

2024

Guía breve para la intervención **mias**

*Mujeres informadoras
como agentes de salud* <<<

FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS)

CIF: G-83500512

Coordinación del Programa

Laura Fuertes Mato

Equipo Técnico de Apoyo

Cristina Bravo Piñero

Marcela Gracia Leiva

Administración

Lucía Rodríguez Muñoz

Comunicación y difusión

Hernán Díaz Eichenberg

✉ secretaria@fundadeps.org
programas@fundadeps.org

🌐 www.fundadeps.org

Edición

Octubre 2024

Diseño

Nieves Pérez

ÍNDICE

Introducción y Estado de situación	5
Antes de empezar	9
Metodología: ¿Cómo preparo una intervención?	10
Tipos de intervención.	10
Escenarios donde poder realizar una intervención	13
Decálogo de Buenas Prácticas.	14
Modelo de Intervenciones	15
Talleres y Puntos de Información	15
Taller de Cine Forum	30
Creación de un Blog y Publicación en RRSS	56
Talleres	65

Introducción y Estado de situación

La salud de las mujeres parece haberse centrado durante largo tiempo en la salud sexual y reproductiva. La salud de las mujeres va mucho más allá y debe estudiarse y atenderse de una forma integral y desde una perspectiva *biopsicosocial*.

La salud de las mujeres ha sido evaluada, históricamente, desde un enfoque centrado principalmente en su salud sexual y reproductiva, lo que ha impedido un abordaje integral que contemple los aspectos biopsicosociales de su bienestar. Este enfoque limitado ignora factores esenciales de la salud física, psicológica y social de las mujeres, creando una visión reduccionista de sus necesidades de salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), diversos factores socioculturales, como las desigualdades en las relaciones de poder, las normas sociales y

la violencia de género, limitan el acceso de las mujeres y niñas a servicios de salud de calidad.

Investigaciones nacionales e internacionales destacan que las desigualdades de género son determinantes fundamentales de la salud de las mujeres (Sánchez-López et al., 2013). Estas desigualdades resultan en patrones de salud diferenciados que impactan negativamente su bienestar a lo largo de la vida (Heise et al., 2019). Aunque en España se han realizado avances, estos son insuficientes, especialmente para las mujeres adultas. La Encuesta Europea de Salud (INE, 2022) revela que las mujeres en España presentan peores indicadores de salud que los hombres, con más enfermedades crónicas y limitaciones en actividades cotidianas.

El Informe SESPAS 2020 resalta las diferencias de género en la salud mental, donde las mujeres reportan niveles más altos de depresión y ansiedad, y reciben un mayor número de prescripciones de psicofármacos (Bacigalupe et al., 2020). Este sobrediagnóstico y medicalización de problemas mentales está relacionado con las desigualdades estructurales y la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados, que afecta principalmente a las mujeres.

Los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y para los hombres. El género interactúa con las diferencias biológicas y los factores sociales (Weber et al., 2019). Las desigualdades estructurales de género a favor de los hombres tienen resultados negativos en la salud de las mujeres. La desigualdad de género y las normas de género restrictivas conducen a desigualdades en la salud (Heise et al., 2019). Las mujeres y los hombres desempeñan roles diferentes en contextos sociales diferentes. Estos roles son valorados de manera diferente y los asociados con los hombres son generalmente valorados más positivamente. Esto afecta a la situación en la que las mujeres y los hombres acceden y controlan los recursos, y afecta también al desarrollo del proceso personal y necesario de toma de decisiones para proteger la propia salud; de esta manera se producen situaciones no

equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios, y en los resultados de salud.

Un factor importante determinante en la salud de las mujeres es el cuidado de personas dependientes. En España, el 84% de las mujeres asumen estas responsabilidades (González et al., 2016), lo que impacta negativamente su salud física y emocional. La pandemia de COVID-19 exacerbó estas desigualdades, incrementando la carga de trabajo doméstico y afectando aún más la conciliación laboral y familiar de las mujeres, lo que también agravó la violencia de género (López, R., Soriano, I. Coord. 2022; Torres-Cantero, A.M., et al. 2022).

Las diferencias en salud también se evidencian en enfermedades prevalentes como el cáncer de mama, la depresión, la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares. A menudo, estas condiciones no se abordan desde una perspectiva de género, a pesar de estar influidas por factores psicosociales y de género (Valls-Llobet, 2013). Además, las mujeres, particularmente aquellas mayores de 35 años y pertenecientes a clases trabajadoras, viven más años en mala salud en comparación con los hombres, por lo que el factor económico es otro determinante en la salud (Martín et al., 2019).

Es urgente que las políticas de salud reconozcan estas desigualdades y promuevan enfoques más integrales, considerando tanto las diferencias biológicas como las de rol de género, además de otras cuestiones socioeconómicas que influyen en la salud.

Detectadas estas necesidades nace el Programa MIAS. FUNDADEPS viene desarrollando este programa desde el año 2015 con el apoyo del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y actualmente en esta edición del año 2024 con el apoyo del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

El Programa MIAS cubre esta necesidad de formar a mujeres en materia de Educación para la Salud con perspectiva de género, entendiendo la salud desde una perspectiva bio-psico-social y no meramente la interpretación de la salud de la mujer como salud sexual y reproductiva para que gestionen su propia salud. Dada la situación cambiante y de incertidumbre que se está viviendo a nivel mundial y local, se está promoviendo y haciendo especial hincapié, en esta edición, en la creación de redes de apoyo y de desarrollo personal y profesional de las mujeres en situación de vulnerabilidad, que participan del programa, dentro del mundo del asociacionismo. Con

esto se pretende propiciar el surgimiento de mayores oportunidades en el mundo laboral para ellas.

Dentro de los objetivos del Programa MIAS, se encuentra el formar a líderes promotoras de salud. Para la consecución de este objetivo, parte de la formación consiste en adquirir competencias y aplicarlas con la puesta en práctica de lo aprendido a través de distintas intervenciones sociales/comunitarias sobre la salud con perspectiva de género. Desde la perspectiva de la promoción de la salud y la educación para salud, el Programa MIAS trabaja y crea redes.

“La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación” (OMS, 2016).

Esta guía recoge algunas de las intervenciones y experiencias que las mujeres participantes del Programa MIAS (Mujeres Informadoras como Agentes de Salud) han realizado como parte práctica en distintas ediciones del programa.

Este recopilatorio de buenas prácticas intenta resaltar y poner en valor el trabajo desarrollado por las participantes del Programa MIAS, con la pretensión de servir de modelo metodológico, herramienta de trabajo y material de apoyo a todas aquellas personas que desarrollan intervenciones socio-educativas relacionadas con la Educación para la Salud desde la perspectiva de género con grupos de mujeres.

• Bibliografía

Bacigalupe, A., et al. (2020). *Informe SESPAS 2020: Inequidades sociales en salud y políticas para combatirlas*. Gaceta Sanitaria, 34(S1), 1-113.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.005>

González, M., Jurado, B., y Martínez, P. (2016). *El cuidado de personas dependientes en España: una responsabilidad mayoritariamente femenina*. Instituto de la Mujer.

Heise, L., et al. (2019). *Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health*. The Lancet, 393(10189), 2440-2454.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X)

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Encuesta Europea de Salud en España, 2022*.

<https://www.ine.es>

López, R., y Soriano, I. (Coords.). (2022). *Informe Salud y Género 2022: Aproximación multidiscipli-*

plinar a la pandemia por COVID-19. Ministerio de Sanidad.

<https://www.mscbs.gob.es/>

Martín, U., et al. (2019). *Desigualdades de género y salud en España: Una aproximación crítica*. Ediciones Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Informe sobre la salud de las mujeres en el mundo: Fomentando la igualdad en salud y bienestar*.

<https://www.who.int/>

Sánchez-López, M. P., y Limiñana-Gras, R. M. (2013). *Estudios de género y salud: Diferencias y desigualdades*. Editorial Síntesis.

Torres-Cantero, A. M., et al. (2022). *El impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la salud: Informe SESPAS 2022*. Gaceta Sanitaria, 36(S1), 1-89.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.10.010>

Valls-Llobet, C. (2013). *Perspectiva de género en salud: Políticas, programas y prácticas*. Fundación Mujeres.

Weber, A. M., et al. (2019). Gender norms and health: Insights from global survey data. *The Lancet Global Health*, 7(12), e1675-e1684.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30495-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30495-2)

ANTES DE EMPEZAR

- ◆ Elige el tema que quieres abordar relacionado con la salud con perspectiva de género.
- ◆ Piensa cuál es el objetivo principal de tu intervención.
- ◆ ¿A quién irá dirigido?
- ◆ Analiza en el entorno en el que se mueve o vive el grupo (*personas, colectivo*) con el que vas a tratar (*intereses, necesidades, preocupaciones...*).
- ◆ Define ¿Qué tipo de intervención vas a realizar?: Charla, artículo de opinión, creación de blog...
- ◆ Planifica ¿Qué recursos vas a necesitar?: PC, material de papelería, pizarra, programa informático, internet...
- ◆ Pregúntate ¿Cuento con el apoyo de alguna entidad, profesional u otra compañer@?
- ◆ Piensa ¿Cómo vas a evaluar si has conseguido tu objetivo?
- ◆ No te olvides de registrar los aprendizajes y las dificultades con las que te has encontrado, para poder tenerlos en cuenta en las siguientes intervenciones.
- ◆ Es posible realizar las intervenciones de manera individual, por parejas o en pequeños grupos.

Metodología: ¿Cómo preparo una intervención?

TIPOS DE INTERVENCIÓN

La educación para la salud a veces conlleva acciones de Promoción de Salud como por ejemplo la constitución de un grupo de apoyo o autoayuda, la creación de una comisión para hablar de un tema específico o de creciente necesidad con la administración pública, la realización de campañas o actividades informativas etc. En educación para la salud, los contenidos se centran en los comportamientos y estilos de vida de las personas y los factores relacionados con ellos. En la práctica, a la hora de plantear una intervención, se debe tener en cuenta la situación de salud preexistente y la existencia de comportamientos y estilos de vida beneficiosos o por el contrario perjudiciales en relación con la aceptación y manejo de una enfermedad, el tipo de alimentación, la práctica de ejercicio físico,

el control y gestión del estrés, la sexualidad, el abordaje de cambios y crisis vitales, la violencia, la existencia de alguna adicción, el consumo de drogas...

También se tiene en cuenta la promoción de comportamientos de autocuidados (*actividades conscientes realizadas para promover, proteger o mantener la salud*) frente a comportamientos auto lesivos; comportamientos de autonomía frente a comportamientos de dependencia; de participación frente a delegación, etc. Los comportamientos son fruto de la interacción entre las condiciones de vida, los modelos y valores socioculturales, el entorno próximo, la etapa vital y/o las características personales (Pérez et al., 2006). Las estrategias para intervenir en educación para la salud pueden ser múltiples y variadas de forma que se complementen o refuercen entre sí.

