerdo con las competencias, fortalecer la oferta de servicios con estrategias de reducción de daños que mejoren la calidad de vida de la población destinataria e incrementar el nivel de acceso y participación de la población a los procesos de prevención, tratamiento y reinserción.

Así, la reducción de daños pone énfasis, en la necesidad de formación de los profesionales (De Crespigny 1996; del Río 1998 e Ínsua y Grijalvo, 1999 citados en Ínsua y Grijalvo, 2000) para el manejo de este modelo en el diseño de las intervenciones, más allá de las actitudes, la conducta, la teoría y metodología.

Además, dicha estrategia asume los principios de las intervenciones eficaces de salud pública con las personas que hacen uso de drogas, proponiendo una intervención gradual desde la prevención primaria (prevención y tratamiento por uso de sustancias), a la secundaria (prevención de riesgos asociados a la conducta) y la terciaria (prevención de la enfermedad en las personas ya infectadas) a múltiples niveles (Ínsua y Moncada, 2000 y Room, 1999 citado en Ínsua y Grijalvo, 2000); con la finalidad de promover el cambio en éstos niveles individual, grupal, social y político.

El concepto de prevención ha evolucionado en el tiempo a medida que ha conquistado ámbitos de actuación, sin embargo, se entiende como el conjunto de actuaciones que persiguen:

“1) Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas. 2) limitar el número y tipo de sustancias utilizadas. 3) Evitar la transición de la prueba de sustancias al abuso y dependencia de las mismas. 4) Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o

dependencia de las mismas. 5) Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas. 6) Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas. 7) Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar alternativas de vida saludables" (Becoña, 2002, p.66-67).

Así mismo, se entienden los factores de riesgo y protección como:

"características individuales o condición contextual del individuo de modo que, el factor de riesgo se considera aquella característica individual o de condición contextual que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o un mayor nivel de implicación en su consumo, poniendo en riesgo el desarrollo psicosocial; y como factor de protección se entiende aquella característica individual o condición contextual que inhibe o reduce la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o un mayor nivel de implicación en su consumo" (Clayton, 1992, p.16).

Según Becoña (2002), la combinación e interacción de los factores de riesgo y protección determina el resultado de riesgo, y la interacción entre el individuo y su ambiente determina la vulnerabilidad a la conducta desajustada. La literatura evidencia la correlación entre el uso problemático de drogas y los comportamientos problemáticos, siendo los problemas de conducta elementos influyentes y precedentes al consumo de drogas temprano (Coggans, 2008) y cursando con especificidades en el género, en concreto la mujer (Sánchez, 2012).

La detección diferencial de los factores de riesgo y protección, como afirma Sanchez (2012), es clave para la consideración de la igualdad de género en las praxis profesionales y para paliar las desigualdades estructurales (Cantos, 2016) ante las intervenciones con el colectivo de mujeres que usan drogas, el cual está evidenciado con una tendencia a desarrollar dificultades para ejercer mayor capacidad de gestión de los riesgos (Calafat et al. 2009).

La condición de mujer, según Becker y Hu (2008 citados en Villar, 2014), supone mayor vulnerabilidad que los hombres en lo que refiere a motivaciones para el consumo y las consecuencias que derivan del consumo de drogas: mayor riesgo de dependencia, mayor susceptibilidad a las recaídas, al inicio temprano, a la victimización y el embarazo no deseado. Cumpliendo para el género mujer, la premisa en el fenómeno de drogodependencias, las acciones destinadas a su prevención deberían abarcar las diferencias de género establecidas en el proceso

(Becker y Hu, 2008 citado en Villar, 2014), con la finalidad de generar intervenciones ajustadas a las necesidades reales del colectivo de mujeres que hace uso de drogas (Martínez, 2009).

Desde la prevención indicada, son varios los modelos que se proponen para la praxis (Becoña, 2002) pero carecen de perspectiva de género y comunitaria, ya que centran la prevención en el individuo y la sustancia, dejando de lado al grupo y al entorno. Por este motivo, se requiere de modelos de otras disciplinas que refuercen la transversalidad de la intervención en estas áreas de la persona (autogestión de la salud y participación de derecho) como son los Modelos de la Teoría Feminista (Amorós, 1998) y el Modelo Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional (Townsend y Polatajko, 2007).