► Charla Informativa

Intervención en la que se ofrece información acerca de un tema en concreto (*en este caso un tema de salud con perspectiva de género*) a un grupo de personas que les interesa o necesitan más información y aprender sobre una cuestión determinada.

► Puntos de Información

Un espacio de información y orientación en materia de salud donde hay una persona con conocimientos sobre un tema específico. Se intenta acercar cierta información a un colectivo (*mujeres, jóvenes, etc.*) a fin de hacerla más cercana y accesible. Se puede ubicar dentro de una feria, seminario, etc.

► Taller

Similar a la charla, pero donde se incluyen dinámicas y ejercicios prácticos y motivadores para conseguir aprendizajes sobre un tema. Requiere planificación de la persona que lo desarrolla y una mayor participación del grupo de asistentes.

► Infografía

Representación visual de información y datos. Se pueden combinar imágenes, textos y gráficos. Es una herramienta efectiva para educar, informar y presentar datos e información para que se comprenda mejor.

► Creación de un Blog

Un blog es una página web o sitio web donde publicar contenidos sobre un tema. Crear un blog temático donde poder volcar opiniones, subir artículos ("post") relacionados con el tema que quieres tratar, invitar a amistades y conocidos/as y crear debate.

► Publicación en Redes Sociales

Publicación en Facebook, Tik Tok, Twitter y/o Instagram de infografías, noticias, opiniones, creación de debate, sobre algún tema de creciente interés sobre la salud como, por ejemplo, las diferencias en cuanto a los posibles síntomas de un infarto agudo de miocardio entre hombres y mujeres, o a enfermedades que solo se dan en mujeres como la endometriosis.

► **Artículo de opinión**

Redacción de un artículo de opinión sobre un tema de salud con perspectiva de género donde se pueden incluir experiencias personales y ese aprendizaje vital de cara a poder ayudar a otras personas en la misma situación o bien ofrecer una información más cercana y personalizada de un tema, problema de interés o cuestión.

► **Participación en programas de Radio/TV**

Si tienes la oportunidad de poder participar en alguna tertulia radiofónica o televisiva donde poder exponer, comentar o debatir los temas tratados en el Programa MIAS.

► **Creación de un Vídeo de Difusión**

Montaje/edición de un vídeo de difusión donde se expongan testimonios de personas sobre una experiencia u opinión en salud, se plantee algún debate sobre un tema de interés o actualidad, se pueda invitar a alguna persona experta en algún tema en concreto o simplemente se mande algún mensaje motivador e informativo de llamada a la movilización o concienciación.

ESCENARIOS DONDE PODER REALIZAR UNA INTERVENCIÓN

CENTROS DE EDUCACIÓN FORMAL

Colegios, Institutos, Universidades...

CENTROS RECREATIVOS

Centros Culturales, de Ocio y Tiempo Libre...

SERVICIOS MUNICIPALES (Ayuntamientos)

En distintas áreas como Mujer, Juventud, Área sociocultural...

ENTIDADES SOCIALES

Asociaciones, Fundaciones, en definitiva, Organizaciones
No Gubernamentales, Movimientos Sociales y/o vecinales...

MASS MEDIA/MEDIOS DE COMUNICACIÓN DE MASAS

- Redes Sociales   
- Blog/Vlog 
- Radio 
- Prensa 
- TV  ...



Decálogo de Buenas Prácticas

1. La intervención es un proceso de influencia en el que se pretende generar un cambio o al menos contribuir a él.
2. Debe promocionar, como tema estrella, la salud con perspectiva de género.
3. Está orientada al fortalecimiento personal y comunitario.
4. Se debe adecuar, en cuanto al lenguaje, las dinámicas, etc., al grupo de población con el que se va a tratar o al que va dirigida la acción (*edad, sexo, lugar de residencia, entorno...*).
5. Aprovechar el alcance que las nuevas herramientas de comunicación pueden ofrecer.
6. Es importante evaluar toda la actividad que se realice, para poder adaptarla y mejorarla de acuerdo a las necesidades que van surgiendo.
7. En el caso de recopilación, edición o grabación de imágenes, solicitar los permisos oportunos en relación a la ley de protección de datos de carácter personal y la cesión de derechos de imagen de las personas participantes.
8. Citar las referencias bibliográficas y las fuentes de donde se extraiga la información y contenidos a los que se hagan referencia en la intervención.
9. Respetar la diversidad y fomentar la igualdad de género. Utilizar un lenguaje inclusivo (*por ejemplo, no utilizar el masculino genérico*).
10. En los materiales deben aparecer los logotipos de FUNDADEPS y del Programa MIAS, así como de la entidad financiadora.

Modelo de Intervenciones

A continuación, se expone una selección de intervenciones y trabajos finales realizadas por participantes del Programa MIAS 2023 con el fin de que sirvan de modelo para futuras intervenciones de la Red MIAS.

TALLERES Y PUNTOS DE INFORMACIÓN

Ejemplo de Intervención

1

- **Programa:** “Estrategias positivas frente a las vulnerabilidades causadas por el VIH en personas que ejercen la prostitución”.
- **Autoras:** El Programa consta de distintas intervenciones que se detallan en esta Memoria Final y que hemos puesto en marcha las siguientes personas: D.^a Thannya Melissa Guido Quiro, D.^a Evelyn Vanessa Ospina Botero y D.^a Paloma Santiago García.
- **Fecha de la intervención:** La actividad dio comienzo el viernes 15 de noviembre de 2023 y, a día de hoy, continúa con su hacer. No obstante para la elaboración del presente documento hemos contabilizado los datos recogidos hasta el 15 de diciembre de 2023.
- **Lugar de celebración:** Las tres personas hemos desarrollado la intervención en “In Genero”, entidad para la cual trabajamos.

- **Población a quien va dirigida:** “Estrategias positivas frente a las vulnerabilidades causadas por el VIH en personas que ejercen la prostitución” constituye un programa de prevención primaria, secundaria y terciaria frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Está dirigido a personas mayores de 18 años hombres y mujeres cisgénero, no binarias y hombres y mujeres transexuales, que ejercen la prostitución en la Comunidad de Madrid, (a) seronegativas, (a) que presentan un diagnóstico de VIH, o (b) que han estado expuestas recientemente a una situación de alto riesgo de contagio de VIH y precisan urgentemente profilaxis post-exposición, o (c) que cuentan con una alta sospecha de presentar alguna VIH/ITS.

- **Duración:** El número de horas que nos ha llevado planificar, desarrollar y evaluar la intervención han sido de 450 horas.
- **Justificación:** La Asociación “In Género” se constituye en el año 2005 con el objetivo de (a) intervenir y defender los derechos humanos de las personas que ejercen la prostitución, así como

(b) detectar, denunciar y combatir la trata de personas con fines de explotación sexual.

Nuestro ámbito territorial de actuación abarca las siguientes Comunidades Autónomas: Andalucía, Castilla León, Castilla La Mancha, Extremadura y Madrid. Y nuestras actuaciones se centran en la intervención directa tanto desde nuestras sedes, como sobre el terreno para ello contamos con 7 Unidades Móviles. Además, disponemos de un teléfono de emergencias de Atención 24 horas.

En España existe una gran industria del sexo que incluye tanto la prostitución callejera, en bares, clubs, saunas, casas de masaje, pisos, hoteles, agencias de acompañamiento o anuncios. Numerosos estudios destacan la importancia de la prevención del VIH/SIDA y otras ITS en las personas que ejercen la prostitución por su situación de riesgo. Desde las intervenciones que realizamos en “In Género” detectamos que existe (a) una alta demanda de los clientes por mantener sexo no protegido, y (b) una gran dificultad de las personas que atendemos para acceder a los recursos sanitarios existentes, bien, por el aislamiento de los lugares en donde ejercen o por encontrarse en una situación administrativa irregular en España.

El no disponer de una atención y seguimiento médico supone un grave riesgo para su salud, lo que puede llegar a provocar detecciones tardías de VIH y otras ITS.

El diagnóstico tardío de VIH tiene serias consecuencias tanto en el desarrollo de la enfermedad como en la calidad de vida de las personas afectadas, la más importante es el incremento de la mortalidad, siendo hasta 24 veces superior, si se compara con aquellas personas que lo han recibido precozmente. El acceso temprano al Tratamiento Antirretroviral (TAR) está asociado con un mejor pronóstico y con tasas bajas de progresión de la enfermedad. La vinculación inmediata de las personas diagnosticadas con el sistema sanitario junto con el mantenimiento del TAR producen los máximos beneficios médicos contra el VIH, al tiempo que disminuyen la tasa de transmisión comunitaria del mismo.

En España la epidemia de infección por el VIH sigue sin estar controlada. Este hecho se refleja

en la elevada incidencia, tasa de infección oculta y proporción de diagnósticos tardíos. En este sentido y centrándonos en la Comunidad de Madrid, el último Informe Epidemiológico VIH/SIDA realizado en 2023 por la Red de Vigilancia Epidemiológica dependiente de la Consejería de Sanidad, constata que el número de personas con VIH, que no constan como fallecidas y que han sido atendidas en al menos una ocasión en un centro sanitario público o privado en los últimos 5 años es de 27.676. De ellos el 20% han desarrollado SIDA.

Reducir la incidencia en el diagnóstico tardío es uno de los objetivos técnicos y centrales del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El compromiso de España con ONUSIDA para alcanzar el objetivo 95-95-95¹ y garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud es firme. Además estas dos metas se encuentran recogidas dentro de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)² de la Agenda 2030, por lo tanto, implican uno de los retos clave en el abor-

1 Que el 95% de las personas con VIH estén diagnosticadas; que el 95% de ellas estén en tratamiento; y que el 95% de ellas cuente con carga viral indetectable, por tanto, intransmisible.

2 ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.

daje de esta enfermedad y sobre el que nosotros como entidad también queremos contribuir.

Además de querer contribuir a reducir la prevalencia del diagnóstico tardío del VIH, nuestra intervención también va encaminada a poner en marcha distintas estrategias de prevención primaria y secundaria para prevenir la aparición de nuevos casos de VIH/SIDA así como de otras ITS.

Las ITS son un importante problema de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y un tratamiento precoces. En los últimos años, en España, se está observando un aumento exponencial de los casos de infecciones causadas por *Chlamydia Trachomatis* y *Gonococo* así como un aumento de la incidencia de Sífilis y de Hepatitis C, sobre todo en hombres que tienen sexo con hombres. Por otra parte el Herpes Genital sigue siendo la segunda ITS más frecuente en el mundo, por detrás del condiloma acuminado, y la primera causa de úlcera genital en España en la población sexualmente activa.