La teoría feminista se configura como un marco de interpretación de la realidad que visibiliza el género como una estructura de poder. *“En este sentido, puede decirse que la teoría feminista constituye un paradigma, un marco interpretativo que determina la visibilidad y la constitución como hechos relevantes de fenómenos que no son pertinentes ni significativos desde otras orientaciones de la atención”* (Amorós, 1998, p.22).

Desde la Sociología Crítica, como teoría de cambio social desde la acción política colectiva, donde conceptualizar el politizar (Amorós, 1998), ya que al conceptualizar la realidad se pone al descubierto los elementos de subordinación y desventaja social que privan de recursos y derechos la vida de las mujeres; estructuras y mecanismos ideológicos (género, patriarcado, androcentrismo, etc.) que reproducen la discriminación o exclusión de las mujeres de los diferentes ámbitos de la sociedad.

De modo que el concepto de género (Pateman, 1995), se establece para explicar la dimensión social y política que se ha construido sobre el sexo, por lo que ser mujer lleva implícito además de tener un sexo femenino, en primer lugar, una serie de prescripciones normativas y de asignación de espacios sociales asimétricamente distribuidos (esposa y madre con carácter no remunerado de reproducción biológica y material), y en segundo lugar describe una realidad cultural y política que conlleva subordinación.

La mayor aportación del feminismo, en la actualidad es la perspectiva de género en derecho (Ruíz, 2000), que propone reconstruir el sistema jurídico y dar contenido a

nuevos derechos conforme a las experiencias, necesidades, intereses y perspectivas de las mujeres; para resolver cómo las diferencias sexuales desvienen en desigualdad. Desde esta perspectiva, el lugar de la mujer en la vida social humana se considera que es producto, no de las cosas que hace sino, del significado que adquieren sus actividades a través de sus interrelaciones en la organización social (Zimbalist, 1980 citada en Scott, 2008). Y en la cotidianidad de la mujer, la reproducción de conductas como mecanismo sutil de reproducción de desigualdades (Ruíz, 2000), se destaca que son elaboradas a través de conductas referenciadas según el sexo-género con la adscripción y adquisición de roles, espacios y atributos de personalidad diferenciados en sociedad.

Estas conductas se contemplan como mandatos de género, que se posicionan como procesos que marcan la socialización y los estilos de vida de las personas (Cantos, 2016) expresándose mediante las emociones (ideas, creencias, estereotipos), los pensamientos (sentimientos, prejuicios, deseos y las acciones) y generando desigualdades. En el ámbito de las drogodependencias, el fenómeno en las mujeres se da bajo clandestinidad o con la familia consumidora creada (Salamanca, 2018), apreciándose en los consumos cantidades menores que los hombres para poder desempeñar su rol responsable de mujer; invisibilizando de este modo el consumo con mención a parte para las drogas prescritas, normalizado socialmente a lo largo de la historia (Roig, 2013) y provocando una privación del uso de los servicios de salud en sociedad (Ruíz, 2000).

Para el abordaje de los mandatos de género desde la Terapia Ocupacional, el Modelo Canadiense del Desempeño y la Participación Ocupacional (Townsend y Polatajko, 2007) (MCOP) se centra en una perspectiva ocupacional de la mujer, que se da en un contexto como resultado de la interacción dinámica entre la persona, la ocupación y el medio. Definiendo ocupación como los grupos de actividades y tareas de la vida diaria, nominadas, organizadas y a las que se atribuye un valor y un significado por los individuos y la cultura. Donde el desempeño ocupacional (Townsend y Polatajko, 2007) es entendido como el resultado de la relación dinámica y entrelazada entre las personas, el medio y la ocupación en el transcurso de la vida; la habilidad de elegir, organizar y desarrollar de forma satisfactoria ocupaciones significativas que son culturalmente definidas y apropiadas para la edad, para el cuidado personal (auto-cuidado), el disfrute de la vida (ocio), y contribuir al tejido social y económico de sus comunidades (productividad).

En la misma línea, Rojo et al. (2011) proponen para la praxis en adicciones una evaluación del desempeño ocupacional en personas drogodependientes partiendo de la base de considerar la adicción como una alteración compleja del funcionamiento cerebral, que implica de forma prioritaria al córtex frontal como estructura encargada de la organización de la conducta intencional. De modo que, la existencia de déficits en el funcionamiento frontal se acompaña de importante deterioro en el funcionamiento cotidiano, que llega a traducirse en dificultades muy considerables del desempeño de la actividad en la vida diaria. Para ello, Rojo (2008) define que el rol del Terapeuta Ocupacional en el ámbito de las adicciones será incidir en los hábitos perjudiciales para la salud, generando un mayor control de salud a través de la regulación de conductas disruptivas hacia otras más saludables mediante la promoción de la salud comunitaria, desde una posición educativa de informante y promotor de herramientas preventivas; individualizando la intervención a las necesidades de cada persona según la fase de consumo en la que se encuentre. Coincidiendo con el objetivo del Programa RdR que se define para Catalunya (Generalitat de Catalunya, 2012).

2. Método

La aproximación al conocimiento de las prioridades asistenciales en la población de mujeres bajo la perspectiva de género implica la mirada transversal feminista, desde la observación de su entorno y la participación en las ocupaciones cotidianas que desarrollan en los servicios a los que asisten, para poder dar voz a las problemáticas y a través del discurso en primera persona, dignificarlas como individuos de derecho pleno.

Para ello, el diseño de la metodología utilizado ha sido de tipo cualitativo, no experimental, transversal y descriptiva (Hernández-Sampieri et al., 2014). Se aboga por la representación del género, lo cuál ha sido una variable infra-representada a lo largo de los años en investigación (Cantos, 2016). Y, del mismo modo, poniendo en el centro los discursos de las mujeres y los profesionales implicados, tal como apuntan diversos estudios en poblaciones excluidas (Newell y South, 2009) con la finalidad de generar perspectivas investigativas sobre las prácticas de intervención sociosanitaria en servicios de la red de asistencia a las drogodependencias de Barcelona.

Los aspectos éticos de la presente investigación siguen las recomendaciones del código ético de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2010) y están conformados por los 3 principios: de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia; contemplados en el Informe Belmont (Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento, 1979). Por ello y, con la finalidad de garantizar la protección de las personas que han participado se firmó el consentimiento informado donde se explicitaban los objetivos de dicha investigación, las técnicas de recogida de datos y el tratamiento de estos según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter Personal.

La muestra ha sido conformada por profesionales en activo de servicios REDAN (categoría de coordinación y de Educador/a Social) y mujeres (cisgénero y transgénero) que hacen uso de servicios REDAN de Barcelona.

La recogida de datos tuvo lugar entre los meses de febrero y abril de 2018, para ello se ha utilizado el diario de campo (DC), la entrevista semi-estructurada (ESE) y el grupo focal (FG). La investigación se ha llevado a cabo en dos entornos y con 7 personas participantes: a) se realizó observación participante en un Centro de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) con sala de venopunción asistida, en un recurso emergente de mujeres y en el entorno comunitario de la zona del distrito de Sants Montjuic (Jardines de Montjuic) y Ciutat Vella (Barrio del Raval) en Barcelona, b) se realizó una entrevista semi-estructurada a 2 profesionales de distinta categoría profesional y c) se desarrolló un focus group con 7 mujeres (6 cisgénero y 1 transgénero) que asistían a los servicios REDAN y eran usuarias de varios de ellos.

Los criterios de inclusión de la muestra para los profesionales fueron: situación laboral activa en servicio REDAN de Barcelona, categoría profesional de coordinación o Educador/a Social, bagaje de más de cinco años de experiencia y afinidad al colectivo LGTBI. Y los criterios de exclusión: situación laboral interrumpida en el servicio REDAN, categoría sin desarrollo de funciones educativas, ocupacionales o de gestión de proyectos, menos de cinco años de experiencia y no afinidad al colectivo LGTBI. Los criterios de inclusión para el grupo de mujeres fueron: ser usuaria de más de un servicio REDAN, identificarse como mujer cisgénero o transgénero, estar en situación de consumo activo y de calle y asistencia durante más de un año a los recursos REDAN. Los crite-

rios de exclusión para el grupo de mujeres fueron: no identificarse como mujer cisgénero o transgénero, asistencia menor a un año en los recursos REDAN y presentar algún síntoma de psicosis/neurosis aguda en el momento de la realización del *focus group*.

El análisis de los resultados se ha realizado con la técnica de codificación y categorización de vaciado de observación participante (Amezcuca, 2000), para su posterior análisis.

3. Resultados y discusión

El propósito de la investigación se centró en determinar las prioridades asistenciales en la población de mujeres que asisten a los servicios REDAN (Barcelona) bajo perspectiva de género. Del análisis de los datos recogidos, surgieron cuatro categorías generales en las que la perspectiva de género se evidencia transversalmente: a) el Modelo REDAN, b) los centros y servicios asistenciales REDAN, c) los profesionales y d) las mujeres que usan drogas y servicios REDAN.