La mejor manera de evitar la transmisión del VIH/ITS es a través de la prevención primaria. Las es-

trategias que han demostrado mayor eficacia incluyen la participación del colectivo diana en programas de promoción de la salud y la adopción de medidas de prevención de barrera, tal y como, el uso del preservativo y, en personas que refieren un uso no habitual del preservativo su combinación con la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) al VIH. La PrEP es una intervención biomédica para la prevención de la infección por VIH, que no de otras ITS. Está recomendada por la Organización Mundial de Salud (OMS) y autorizada, en 2016, por la Agencia Europea del Medicamento. Consiste en la toma de una dosis diaria de un fármaco antirretroviral. Siguiendo la pauta de adherencia previene, en un 90%, que una persona seronegativa se infecte por VIH, demostrando ser una medida de prevención segura, eficaz y costeefectiva.

En España, la PrEP fue incluida como prestación farmacéutica en la Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud el 30 de septiembre de 2019 y, se determinó que no todas las personas pueden acceder al Programa PrEP. En concreto para que una persona que ejerce la prostitución personas pueda ser subsidiarias de PrEP debe de cumplir con los criterios establecidos en el Do-

cumento de Consenso “Profilaxis Pre-exposición al VIH en España” y, posteriormente, ampliados con fecha 1 de diciembre de 2021, en la sesión 217 de 28 de octubre de 2021 de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (Ver Anexo 1).

La Profilaxis Post-Exposición (PEP) constituye la medida secundaria a aplicar para prevenir la infección por VIH cuando las medidas de prevención primaria han fallado y se produce una exposición no ocupacional³, esporádica y excepcional. Constituye una medida de emergencia altamente eficaz si se actúa dentro de las 72 horas de una posible exposición. Para acceder a este tipo de tratamiento la persona debe acudir al Servicio de Urgencias de un Hospital Público lo antes posible. La profilaxis consiste en la administración de un conjunto de fármacos que se deben tomar de forma continuada durante 28 días.

A partir de toda esta evidencia científica expuesta surge nuestro proyecto “Estrategias positivas frente a las vulnerabilidades causadas por el VIH

en personas que ejercen la prostitución”. Constituye un proyecto ambicioso e innovador que combina distintas estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria frente al VIH y otras ITS dirigidas a un colectivo altamente vulnerable como es el de las personas que ejercen la prostitución.

• Objetivos de la intervención

General

El objetivo general es prevenir y detectar precozmente el VIH y otras ITS en la población que ejerce la prostitución en la Comunidad de Madrid, así como, en lo casos que sea necesario, garantizar su acceso y continuidad en la atención desde los recursos sanitarios a fin de mejorar su calidad de vida.

Específicos

Para poder alcanzar este objetivo general, los objetivos específicos que nos planteamos han sido:

- Promover estrategias de sensibilización y prevención de conductas sexuales de riesgo

³ La exposición no ocupacional se define como aquella situación en que se produce un contacto con la sangre, fluidos seminales y/o otros líquidos biológicos contaminados por vía sexual o parenteral fuera del ámbito laboral.

en las personas que ejercen la prostitución e identificar a la población diana.

- Favorecer el acceso de las personas que ejercen prostitución y que o bien (a) precisan acceder a tratamiento TAR, o (b) han estado expuestas recientemente a una situación de alto riesgo de contagio de VIH y necesitan ser derivadas a los Servicios de Urgencias de los Hospitales Públicos para recibir tratamiento PEP, o (c) presentan una alta sospecha de padecer alguna ITS/VIH⁴ y precisan ser derivadas a los Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH e ITS (SPDP VIH/ITS)⁵ o a los Centros Sanitarios con Programa PrEP de la Comunidad de Madrid, en concreto al Hospital Universitario Infanta Leonor.
- Aumentar la adherencia al tratamiento PEP, PrEP o TAR de aquellas personas que acceden

a través de nuestra intervención a los recursos especializados.

- **Metodología utilizada:** Ningún método o enfoque de prevención puede poner fin a la epidemia de VIH y de otras ITS por sí solo, es por ello que nuestra intervención se basa en la utilización de distintas metodologías directas grupales e individuales que van desde la difusión de material preventivo hasta la gestión y el acompañamiento hospitalario de las personas afectadas a los tratamientos PrEP, PEP y TAR.

Para poder alcanzar nuestros objetivos establecemos el primer contacto con la población diana a través de la realización de distintas rutas. Para ello contamos con una Unidad Móvil que cubre 12 rutas previamente establecidas (*Anexo 2: Zonas de Intervención Unidad Móvil*) en las que, diariamente, hemos visitado los distintos contextos donde

4 Los criterios que nos guían para determinar la alta sospecha de padecer VIH/ ITS y acceder a los Centros Sanitarios con Programa PrEP serán los mismos que los establecidos en el Documento de Consenso “Profilaxis Pre-exposición al VIH en España”, y, posteriormente, ampliados con fecha 1 de diciembre de 2021, en la sesión 217 de 28 de octubre de 2021 de la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (Ver Anexo 1).

5 En nuestra intervención se derivarán a los Centros Municipales de Salud o al Centro de Diagnóstico Médico ubicado en la calle Montesa, 22.

se ejerce la prostitución en la Comunidad de Madrid (*calle, clubs y pisos*).

Específicamente y de cara a fin de conseguir nuestro primer objetivo específico durante las rutas hemos puesto en marcha los siguientes métodos directos:

1. Realización de un taller de Educación para la Salud. La temática sobre la que versó fue (a) VIH e ITS, (b) el uso correcto del preservativo tanto masculino como femenino, (c) el desarrollo de estrategias de negociación de prácticas de sexo más seguro (d) tratamiento PrEP y PEP y (e) consumo de sustancias y prácticas sexuales de riesgo. Para impartirlos contamos con el apoyo de una Tablet y en todos ellos incluimos dinámicas breves de roleplaying.
2. Informar sobre los servicios con los que cuenta nuestra asociación. Reparto de tarjetas de visita con nuestro teléfono de contacto y de urgencias.
3. Distribución de material preventivo (*Kits de preservativos masculinos y femeninos y lubricantes*).

4. Reparto de Guías y folletos informativos sobre Salud Sexual (*uso del preservativo, VIH y otras ITS, Servicios disponibles desde los Centros Municipales de Salud y Tratamiento PReP y PEP*).

Para el cumplimiento del segundo y tercer objetivo específico las intervenciones individuales aplicadas han seguido una metodología directa basada en técnicas expresivas de escucha activa, así como apoyo emocional y connotación positiva.

- Diseño de un protocolo de intervención de derivación y seguimiento de las usuarias a los recursos públicos sanitarios especializados (*Ver Anexo 3: Algoritmo de actuación Personas PEP; Anexo 4: Algoritmo actuación Personas VIH+; Anexo 5: Algoritmo de actuación Personas PrEP*).
- Informar y orientar, derivar e intermediar entre las personas que ejercen la prostitución con los recursos sanitarios y psicológicos existentes.
- Establecer acompañamiento presencial y seguimiento telefónico de las personas que acceden a tratamiento PEP, PrEP y TAR. Reu-

niones de coordinación con los Centros Municipales de Salud y El Hospital Infanta Leonor.

El programa se fundamenta en el enfoque basado en los derechos humanos y en la perspectiva de género (PG). El enfoque de derechos humanos orienta nuestro trabajo hacia la promoción y la protección de los derechos humanos, reconociendo a las personas como titulares de derechos y agentes de cambio. Y basándonos en la PG tomamos en consideración de forma sistemática las particularidades de la salud de las mujeres CIS, Trans, No binarias y los hombres CIS, adaptándolos a sus diferentes necesidades y circunstancias (p.e. uso del lenguaje en femenino, masculino o neutro).

- **Evaluación:** Durante el mes en el que hemos desarrollado nuestra intervención hemos atendido a un total de 257 personas, de las cuales 79 personas han acudido a nuestra sede y han sido derivados a tratamiento médico especializado (TAR, PEP o PrEP). El 94,4% son migrantes y viven en los lugares donde ejercen.

Todas las personas atendidas han participado en el Taller de Educación y la puntuación obtenida a partir del Cuestionario de satisfacción (Anexo 6) fue:

Tabla 1
Puntuación obtenida Taller Educación Para la Salud

Formación	
Conocimientos adquiridos	8
Medios pedagógicos (<i>ejercicios, casos prácticos</i>)	8,3
Materiales didácticos (<i>reparto de guías y folletos</i>)	8,7
Medios pedagógicos de apoyo (<i>tablet</i>)	7
Mediadora	
Conocimientos en la materia impartida	8,9
Claridad de sus respuestas	8,5
Dominio en los aspectos prácticos	9
Interés que despierta el taller	8,7
Fomento de la participación	8,3
Evaluación Global	9,1

Tabla 2
Número de beneficiarios acceden al tratamiento TAR, PrEP y PEP

	Mujer Trans	Hombre CIS	Mujer CIS	No binarios	TOTAL
TAR	17	5	1	1	23
PrEP	23	9	12	1	45
PEP	3	1	7	0	11

Por otra parte la valoración global recibida por las mediadoras de su atención y acompañamiento prestado a los beneficiarios que han accedido a TAR, PrEP y PEP ha sido de 8.7 sobre 10.

- **Conclusiones personales:** La realización de este programa me ha ayudado a profundizar más en mi conocimiento sobre VIH. En lo que respecta a la intervención directa con el colectivo de personas que ejercen la prostitución me ha resultado muy enriquecedora a nivel personal, el poder aprender de sus experiencias y descubrir cómo se fomentan los sentimientos de solidaridad y de ayuda mutua constituye para mí, un nuevo área a explorar fin de fomentar esas redes de apoyo en una "profesión" tan solitaria y hostil.

• Bibliografía

- Besa Castellà, M et cols. "Manejo en atención primaria de las infecciones de transmisión sexual (I). Epidemiología. Síndrome secretor". En Atención Primaria 55, 2023.
- Cardona G., Llibre JM, Andreu A. Profilaxis anti-retroviral Post-Exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). En Butlletí d'Informació Terapèutica del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Vol. 26, núm. 3, 2015.
- Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA) et cols. Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. 2015
- Guía de actuación para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (GESIDA), Ministerio de Sanidad y Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la SIDA de Catalunya (CEESCAT). 2023
- Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. "Manual de implementación de un Programa de Profilaxis Preexposición al VIH en España".

Ministerio de Sanidad. Actualización diciembre de 2021.

Informe Epidemiológico VIH Sida. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. 2023. Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Ministerio de Sanidad. 2023. "Darias asegura que España está alineada con los objetivos técnicos y aspiracionales de ONUSIDA para conseguir el objetivo 95-95-95 y la meta del 0% de discriminación". Nota de Prensa.

Disponible en:

<http://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6044>

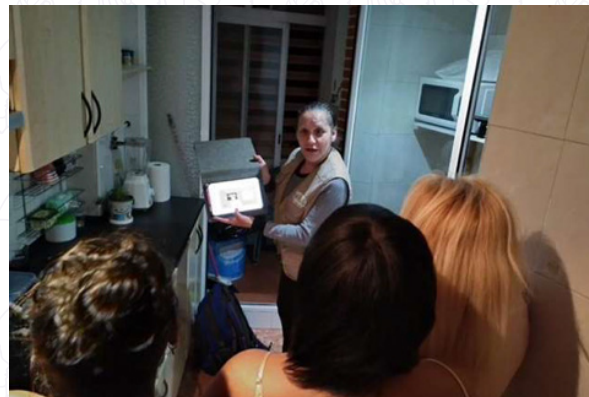
Plan Nacional Sobre el Sida-Grupo de Expertos PrEP. 2018. "Profilaxis Preexposición al VIH en España". Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad".

World Health Organization. WHO expands recommendation on oral preexposure prophylaxis of HIV infection (PrEP). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197906/1/WHO_HIV_2015.48_eng.p

- **ALGUNAS DE NUESTRAS FOTOS...**



Preparándonos para salir de ruta

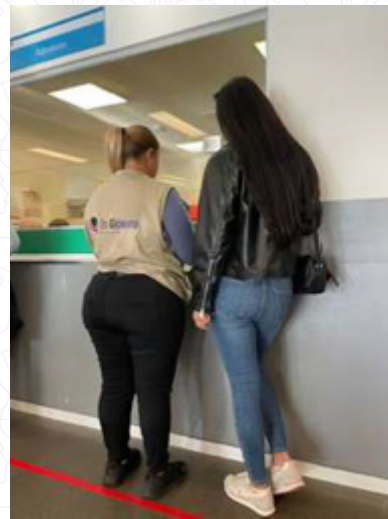


*Cuando se visita el lugar donde se ejerce, se busca el sitio más adecuado para impartir los talleres.
(Habitación del club, cocina, pasillos, etc.)*



Las personas más vulnerables tienen mayor dificultad a la hora de acceder a los recursos sanitarios.

Diariamente la Mediadora Sanitaria acompaña a personas a hospitales o centros de salud para asegurarse que estas personas tengan acceso a la sanidad.





Regresando ya a casa...





¿QUE ES PREP Y PEP?



PROFILAXIS DE PREPEXPOSICION (PrEP)

Es un medicamento para la prevención del VIH,
el virus que causa el SIDA



¡PREP!

Se toma diariamente en forma de pastilla al menos 7 días
antes de tener sexo vaginal o anal sin condón y durante
periodos de riesgo de contagio



EFFECTOS SECUNDARIOS

Suelen ser leves (dolor de cabeza, malestar gástrico) y desaparecerán tras unas semanas



¡Importante!

1. Solo te va prevenir de VIH no de una ITS
2. Hacer chequeos médicos cada tres meses
3. Tener un uso constante del preservativo para evitar riesgos



LA PROFILAXIS POSTEXPOSICION (PEP)

1. Es una pastilla que **previene** la infección por VIH
2. Solo se toma **si** hay una exposición de **contacto**
3. Se puede tomar **hasta 72 horas** después del contacto (el tratamiento es más efectivo en las primeras **6-8 horas** después del contacto)
4. Para que sea efectivo el **tratamiento** se debe tomar por **28 días**



¿Cuándo está indicada la pep?

Cuando hay una **ruptura del condón**, violencia sexual o sexo con consentimiento **sin condón**

En caso de necesitar PEP dirígete al **Hospital público de urgencia** más cercano (si no te atienden **llámanos al teléfono 24 HR 670962616**)

Ejemplo 1

2

- **Autora:** Ana Inmaculada Morillas Cobo.
- **Fecha de la intervención:** 24 de noviembre de 2023 (en horario de 18:00 h a 21:00 h).
- **Lugar de celebración:** Asociación Preamar de Mancha Real. CIF: G23451164. Se trata de una entidad dedicada a la prevención, rehabilitación y reducción de riesgos y daños de todo tipo de adicciones.
- **Población a quien va dirigida:** Usuarías, familiares de estas e integrantes de la Asociación Preamar de Mancha Real. Participaron 7 mujeres en edades comprendidas entre los 38 y los 64 años.
- **Duración:** 15 horas.
- **Tema sobre el que trata:** La temática del Cine Fórum realizado ha sido la violencia machista y su relación con el abuso de sustancias en mujeres, así como el abordaje de la violencia sexual y los distintos mitos patriarcales que sobrevuelan sobre esta problemática.

Al centrarme en intervenir con mujeres que pertenecen a la Asociación Preamar de Mancha Real, era de vital importancia visualizar y sensibilizar sobre la íntima relación que existe entre el abuso de sustancias en mujeres y el hecho de haber sufrido o sufrir violencia machista. Normalmente, desde las entidades dedicadas al abordaje de las adicciones —al menos, en Jaén— no se aplica la perspectiva de género: se sigue manteniendo una mirada androcéntrica, donde a las mujeres se las sigue metiendo en el bote de la otredad. Mucho menos se integra un abordaje de la violencia machista cuando se interviene con estas mujeres. Así, uno de mis objetivos a la hora de intervenir con ellas es tanto la aplicación de la perspectiva de género, como conjugar el abordaje de las adicciones con el abordaje de la violencia que sufrimos las mujeres por el hecho de serlo.

Además del doble estigma que sufren estas mujeres, por el hecho de ser consumidoras y por el hecho de ser mujeres¹ —lo que, desde el siste-

¹ Las mujeres consumidoras tienen unas “condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social”. FEDRA, 2018, p. 8. “En general, toda persona con un trastorno por consumo de sustancias es enjuiciada por la sociedad, pero cuando las que lo padecen son mujeres, el deterioro social que se les adjudica es mayor, tanto desde lo social como por parte de las personas que las tratan en institu-

ma patriarcal, se percibe como una doble trasgresión², por lo que recae sobre ellas una doble penalización moral y social³—, y de las barreras de acceso y permanencia en los recursos que padecen, relacionadas con la perspectiva androcéntrica de los mismos⁴, se añade que en la gran mayoría de los casos estas mujeres están sufriendo violencia machista de diversa índole (violencia

psicológica, física, sexual, económica, vicaria...), lo que provocan que abandonen los recursos mucho más que los hombres, y lo hacen sin haber recibido una atención específica que aborde toda su problemática⁵.

Porque una realidad velada es que es que existe un alto porcentaje de mujeres con consumos

ciones, organismos, dispositivos asistenciales, etc.". Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 34.

- 2 "El propio sistema sexo-género, que permite afirmar que las mujeres adictas son más penalizadas que los hombres ante el mismo comportamiento, por estar éste en la esfera de lo entendido como masculino, y así incurrir en una doble transgresión y estigma respecto de 'sus' mandatos de género: por su ruptura o el incumplimiento de los roles tradicionales de género que tienen asignados y por ser consumidoras de drogas, y en mayor medida si son sustancias ilegales". Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 34.
- 3 Burgos García, 2020, p. 6. "Cuando una mujer es la que trasgrede, tiene lugar un proceso de doble penalización moral y social. Los comportamientos trasgresores no son asumidos socialmente como 'normales' en una mujer y se da un mayor cuestionamiento, relacionado con la trasgresión de los roles esperados y las 'cualidades femeninas'". Martínez Redondo, 2009, p. 49.
- 4 Burgos García, 2020, p. 6.
- 5 "Es una realidad estadística que las mujeres no solicitan tratamiento y, si lo hacen, el número de abandonos es superior al de los hombres". Martínez Redondo, 2009, p. 44. "Las mujeres representan el 20% de las personas atendidas en los servicios asistenciales de la red UNAD". UNAD, 2021, p. 2. "Aquellas que inician tratamiento, lo abandonan por circunstancias relacionadas con su situación-relación de pareja y el maltrato recibido, sin haber recibido una atención específicamente dirigida hacia dicha situación". "Su problemática de malos tratos en el ámbito de la pareja, y otro tipo de violencias por razón de género, se queda sin trabajar y/o es un elemento que influye en el abandono del tratamiento, interacciona con el mantenimiento de la dependencia a la sustancia, etc.". Martínez Redondo, 2010, pp. 13 y 5. "El abuso físico y el abuso sexual sobre las mujeres se relaciona con niveles más altos de gravedad de la adicción y que, en cuanto a la progresión terapéutica, la mayor tasa de abandono en los recursos asistenciales lo protagonizan, en mayor medida, las mujeres víctimas de abuso sexual". Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 46.

consecuentes de las violencias machistas⁶. La doble penalización moral y social que recae sobre estas mujeres, a su vez, provoca que se legitime el ejercicio de la violencia sobre ellas, “por ser más ‘desviadas en formas socialmente inaceptables’”⁷. Así, es más que palpable que una característica común a las mujeres drogodependientes es la íntima relación que tiene el hecho de que consuman sustancias con el hecho de que sufran o hayan sufrido violencia machista: “La adicción femenina y la violencia de género son elementos asociados en ambos sentidos. Cada uno de ellos incide de forma recíproca en el otro: el consumo de sustancias aumenta el riesgo de experimentar violencia, de la misma manera que la violencia aumenta el riesgo de adicción como estrategia de afrontamiento de esas experiencias. Lo previsible

y comprensible es que la adicción y las violencias de género se retroalimenten fácilmente como dinámicas y sistemas de relaciones en la vida de las mujeres”⁸. En este sentido, se debe tener en cuenta que, en líneas generales, las mujeres drogodependientes no van a acudir a los servicios de la red de atención a la violencia de género, principalmente, para que no recaiga sobre ellas un nuevo estigma (“*ser mujer maltratada*”) y porque presentan una alta tolerancia a las situaciones de violencia⁹. Además, desde la red de drogodependencias, se cuenta con pocos recursos a la hora de intervenir esta realidad, por falta de formación de las personas profesionales o falta de recursos a los que derivar a estas mujeres —hay que tener en cuenta que en los centros de atención a la violencia de género no se permite la entrada a mu-

6 Burgos García, 2020, p. 6. También se relacionan los consumos con los malestares de género: se pueden vivir los consumos como una vía de escape ante la sobrecarga de tareas y carga mental que implica la doble jornada, “a los problemas o tensiones en el ejercicio de los distintos roles desempeñados, la falta de corresponsabilidad, situaciones estresantes”, etc. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2020, p. 8.