Este estudio confirma que, el Modelo REDAN (WHO, 2009), a pesar de estar definido en su objetivo y estrategias de promoción de la salud, resulta poco fundamentado (Meneses, 2001 y Romo 2006) en su aplicación comunitaria carente de enfoque de género y de estrategias de prevención indicada. Y debería incluir profesiones como la Terapia Ocupacional que potencien la salud desde una perspectiva de ocupación y participación (Clua, 2016). A través de la ESE y FG se evidencia lo siguiente:

“Reducción de daños tiene un pro y un contra, es un ámbito demasiado joven, le falta mucho marco teórico, contextualizar factores de consumo. Trayectoria con grandes fallos y cosas que funcionan, se construye en la realidad del día, aunque se ha de revisar hasta que no llega la carencia no se actúa como con la perspectiva de género, ya que, si no la integramos, estamos poniendo más en riesgo a las mujeres”. (P2)

“Reducción de daños es una lucha política, un espacio donde denunciar las injusticias. Son problemas muy complejos que o los construimos juntas como una o no funciona, ya que no es demanda, dejar de hablar de necesidades y priorizar atender a las inquietudes, intereses, deseos de las mujeres en una ciudad que tiene tanto que ofrecer. (P1).

"La figura del Terapeuta Ocupacional en reducción de daños es un paradigma que aporta mucha más visión comunitaria de cómo mejorar la salud formando parte de estar ligado al entorno real y participar de ella. Los indicadores y resultados que se esperan de sus modelos nada tienen que ver con lo social". (P1)

"... me cansa que según el día, quién esté y donde vayáis, haya unas normas u otras para entrar, joder todo es lo mismo el puto Raval... ¿no se supone que nos atienden porque estamos enfermas? No facilitan tantas normas". (FG1)

En referencia a la categoría de servicios, se evidencia la falta de espacios diferenciados para las mujeres (Amorós, 1998; Cantos, 2016; Cirillo, 2005; Roig 2013 y Ruíz, 2000) en los servicios asistenciales, que impacta en su adherencia. A través de la ESE y FG se evidencia lo siguiente:

"Cuando empezamos a ver a las mujeres que van a estos centros de reducción de daños, son muy poquitas las que llegan y se adhieren, suelen hacer un uso muy puntual de los servicios, cojo lo que tengo que coger y me voy (...), pero no están, no son espacios donde ellas se sientan seguras y donde realmente se les dé cabida a lo que ellas necesitan de manera más integral y no solamente en relación a partes sesgadas de ellas mismas. No hay servicios que las mire como personas, sino que se las mira en su vertiente de consumidoras (...), y además sin tener perspectiva de género, lo cual de alguna manera hace que se las mire desde unos patrones y medida completamente masculinizados y androcéntricos. (P1)

"... es que no puedes consumir tranquila, en silencio, con un espacio bonito donde disfrutar del flash del pico y no te molesten los tíos con sus rollos." (FG3)

"... mira aquí pasamos muchas, pero este espacio se respeta y nos ayudamos". (FG7)

Contrastando los resultados, para la categoría de profesionales a pesar de que tienen bagaje y conocimiento sobre la perspectiva de género (Cantos, 2016; Martínez, 2009; Rojo, 2008 y Villar, 2014), su aplicación se reduce a las situaciones de crisis. A través de la ESE y FG se evidencia lo siguiente:

“No hay perspectiva de género técnicamente aquí (...) pequeñas cosas desde hace nada en crisis(...) por parte de algunos profesionales. El equipo reproduce mucho estigma, no tiene mucha sensibilidad en general, se debería mejorar el trabajo entre REDAN hacia las mujeres” (P2).

“... estoy harta de tener que contar mi vida cada vez que necesito algo...”. (FG1)

... “los hombres la lían mucho más y no los sancionan, y un día tú te defiendes y se sorprenden todos, preguntándote que qué te pasa que tú no eres así. Y cómo coño saben que soy yo, si no me dedican el tiempo”. (FG4).