7 Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 34.

8 Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 37.

9 “Están inmersas en relaciones violentas y las han integrado en su cotidiano, es ‘lo normal’”. Martínez Redondo, 2010, p. 110.

jes consumidoras—¹⁰. De ahí la necesidad de la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de las drogodependencias, así como un abordaje integral y específico de la problemática que presentan las mujeres¹¹, incluyendo el abordaje de la violencia machista, que es la necesidad que justifica mi intervención.

Por otra parte, ante el riesgo evidente que corren estas mujeres de ser víctimas de violencia sexual¹² —“la violencia física y/o sexual son las que declaran ellas mismas experimentar con ma-

yor habitualidad”¹³—, me pareció muy oportuno incidir también sobre esta problemática, sobre todo para tumbar el mito que existe de la “buena” Vs la “mala” víctima, en función de si “se defendió” o no, de si “se negó lo suficientemente” —la conferencia elegida para proyectar en el Cine Fórum de Inés Hercovich arroja mucha luz al respecto¹⁴—. En palabras de Hercovich: “Luego la mujer devino ciudadana responsable con derechos y capacidades, entre ellos el desconsentir. Desde entonces el atentado sexual es problema

¹⁰ Martínez Redondo, 2010, pp. 111-112.

¹¹ “Es necesario: establecer la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, diseño, evaluación, etc., no como ‘tema’ o punto aparte de la intervención y proyectos; formar en materia de ‘Género’ a profesionales de la intervención y responsables del diseño de proyectos; identificar problemáticas específicas en drogodependencias desde perspectiva de género: en la intervención psicológica, social, familiar, en el acceso al mercado laboral, etc. Persiste una perspectiva androcéntrica en el análisis, diseño de protocolos, tratamientos e itinerarios”. Martínez Redondo, 2009, p. 62.

¹² “El propio contexto de la toxicomanía, que se caracteriza por ser un ambiente de violencia y morbilidad pone en situación de mayor riesgo a las mujeres. El equipo de investigación (...) encontró en esos espacios una importante representación de mujeres víctimas de violencia sexual ejercida por la pareja (...) así como las que perpetran personas con las que ellas tienen una escasa relación, frecuentemente otros drogodependientes, el ‘camello’, etc.”. Además, “todos los estudios realizados hasta el momento en España, Europa y Estados Unidos con muestras de mujeres drogodependientes confirman que éstas, comparadas con mujeres sin problemas de adicción, han estado expuestas con mayor frecuencia a violencia de tipo físico y sexual en etapas evolutivas infantiles y/o juveniles y por períodos prolongados”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, pp. 35 y 40.

¹³ Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 35.

¹⁴ Hercovich, 2015.

para ellas. Y es el único delito cuya prueba requiere, además de investigar los hechos, husmear en la historia íntima, pasada y presente, de quien sufrió el daño. Inquirir en la vida de una mujer, desnudar las intenciones más recónditas de quien nació 'sabiendo engañar' o 'para ser engañada', exige perspicacia y precisión. El resultado del empeño es que, sea para culparla o defenderla, las imaginaciones tejidas alrededor de la violencia sexual tienen al 'eterno femenino' como motivo de sus enunciados. Los perpetradores, en tanto, se mantienen como sujetos tácitos"¹⁵. Por otro lado, si la violencia sexual ha sido perpetrada con uso de drogas, también se juzga a la víctima en función de si fue intoxicada en contra de su voluntad o si había consumido voluntariamente, cuando la realidad es que muchas de las agredidas no responden al modelo de "buena mujer": en la mayoría de las agresiones sexuales con presencia de drogas, las agredidas han consumido volunta-

riamente¹⁶. Pero no debemos olvidar, como nos recuerdan desde el Observatorio Noctámbul@s, que "usen drogas (o *vistan de una determinada manera, o transiten ciertos espacios, etc.*) no las hace menos víctimas ni en ningún caso culpables de las violencias que reciben"¹⁷.

Ante esta violencia simbólica, social e institucional que sigue recayendo sobre las víctimas de violencia sexual, considero que es urgente intervenir al respecto, para tumbar los relatos tradicionales y patriarcales y ofrecerles a las participantes otra visión, feminista y realista, de lo que es la violencia sexual. Vuelvo a rescatar la voz de Hercovich: "aprendan a desconfiar de las viejas versiones que las hacen 'víctimas' o 'culpables' y que además les reclaman que se arrepientan, excusen, avergüencen, pidan perdón. Aprendan las mujeres ultrajadas a escuchar 'su propia otra historia' de modo de acabar con la tiranía del estigma que las hace perderse a sí mismas entre la impotencia y la culpa"¹⁸.

¹⁵ Hercovich, 1997, p. 57.

¹⁶ Burgos García, 2018, p. 17.

¹⁷ Burgos García, 2023, p. 6.

¹⁸ Hercovich, 1997, p. 176.

- **Objetivo general:** El objetivo de la intervención es sensibilizar sobre la violencia machista, aportar a las participantes herramientas para poder detectarla en sus más diversas formas, informarlas sobre la estrecha relación que guarda el hecho de ser víctima de violencia machista con el hecho de abusar de sustancias psicoactivas, deconstruir falsos mitos sobre la violencia sexual y ofrecerles un espacio seguro al que pueden recurrir si necesitan apoyo y ayuda.
- **Metodología utilizada:** La intervención se ha realizado a través de un Cine Fórum, en la sede de la Asociación Preamar. Se ha proyectado y analizado en profundidad el corto El Orden de las Cosas¹⁹, ya que me parece una obra maestra a la hora de representar qué es la violencia machista y cómo afecta a las víctimas, después se ha proyectado y debatido también sobre la Conferencia de Inés Hercovich Negociar Sexo por Vida²⁰, pues me parece muy ilustradora para comprender qué es la

violencia sexual y en qué posición se sitúa a las víctimas socialmente, y, por último, debatimos sobre la estrecha relación que existe entre sufrir violencia machista y el abuso de sustancias en mujeres, analizando los datos extraídos del estudio de Patricia Martínez y Elisabete Arostegui Situación en España de la Violencia de Género y el Abuso de Sustancias²¹.

Terminamos la sesión gritando bien alto que este es un espacio seguro y que aquí sí las creemos, mientras escuchamos La Puerta Violeta, de Rozalén, para que las participantes se fuesen con un buen sabor de boca y, sobre todo, para transmitirles de manera contundente que no están solas, que ellas también tienen a su manada.

Adjunto el link a la presentación de la actividad *(es preferible que la visualicéis con sonido, no solo para poder disfrutar de las dos proyecciones, sino para poder disfrutar también la canción final)*.

¹⁹ AlendaBros, 2013.

²⁰ Hercovich, 2015.

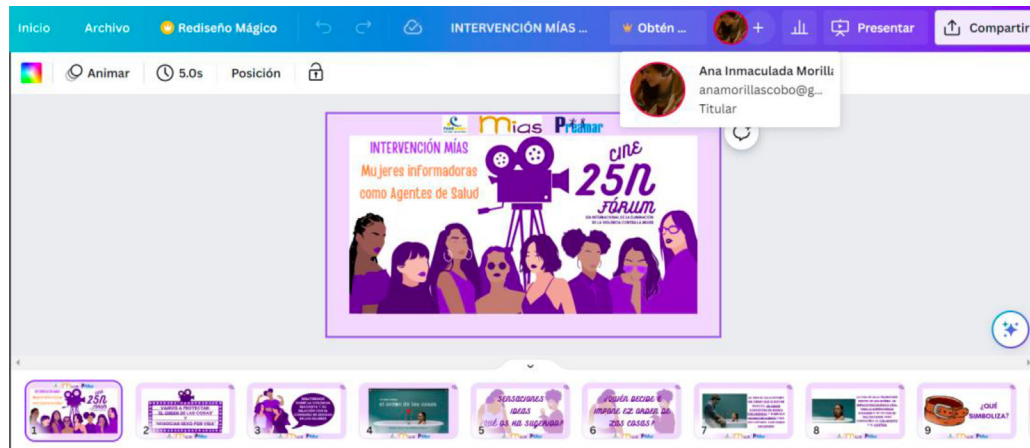
²¹ Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021.

- **Presentación empleada en la actividad:**
 ▶ <https://www.canva.com/design/DAF3bIAFfjc/Yz0MIVjZ6YTkIjNUL2dA/edit>

Adjunto también pantallazo (no os la he pasado en pdf porque al contener muchos elementos interactivos pierde calidad; es preferible que la visualicéis desde el enlace; no olvidéis pulsar en "Presentar", arriba, a la derecha).

- **Evaluación:** La evaluación es muy positiva: a las participantes les encantó tanto el formato como

el contenido, estuvieron muy participativas y manifestaron haber aprendido mucho y haber ganado una visión completamente distinta de la que ellas tenían. Además, se sintieron muy identificadas en diferentes momentos de la sesión, compartieron vivencias personales, se mostraron muy empáticas las unas con las otras y tampoco faltó el abrazo final, con lagrimilla incluida, al ritmo que tocaba Rozalén. Así, con la intervención se ha conseguido sensibilizarlas sobre la violencia machista, se las ha dotado de herramientas



para poder detectarla (*la indefensión aprendida, por ejemplo, característica de las víctimas, dio para un largo debate y todas manifestaron haber aprendido mucho, "se nos han abierto los ojos"*), todas reconocieron (y se identificaron) la íntima relación existente entre ser víctima de violencia machista y abusar de sustancias, también se consiguió que reflexionasen en profundidad sobre la "buena" Vs la "mala" víctima en referencia a las violencias sexuales, se consiguió que pusiesen en tela de juicio muchos prejuicios machistas que tenían interiorizados, y percibieron el espacio que se había creado como seguro, lo sintieron como suyo propio: un espacio al que siempre pueden recurrir. (*He de aclarar que mi contacto con la Asociación Preamar no es puntual, es decir, es una realidad que pueden seguir recurriendo a ese espacio creado por y para ellas*).

- **Conclusiones personales:** La experiencia fue maravillosa. Llevaba mucho tiempo deseando llevar a cabo una iniciativa de estas características en Preamar, donde pudiese integrar a usuarias y a familiares y donde las protagonistas fuesen exclusivamente ellas. Ha gustado, se me ha dado pie para seguir trabajando en esta dirección, y eso me hace muy muy feliz. Me fui muy satisfecha, con

una sensación muy positiva de haber enriquecido la vida de esas mujeres y haber conseguido ganarme su confianza, y con muchísimas ganas de seguir trabajando con y para ellas.

Cierto es que me hubiese encantado que el número de participantes fuese superior, pero me ha servido como indicador para saber que se debe trabajar más en aras de dar visibilidad a la entidad en cuanto a recurso que incorpora la perspectiva de género y que cuenta con espacios propios y específicos para las mujeres.

• Bibliografía

- AlendaBros (2013) "El Orden de las Cosas" (Cortometraje) en AlendaBros (Canal de Youtube), 13 de febrero de 2013. [En línea] Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=hfGsrMBsX1Q> (Recuperado el 27 de noviembre de 2023)
- Burgos García, A. (sup.) (2023) *Miniguía para informar sobre violencias sexuales con presencia de drogas*. Observatorio Noctámbul@s – Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.
- Burgos García, A. (2020) *Miradas feministas al abordaje de drogas. Guía breve para incorpo-*

- rar la perspectiva de género en el ámbito de drogas.* Proyecto Malva – Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.
- Burgos García, A. (coord.). (2018) *5º Informe Anual 2017-2018.* Observatorio Noctámbul@s – Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.
- FEDRA (2018) *Guía breve para la detección e intervención con mujeres en situación de drogodependencias.* FUNDADEPS – Delegación del Gobierno de España del Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Hercovich, I. (2015) “Negociar Sexo por Vida” (Conferencia) en *TEDx Talks* (Canal de Youtube), 9 de octubre de 2015. [En línea] Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=iPk9VTATmGM> (Recuperado el 27 de noviembre de 2023)
- Hercovich, I. (1997) *El Enigma Sexual de la Violación.* Editorial Biblos – Biblioteca de las Mujeres. Buenos Aires.
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2020) *Mujeres y Adicciones. Salud XIII.* Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado – Gobierno de España. Madrid.
- Martínez Redondo, P. (2010) *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención.* UNAD – Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Martínez Redondo, P. (2009) *Extrañándonos de lo ‘normal’. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes.* Horas y horas la editorial. Madrid.
- Martínez Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2021) *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso desustancias en los servicios de atención.* Ministerio de Sanidad – Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- UNAD (2021) “Mujeres, usos de drogas y adicciones” en PNSD. [En línea] Disponible en https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2021_Actualidadnoticias/pdf/20210308_UNAD_Mujeres,_usos_de_drogas_y_adicciones.pdf (Recuperado el 27 de noviembre de 2023)

- FOTOGRAFÍA TOMADA EN LA INTERVENCIÓN



- **Autora:** Ana Inmaculada Morillas Cobo.
- **Fecha de la intervención:** Se ha llevado a cabo un taller compuesto de 8 sesiones realizadas desde el 15 de noviembre hasta el 13 de diciembre de 2023 (en la metodología se especifica la fecha de cada sesión).
- **Lugar de celebración:** Asociación Preamar de Mancha Real. CIF: G23451164. Se trata de una entidad dedicada a la prevención, rehabilitación y reducción de riesgos y daños de todo tipo de adicciones.
- **Población a quien va dirigida:** Usuaris de la Asociación Preamar de Mancha Real. Participaron 3 mujeres en edades comprendidas entre los 38 y los 40 años.
- **Duración:** 80 horas.
- **Tema sobre el que trata:** La temática del taller ha sido la prevención de recaídas desde la perspectiva de género. Es de absoluta necesidad intervenir desde la perspectiva de género en el ámbito de las drogodependencias y crear espacios específicos para las mujeres, donde se aborden de manera integral las problemáticas que les afectan, partiendo de la base de que ellas sufren un doble estigma: por el hecho de ser mujeres y por el hecho de ser consumidoras; por lo tanto, están expuestas a una mayor exclusión social¹. Socialmente, se les penaliza más que a los hombres porque, desde el sistema sexo-género, el consumo de sustancias se entiende como un comportamiento masculino y, por lo tanto, las mujeres, desde el punto de vista patriarcal, cometen una doble transgresión²: reciben una fuerte penalización por consumidoras y por alejarse de lo que se espera

1 Las mujeres consumidoras tienen unas “condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo de exclusión social”. FEDRA, 2018, p. 8. “En general, toda persona con un trastorno por consumo de sustancias es enjuiciada por la sociedad, pero cuando las que lo padecen son mujeres, el deterioro social que se les adjudica es mayor, tanto desde lo social como por parte de las personas que las tratan en instituciones, organismos, dispositivos asistenciales, etc.”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 34.

2 “El propio sistema sexo-género, que permite afirmar que las mujeres adictas son más penalizadas que los hombres ante el mismo comportamiento, por estar éste en la esfera de lo entendido como masculino, y así incurrir en una doble transgresión y estigma respecto de ‘sus’ mandatos de género: por su ruptura o el incumplimiento de los roles tradicionales de género que tienen asignados y por ser

de ellas (de las expectativas de la feminidad). De esta manera, recae sobre ellas una doble penalización moral y social³, que provoca consecuencias muy graves:

- Invisibilización de los consumos de las mujeres (*tanto del tipo de consumo —mayor consumo de hipnosedantes con y sin receta y de otras drogas legales—, como del modo en que consumen —mayores consumos en soledad—*)⁴.
- Mayor rechazo y abandono: suelen llegar solas a los recursos⁵, porque la doble pena-

lización social y moral que reciben las mujeres con problemas de adicción repercute en “una falta de apoyo del entorno social inmediato (*familia incluida*), a la par que provoca que oculten su consumo y por tanto tarden más tiempo en pedir ayuda/hacerlo público. Estos dos factores dificultan que puedan acceder en igualdad de condiciones a servicios y/o tratamientos relacionados con las adicciones”⁶.

- Así, otra consecuencia son las barreras de acceso y permanencia en los recursos, relacionadas con la perspectiva androcéntrica de los

consumidoras de drogas, y en mayor medida si son sustancias ilegales”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 34.

3 Burgos García, 2020, p. 6. “Cuando una mujer es la que trasgrede, tiene lugar un proceso de doble penalización moral y social. Los comportamientos trasgresores no son asumidos socialmente como ‘normales’ en una mujer y se da un mayor cuestionamiento, relacionado con la trasgresión de los roles esperados y las ‘cualidades femeninas’”. Martínez Redondo, 2009, p. 49.

4 Burgos García, 2020, p. 6. Martínez Redondo, 2009, p. 62. “La drogodependencia femenina permanece invisibilizada bajo la pauta cultural y estadística que es la drogodependencia masculina como fenómeno social”. FEDRA, 2018, p. 9. “En los hipnosedantes es donde se registra una mayor prevalencia en el consumo entre las mujeres”. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2020, p. 4.

5 Burgos García, 2020, p. 6. “Los equipos profesionales detectan que las mujeres llegan a los tratamientos recibiendo mucho menos apoyo por parte de sus familiares, especialmente de sus parejas heterosexuales (...). Es mucho más habitual que acudan solas, o si acaso con otras mujeres (hermanas, madres, hijas, amigas), por ello, es importante generar dinámicas con perspectiva de género a la hora de trabajar con estos perfiles, de modo que se favorezca un modelo de autocuidado entre las mujeres”. UNAD, 2021, p. 3.

6 UNAD, 2021, p. 3.

misimos⁷. Esa doble penalización sumada a la perspectiva androcéntrica hegemónica en los recursos y servicios relacionados con las adicciones provocan que el acceso de las mujeres a estos sea muy inferior al de los hombres⁸, pues se encuentran con una gran obstaculización; además, dicho acceso se produce más tarde —sobre todo, si son madres, por miedo a perder la custodia de sus hijas/os—, por

lo que las mujeres llegan a los recursos con mayor nivel de deterioro que los hombres y en una etapa muy avanzada de la adicción⁹. A estas circunstancias, como ya comenté en la anterior intervención, se añade que en la gran mayoría de los casos estas mujeres están sufriendo violencia machista de diversa índole (*violencia psicológica, física, sexual, económica, vicaria,...*), lo que provoca que abandonen

7 Burgos García, 2020, p. 6.

8 “Es menos probable que las mujeres drogodependientes entren en los recursos asistenciales en comparación con los hombres”. FEDRA, 2018, p. 9. “Las mujeres con adicciones ya sean con o sin sustancia, sufren una doble penalización social y moral (se las juzga por ser mujeres consumidoras o con problemas de adicción) que dificultan su acceso a los tratamientos”. UNAD, 2021, p. 2. “Podemos señalar como principal dificultad de acceso al tratamiento que, igual que el discurso social sobre las drogas, el diseño de tratamientos y programas de atención a la drogodependencia parte de una perspectiva androcéntrica”. “En todo el itinerario de atención y recursos destinado a ello, prima la visión androcéntrica de la problemática y su tratamiento, por lo que se hace difícil tanto su entrada como su permanencia”. Martínez Redondo, 2009, pp. 43 y 45.

9 “El estigma que enfrentan las mujeres usuarias de drogas con hijas/os suele provocar el retraso en el acceso al tratamiento y de ahí una mayor gravedad y deterioro al momento del ingreso. La adicción, por el salto de rol que ya se ha mencionado, genera actitudes más negativas frente a las mujeres que frente a los hombres, máxime si éstas son madres. El miedo al sojuzgamiento por parte de profesionales y recursos retrasa la toma de decisiones en torno a la demanda de tratamiento debido a la presión y a la preocupación adicional de perder la custodia de los niños. Ese miedo a perder la custodia de las/os hijas/os que se ha comentado ha provocado, como recogen diversos textos, que las mujeres hayan demorado su acceso al tratamiento, y que llegaran, por eso, en peores condiciones sociales y sanitarias a los recursos. (...) ese retraso en el acceso al tratamiento no sólo afecta a la situación en la que llegan las mujeres, sino también a la gravedad y severidad de la propia adicción, que a esas alturas puede estar ya en una etapa muy avanzada”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 55. “En muchas ocasiones, tardan más de 10 años en hacerlo y cuando se deciden, lo hacen física y psicológicamente en condiciones muy deterioradas ante esa mayor ocultación y falta de apoyo”. UNAD, 2021, p. 3.

los recursos mucho más que los hombres, y lo hacen sin haber recibido una atención específica que aborde toda su problemática¹⁰. Por ello, es necesario que desde los recursos se deba luchar por reducir y eliminar las barreras de acceso de las mujeres¹¹.