Los resultados para el grupo de mujeres han puesto en valor las carencias de la red asistencial para cubrir sus necesidades de participación en salud, en la comunidad y en sus ocupaciones de su proyecto vital, como apuntaban diversos autores (Amorós, 1998; Cantos, 2016; Cirillo, 2005; Contreras, 2016; Roig, 2013; Scott, 20008; Ruíz, 2000). A través del FG se evidencia lo siguiente:

“...atendemos anualmente casi 500 personas, sólo el 20% son mujeres. Es decir, es una minoría, cosa que es un problema y dice mucho de cómo funciona el servicio y de cómo funcionamos. Porque no les estamos ofreciendo más que necesidades básicas”. (P2)

“trabajamos con mujeres que usan drogas, mujeres que se quedan fuera de todas las redes de atención, tanto de atención de mujeres sobrevivientes a violencia, como de centros de reducción de daños”. (P1)

“Aquí, sí que me siento bien. Te han de aceptar como eres, han de dejar que nos mostremos tal y como somos, es la única manera de llegar a nosotras, si nos exigen normas... matan nuestra esencia. Y es un engaño, porque por mucho que una quiera cambiar las malas hierbas siempre vuelven a aflorar”. (FG5)

“la mayoría preguntan por morbo y yo que soy travela me divierto viendo a veces las caras que ponen tus compañeros cuando explico historias”. (FG2)

4. Conclusiones y propuesta de mejora

A pesar de la naturaleza exploratoria del estudio, resultó difícil acceder a los servicios y realizar una investigación más profunda y extensa, debido a que el ámbito de REDAN es un nivel de intervención regido por la inmediatez y la atención en crisis de múltiples situaciones extremas de las personas que usan drogas. Esta dificultad de acceso a la muestra de profesionales y mujeres restringe la posibilidad de generalización de los resultados, que está sujeta a ciertas limitaciones. Estas deberían resolverse ampliando la mirada y las variables de género, profundizando en la detección de factores de riesgo y protección, así como en la recogida de las praxis profesionales y en las historias de vida de las mujeres REDAN. Además de extrapolar la muestra tanto a profesionales y mujeres del colectivo LGTBI, para obtener una mirada transversal desde las dos áreas que orienten a los servicios hacia praxis integrales y feministas que garanticen la justicia ocupacional y la igualdad de condiciones.

Sin embargo, los hallazgos ofrecen una visión sobre las prioridades de actuación de mujeres que acuden a los servicios REDAN evidenciando las carencias desde el sistema de salud.

La contribución del presente estudio ha sido confirmar un paralelismo entre los discursos narrativos de profesionales y mujeres (cisgénero y transgénero), que se complementan entre sí, evidenciando la falta de perspectiva de género transversal en el ámbito REDAN. Dicha perspectiva de género es carente en el propio modelo, los centros y profesionales, ello genera un sistema de desigualdades de derecho para que las mujeres participen de su salud, comunidad y ocupaciones bajo el marco preventivo.

Se requieren futuras investigaciones para examinar más de cerca los vínculos entre la asistencia REDAN y la perspectiva de género aplicada en pro del feminismo hacia las mujeres. Es por ello, que se deben diseñar programas de prevención indicada con intervenciones que contemplen la sororidad profesional hacia el grupo de mujeres, del mismo modo realizar su implementación para probar la efectividad de los mismos como el Programa “Ba·da·lho·ca” (Aguilera-Martínez, 2019) cuyo impacto reside en la justicia ocupacional de un colectivo desconocido para muchos pero con el derecho de expresarse y vivirse.

Declaración de conflictos: La autora declara que no existe ningún conflicto de intereses real, potencial o potencialmente percibido que pueda resultar en un sesgo en la publicación de esta investigación.

5. Referencias

- Agencia de Salud Pública de Catalunya, Subdirección General de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya. (2021). *Informe Anual 2020 del Sistema de Información sobre Drogodependencias en Catalunya*. Generalitat de Catalunya. <https://drogues.gencat.cat/ca/detalls/Noticia/Informe-anual-del-Sistema-dInformacio-de-Drogodependencies-de-Catalunya-SIDC->
- Agencia de Salud Pública de Catalunya. (2012). *Drogas ¿Por qué tenemos que reducir los daños y los riesgos asociados a su consumo?* Barcelona: Generalitat de Catalunya. <http://www.trivihal-positivo.es/COLECTIVOS/drogas/Reducción%20de%20daños%20GENERALITAT.pdf>
- Aguilera-Martínez, P. (2019). *The Ba·da·lho·ca Program: Indicated prevention program of occupational sorority for women who use drugs and Harm Reduction services in the city of Barcelona (Spain) that aims to cover the health and social needs derived from gender*. Harm reduction International Conference.
- AOTA. (2010) Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 62, 625-683.
- Amezcuá, M. (2000). El trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. *Index de Enfermería*, 30, 30- 35.
- Amorós, C. (1998). “El punto de vista feminista como crítica”, en C. Bernabé (Dir.), *Cambio de paradigma, género y eclesiología*. Verbo Divino.

- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior: Plan Nacional Sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21(2), 227-233.
- Cantos, R. (2016). *Hombres, mujeres y drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas*. Fundación Atenea. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Hombres-mujeres-y-drogodependencias.pdf>
- Cirillo, L. (2005). Virtualidades pedagógicas del feminismo para la izquierda. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 25, 35-59.
- Clayton, R.R. (1992). *Transitions in drug use: Risk and protective factors*. En M. T. Laespada, I. Iraurgi y E. Aróstegi (Eds). (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Clua, R. (2016). *¡Apúntame a la sala! Epidemiología sociocultural del consumo de drogas y evaluación de las políticas de reducción de daños en las salas de consumo higiénico de Barcelona* (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.tesisenred.net/handle/10803/392671>
- Coggans, N. (2008). *Risk factors for cannabis use, in: A cannabis reader: global issues and local experiences*. Monograph series 8, Volume 1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. (1979). *El Informe Belmont: principios y guías para la protección de los sujetos humanos de investigaciones*. Universidad de Barcelona. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

- Contreras, P. (2016). Maternidad tras las rejas: una aproximación a la realidad de las mujeres de las cárceles de Catalunya (España). *Revista Umbral*, 11, 39-58.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (M. I. Rocha Martínez, Ed.) (6th ed.). McGraw Hill/ Interamericana editores.
- Ínsua, P. y Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo*, (77), 33- 45.
- Martínez, P. (2009). *Extrañándonos de lo 'normal': Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Horas y horas.
- Meneses, C. (2001). *Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroïnomanía femenina*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Nardone, G. y Watzlawich, P. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidós..
- Newell, C. J. y South, J. (2009). Participating in community research: exploring the experiences of lay researchers in Bradford Community. *Work & Family*, 12(1), 75-89.
- Pateman, C. (1995). *El contrato sexual*. Anthropos.
- Roig, A. (2013). L'estigmatizació de les dones consumidores d'heroïna. *Revista Crítica Penal y Poder*, (4), 103-131.
- Rojo, G. (2008). Terapia Ocupacional en el Tratamiento de las adicciones. *Revista Trastornos Adictivos*, 2(10), 88-97. [https://10.1016/S1575-0973\(08\)74550-1](https://10.1016/S1575-0973(08)74550-1)
- Rojo, G., Pedrero, E., Ruíz, J., Llaneros, M y Puerta, C. (2011). Evaluación del desempeño ocupacional en la vida cotidiana en adictos. Creación de un instrumento de medida: el ADO. *Adicciones*, 23(11), 27-35. <https://doi.org/10.20882/adicciones.164>

- Romo, N. (2006). *Género y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres. Monografía Humanidades*. Barcelona Fundación Medicina y Humanidades Médicas, (5), 69-83.
- Ruíz, A. (2000). *La construcción jurídica de la subjetividad no es ajena a las mujeres*. A Birgin, Haydeé (comp.). *El derecho en el género y el género en el derecho*. Biblos.
- Salamanca, A. (2018). *Binomi drogues i violències. De les violències masclistes. L'interseccionalitat en la intervenció: reptes de futur*. Jornada del Ajuntament de Palma.
- Sánchez, L. (2012). *Drogas y perspectiva de género: Documento Marco*. Xunta de Galicia. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/217.pdf>
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. Universidad Autónoma de la Ciudad de México. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4310031/mod_resource/content/1/2.3%20SCOTT%2C%20Joan%20-%20Género%20e%20Historia.pdf
- Townsend, E. y Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through occupation*. CAOT.
- Villar, E. (2014). *Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades*. Consorcio COPOLAD. http://sisco.copolad.eu/web/uploads/documentos/Genero_y_drogas_24102014.pdf
- WHO. (2009). *HIV aids Comprehensive Harm Reduction Package*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>
- Wilcock, A. (1998). *An occupational perspective of health*. Slack Incorporated. <https://doi.org/10.1080/01924780903295804>



Pedagogia i Treball Social

Revista de Ciències Socials Aplicades

Edita: Universitat de Girona

Disseny i maquetació: info@clam.cat · 647 42 77 32

Dipòsit Legal: GI.904-2010

ISSN: 2013-9063