- Porque otra consecuencia —y realidad velada, como ya mostré en la anterior interven-

ción— es que existe un alto porcentaje de mujeres con consumos consecuentes de las violencias machistas¹². Porque una característica común a las mujeres drogodependientes es la íntima relación que tiene el hecho de que consuman sustancias con el hecho de que sufran o hayan sufrido violencia machista¹³. También se relacionan los consumos de

10 “Es una realidad estadística que las mujeres no solicitan tratamiento y, si lo hacen, el número de abandonos es superior al de los hombres”. Martínez Redondo, 2009, p. 44. “Las mujeres representan el 20% de las personas atendidas en los servicios asistenciales de la red UNAD”. UNAD, 2021, p. 2. “Aquellas que inician tratamiento, lo abandonan por circunstancias relacionadas con su situación-relación de pareja y el maltrato recibido, sin haber recibido una atención específicamente dirigida hacia dicha situación”. “Su problemática de malos tratos en el ámbito de la pareja, y otro tipo de violencias por razón de género, se queda sin trabajar y/o es un elemento que influye en el abandono del tratamiento, interacciona con el mantenimiento de la dependencia a la sustancia, etc.”. Martínez Redondo, 2010, pp. 13 y 5. “El abuso físico y el abuso sexual sobre las mujeres se relaciona con niveles más altos de gravedad de la adicción y que, en cuanto a la progresión terapéutica, la mayor tasa de abandono en los recursos asistenciales lo protagonizan, en mayor medida, las mujeres víctimas de abuso sexual”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 46.

11 “‘Salir de la zona de confort’ implica ponerse como objetivo la reducción de la brecha de acceso al tratamiento por razón de género, actuando sobre elementos estructurales y de organización de itinerarios, formas de acceso, problemáticas de atención, equipos, etc. No actuar sobre las barreras de acceso al tratamiento para mujeres incurre en una violencia institucional más”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 119.

12 Burgos García, 2020, p. 6.

13 “La adicción femenina y la violencia de género son elementos asociados en ambos sentidos. Cada uno de ellos incide de forma recíproca en el otro: el consumo de sustancias aumenta el riesgo de experimentar violencia, de la misma manera que la violencia aumenta el riesgo de adicción como estrategia de afrontamiento de esas experiencias. Lo previsible y comprensible es que la adicción y las violencias de género se retroalimenten fácilmente como dinámicas y sistemas de relaciones en la vida de las mujeres”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021, p. 37. “Las mujeres de esta población se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad social que facilita, en-

las mujeres con los malestares de género: se pueden vivir los consumos como una vía de escape ante la sobrecarga de tareas y carga mental que implica la doble jornada, *“a los problemas o tensiones en el ejercicio de los distintos roles desempeñados, la falta de corresponsabilidad, situaciones estresantes”*¹⁴, etc. Así, la necesidad de realizar intervencio-

nes con ellas, que incorporen la perspectiva de género y que aborde de manera integral y específica la problemática que presentan estas mujeres y la totalidad de sus circunstancias¹⁵, es más que urgente; necesidad que justifica mi intervención.

- Por último, esa doble penalización provoca estigmas hacia ellas (*“viciosa”, “puta”, “fracasa-*

tre otras cosas, que sean víctimas de malos tratos con mayor frecuencia que las mujeres cuya trayectoria vital está lejana a estas circunstancias”. Fundación Atenea, 2015, p. 23. “Desde los noventa, ya se percibía que el abordaje del binomio drogas-violencia debía ampliarse necesariamente y contemplar el impacto de esa diada sobre la salud (entendida de forma holística, integrando la salud mental, física, emocional, sexual y reproductiva, etc.) 1 de las afectadas, así como el de otras problemáticas derivadas de esa interacción”. “Las últimas y más recientes perspectivas en el análisis de la relación entre el abuso de drogas y las violencias de género que experimentan las mujeres interpretan que ambas problemáticas tienen un efecto recíproco, de tal manera que la experimentación de violencias presentes o pasadas, que entre las mujeres consumidoras presentan una enorme incidencia, aumenta el riesgo de desarrollar un comportamiento adictivo, mientras que éste intensifica la probabilidad de ser revictimizadas, con la más que probable consecuencia de que las mujeres aumenten su consumo y así sucesivamente”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2023, pp. 98 y 99.

14 Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2020, p. 8.

15 “Es necesario: establecer la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, diseño, evaluación, etc., no como ‘tema’ o punto aparte de la intervención y proyectos; formar en materia de ‘Género’ a profesionales de la intervención y responsables del diseño de proyectos; identificar problemáticas específicas en drogodependencias desde perspectiva de género: en la intervención psicológica, social, familiar, en el acceso al mercado laboral, etc. Persiste una perspectiva androcéntrica en el análisis, diseño de protocolos, tratamientos e itinerarios”. Martínez Redondo, 2009, p. 62. “Las intervenciones integradoras más actuales, igualmente, no sólo están atendiendo a la interacción entre el abuso de drogas y la violencia, sino que también incluyen el trabajo sobre otro aspecto que está adquiriendo un reconocimiento creciente: el impacto de ese binomio sobre la salud mental de las mujeres”. Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2023, p. 99.

da", "mala madre"...)¹⁶, por no cumplir con el "modelo ideal de mujer", lo que hace que en ellas se intensifiquen los sentimientos de culpa y de vergüenza, hecho que también explica que suelen consumir en solitario y que no pidan ayuda, invisibilizándose el problema¹⁷, además de repercutir negativamente en su autoesti-

ma¹⁸. El hecho de ser drogodependientes ya provoca que recaigan sobre ellas estereotipos y prejuicios¹⁹, pero, además, como ya se ha venido explicando, por el hecho de ser mujeres el estigma que recae sobre ellas es mayor, pues se enfrentan también a los estereotipos de género²⁰ y a los prejuicios sexistas²¹. Estos

16 Burgos García, 2020, p. 6. El estigma "puede desacreditar socialmente a una persona hasta el punto de hacerla despreciable, para posteriormente aislarla de la sociedad". Martínez Redondo, y Arostegui Santamaría, 2018, p. 85.

17 Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2020, pp. 2 y 44-45.

18 También "en una mayor probabilidad de depresión y en un mayor aislamiento social". Martínez Redondo, y Arostegui Santamaría, 2018, p. 85.

19 "La situación de exclusión y vulnerabilidad social de las personas drogodependientes cronificadas es extrema y la existencia de prejuicios y estereotipos sobre ellos/as, sus características personales, sus estilos de vida o sus capacidades, no hacen sino complicar y dificultar aún más la situación. Cada uno de los estereotipos y prejuicios que se van sumando a la lista, supone una nueva barrera para el acceso a recursos, derechos y obligaciones". Fundación Atenea, 2015, p. 77.

20 "La mujer con consumo abusivo o dependencia a sustancias psicoactivas, además de la pérdida de recursos personales, familiares y sociales común a todos los consumidores, soporta un diferente juicio social por la asignación del rol de género". Fundación Atenea, 2015, p. 80. "Las representaciones sociales varían en función de si la persona adicta es un hombre o una mujer y afecta de manera diferencial a unas y otros, siendo la imagen de ellas la más denostada socialmente, la que provoca mayor grado de estigmatización y, por tanto, mayores situaciones de exclusión y menores posibilidades de ejercer los derechos y obligaciones que la sociedad ofrece". Fundación Atenea, 2017, p. 7.

21 "Conceptualmente cualquier tipo de actitud (positiva o negativa) hacia las mujeres atendiendo a su categoría sexual, pueda etiquetarse como 'sexista' (...) El viejo sexismo (...) tradicional consiste 'en una actitud prejuiciosa o conducta discriminatoria basada en la supuesta inferioridad de las mujeres como grupo'. (...) El sexismo moderno (...) en una forma encubierta de discriminación hacia las mujeres, dirigida en virtud de su pertenencia a su grupo. (...) El sexismo ambivalente (...) está compuesto por (...) El sexismo hostil coincide básicamente

estereotipos y prejuicios se traducen en discriminación²². Las mujeres drogodependientes sufren discriminación sexual, ya que desde los propios recursos sigue persistiendo una visión androcéntrica de manera hegemónica y, moral y socialmente, a ellas se las penaliza el doble que a los hombres²³.

En cuanto a otras características generales que presentan estas mujeres, suelen tener un nivel de estudios más alto que el de los hombres, pero suelen encontrarse en situación de desempleo²⁴ y destacan por un consumo más tardío, siendo en su mayoría policonsumidoras²⁵. Presentan una autoestima muy dañada²⁶, les cuesta mucho más que a los hombres centrarse en ellas mismas, así

con el viejo sexismo. El sexismo benévolo (...) se caracteriza por poseer un tono afectivo positivo para el perceptor". Montes Berge, 2010, pp. 11-16.

- 22 Para evitar este tipo de prejuicios es necesario "atender a las consecuencias del sistema sexo-género en los imaginarios sociales en torno al consumo, también en las percepciones de las y los profesionales que trabajan en drogas, así como en las lógicas de los recursos de prevención, atención y tratamiento o reducción de daños" ya que este tipo de prejuicios perpetúa "la asociación patriarcal de las mujeres al cuidado de otras personas, al 'ser para otros', y, (...) [se deriva] de ello, una intervención destinada a restaurar los roles tradicionales de género". Burgos García, 2020, p. 5.
- 23 "Las mujeres que consumimos alcohol u otro tipo de drogas somos percibidas, (...) como personas que nos salimos de nuestro rol esperado como mujer y, por ello, estamos más estigmatizadas. Se nos percibe más fácilmente como personas promiscuas, por lo que podemos ser más vulnerables a ser víctimas de abusos sexuales o maltrato. Se nos puede llegar a responsabilizar del abuso que hayamos sufrido, pudiéndose entender, por tanto, que el abuso es la consecuencia de una actitud de riesgo que nosotras mismas hemos provocado. Esta es una manera de desresponsabilizar a los hombres ante lo ocurrido, ya que encuentran una justificación, o al menos un atenuante, a la hora de que sus abusos sean valorados como tales". Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, 2020, pp. 16-17.
- 24 "La mayoría de ellas cuentan con estudios primarios finalizados, aunque presentan mayores tasas que los hombres en niveles educativos superiores como son bachillerato, formación profesional o estudios universitarios. En lo que respecta a su situación ocupacional, la mayoría se encuentra en desempleo". UNAD, 2021, p. 2.
- 25 "Destacan por un consumo más tardío, donde casi el 40% lleva más de 10 años consumiendo, siendo en su mayoría policonsumidoras. Principalmente de cocaína y alcohol, aunque también destacan los ansiolíticos/ somníferos, con o sin prescripción médica". UNAD, 2021, p. 2.
- 26 "Un eje principal para todas las problemáticas (...) está en la minusvaloración intrínseca del género femenino, que también encuentro en las mujeres drogodependientes". Martínez Redondo, 2009, p. 81.

como proporcionarse los cuidados e intervenciones que necesitan —cuando lo hacen, incluso les puede generar sentimientos de culpa—²⁷ y, en definitiva, *“no son conscientes de la influencia que tienen sobre ellas los mandatos de género ni de los roles con los que socialmente se les exige cumplir, por lo que no identifican las discriminaciones a las que se ven sometidas por el hecho de ser mujeres, y tienen mayores dificultades para pedir y recibir ayuda, viéndose abocadas a ocultar sus consumos”*²⁸.

Al analizar todos estos datos y focalizar mi intervención en las mujeres que pertenecen a la

Asociación Preamar de Mancha Real, era de vital importancia diseñar un taller de prevención de recaídas desde la perspectiva de género, con enfoque feminista, sobre todo teniendo en cuenta que desde los recursos que abordan la problemática de las adicciones no se suele incorporar dicha perspectiva —desde luego, en Jaén no se hace—, sino que se sigue manteniendo una mirada androcéntrica, donde a las mujeres se las sigue metiendo en el bote de la otredad, como ya comenté en la memoria de la intervención anterior: desde los recursos no se abordan las necesidades ni especificidades de las mujeres²⁹ y su represen-

27 UNAD, 2021, p. 3. “Uno de los mandatos de género hacia las mujeres es el de cuidar de las personas que les rodean, atendiendo sus necesidades por encima, incluso, de las propias”. Fundación Atenea, 2016, p. 17.

28 UNAD, 2021, p. 3.

29 “Dentro de las barreras relacionadas con el modelo y procesos de intervención, encontramos que la falta de enfoque de género en la planificación y diseño de los recursos provoca que las necesidades y especificidades de las mujeres no se tengan en cuenta y, por tanto, que falten referentes y procedimientos de intervención más adaptados a las mismas”. Fundación Atenea, 2016, p. 120. Incorporar la perspectiva de género implica: considerar sistemáticamente las diferentes condiciones y necesidades de mujeres y hombres, reconocer relaciones de poder, privilegios, discriminaciones y violencias asociadas e identificar sus causas, cuestionar la naturalización del sistema sexo-género así como problematizar los mandatos, estereotipos y asignación de roles, visibilizar a las mujeres y sus experiencias, diseñar acciones orientadas a la transformación social en clave feminista, prestando atención a no reproducir o perpetuar estereotipos y opresiones, implementar acciones específicas orientadas a la equidad de género (para incidir en aspectos concretos) y, a su vez, fomentar la transversalidad (incorporando la perspectiva en todas las esferas, ámbitos y niveles de intervención) y fomentar análisis e intervenciones desde la mirada interseccional: que tengan en cuenta el cruce del sistema sexo-género con otros ejes de opresión – privilegio (basados

tación en estos es muy escasa o nula³⁰; además, la existencia de grupos de ayuda mutua específicos de mujeres suele brillar por su ausencia. Así, intentar reparar este daño y ofrecer una intervención para y por ellas ha sido el motivo que justifica mi intervención y que me ha movido a diseñarla y a realizarla; es cuestión de garantizar la justicia social y los derechos básicos³¹ de estas mujeres

- **Objetivo general:** Ofrecer un abordaje integral de las problemáticas que afectan a las mujeres con trastorno por uso de sustancias: conseguir que se centren en ellas mismas, abordar el estado de su autoestima, reflexionar sobre la violencia

machista, tumbar mitos del amor romántico e ilustrar sobre la toxicidad de muchas relaciones que tenemos normalizadas, fomentar su pensamiento crítico sobre los roles, normas y estereotipos de género que se nos imponen, reconciliarlas con sus propios cuerpos, abordar la cosificación a la que estamos expuestas por el hecho de ser mujeres, abordar sin tabúes la sexualidad femenina, y abordar la maternidad. Igualmente, el objetivo ofrecerles un espacio seguro, específicamente diseñado para ellas, al que pueden recurrir siempre que lo necesiten y apoyarse tanto en las demás compañeras, como en mí.

en la raza-etnia, procedencia, edad, clase social, diversidad funcional...). Burgos García, 2020, p. 4.

30 "La falta de recursos adaptados a las necesidades y especificidades de las mujeres drogodependientes, que está constatada ya en diversas investigaciones, podría estar provocando una menor representación de mujeres en los recursos y, por tanto, una sensación de que hay menos mujeres de las que realmente son". Fundación Atenea, 2015, p. 23. "Los centros de atención a las adicciones están mejor adaptados a las necesidades de los hombres, que la presencia de los mismos en estos espacios es mayoritaria, que los casos de las mujeres con problemas de consumo de drogas se conciben muchas veces como particulares y extraordinarios". Fundación Atenea, 2016, p. 9. La "imagen social de las drogodependencias, que normaliza el consumo en los hombres e invisibiliza a las mujeres que consumen sustancias psicoactivas o tienen problemas con el consumo de las mismas, no sólo existe en el imaginario colectivo ajeno al fenómeno de las drogas, sino que se traslada a la propia esfera profesional de este ámbito, teniendo consecuencias muy negativas para ellas y ellos. (...) La percepción sobre las mujeres drogodependientes es más negativa y estigmatizada. El juicio social, sobre ellas, sus conductas, sus motivaciones o las consecuencias de sus actos, es más intenso y tendente a la culpa". Fundación Atenea, 2017, p. 30.

31 Burgos García, 2020, p. 5.

- **Metodología utilizada:** Se ha realizado un taller distribuido en 8 sesiones, enfocado en la prevención de recaídas desde la perspectiva de género. El número de participantes (3 usuarias de la Asociación Preamar) ha sido reducido, debido a cómo se ha enfocado el taller —el nivel de compromiso y confianza requeridos, así como edades y perfiles de las participantes en concordancia—. Para la elaboración del taller, se han adaptado las dinámicas de trabajo propuestas en la obra de Patricia Martínez y Elisabete Arostegui, *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*³², a las diferentes sesiones que lo componen.

Adjunto los enlaces a las presentaciones de cada sesión (*no os las paso en pdf porque al ser muchas sesiones ocuparían un espacio inmenso, por lo que es preferible que la visualicéis desde los enlaces; no olvidéis pulsar en “Presentar”, arriba, a la derecha*).

³² Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2018, pp. 153-317.

Sesión 1

Situándonos y conociéndonos. Parte 1.

Enmarcando el estado de la autoestima. (Celebrada el 15 de noviembre de 2023, de 18:00 a 20:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- https://www.canva.com/design/DAF3cAQ_Ho4/UUyseLyvTFCZGxZkEK8Rag/edit

Sesión 2

Situándonos y conociéndonos. Parte 2.

La rehabilitación como un cuarto propio. (Celebrada el 17 de noviembre de 2023, de 18:00 a 20:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- https://www.canva.com/design/DAF3cJA_Cbw/diP1QfnJexfM-HfYYWE6ZA/edit

Sesión 3

Trabajando la autoestima. (Celebrada el 22 de noviembre de 2023, de 18:00 a 21:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- <https://www.canva.com/design/DAF3cKSwtbo/TFJ90YS6hsZ1rUHLtrL6pg/edit>

Sesión 4

Hacia un modelo de salud emancipador – ¿Cómo quiero cuidar de mi salud? (Celebrada el 29 de noviembre de 2023, de 18:00 a 20:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- ▶ https://www.canva.com/design/DAF3dOf56hg/ejz-ZiuLxF7KJt_njP5hZw/edit

Sesión 5

Reflexionamos sobre la violencia de género. (Celebrada el 1 de diciembre de 2023, de 18:00 a 21:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- ▶ <https://www.canva.com/design/DAF3eeeO5v4/hIHsEErVEEmpdYYRFu-Zmw/edit>

Sesión 6

Yo no soy la media naranja de nadie... Es más, ¡creo que soy una verdura! (Celebrada el 6 de diciembre de 2023, de 18:00 a 21:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- ▶ <https://www.canva.com/design/DAF3enwigPM/jGat09hmdwqUg1v7fHMtka/edit>

Sesión 7

Nuestro cuerpo y nuestra sexualidad. (Celebrada el 8 de diciembre de 2023, de 18:00 a 21:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- ▶ https://www.canva.com/design/DAF3e_hTvk0/H2Q3CA8Xn_IU8cPEjppGLQ/edit

Sesión 8

Maternidad y despedida del taller. (Celebrada el 13 de diciembre de 2023, de 18:00 a 21:00 h). Presentación empleada en la actividad:

- ▶ <https://www.canva.com/design/DAF3ewWosgM/aRbZsFlsxm-f1t80pPGdEw/edit>

- **Evaluación:** La evaluación es positiva: las participantes se han implicado mucho, su nivel de participación ha sido altísimo, les ha encantado el formato y se han sorprendido para bien con los contenidos; nunca habían participado en un taller de estas características y han quedado muy satisfechas y con ganas de más (*el tiempo no me ha permitido profundizar todo lo que me hubiese gustado en muchos contenidos*). Se ha conseguido ofrecerles un abordaje de prevención de recaídas integrando la perspectiva de género,

esto es, abordando de manera integral las problemáticas que les afectan en tanto que mujeres *(se ha abordado el estado de su autoestima, se ha reflexionado en torno a la violencia machista, se han tumbado mitos del amor romántico, así como roles, normas y estereotipos de género, se han abordado la sexualidad y la maternidad)* y se ha logrado que se centren en ellas mismas y que se prioricen. Además, se ha logrado crear un espacio seguro, específicamente diseñado para ellas, al que pueden recurrir siempre que lo necesitan y apoyarse tanto en las demás compañeras, como en mí. *(Como ya aclaré en la intervención anterior, mi contacto con la Asociación Preamar no es puntual, es decir, es una realidad que pueden seguir recurriendo a ese espacio creado por y para ellas).*

- **Conclusiones personales:** La experiencia ha sido una delicia. Igual que comenté en la memoria del Cine Fórum, llevaba mucho tiempo deseando llevar a cabo una iniciativa de estas características en Preamar, donde pudiese crear un grupo específico de mujeres y diseñar y ejecutar un taller específico para ellas. Las participantes han quedado muy satisfechas y he conseguido luz

verde para seguir trabajando en esta dirección, lo que me hace tremendamente feliz. Mi grado de satisfacción es muy alto, aunque me hubiese gustado contar con más tiempo para realizar el taller. He logrado generar confianza, tanto entre las usuarias, como hacia mí, por lo que mis ganas de seguir trabajando con y para ellas son enormes. En el futuro, me gustaría poder formar nuevos grupos de diversas edades y seguir poniendo en práctica este taller.

- **Bibliografía**

Burgos García, A. (2020) Miradas feministas al abordaje de drogas. Guía breve para incorporar la perspectiva de género en el ámbito de drogas. Proyecto Malva – Fundación Salud y Comunidad. Barcelona.

FEDRA (2018) Guía breve para la detección e intervención con mujeres en situación de drogodependencias. FUNDADEPS – Delegación del Gobierno de España del Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.

Fundación Atenea (2017) Frente al espejo: Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde la perspectiva de

- género. Delegación del Gobierno de España del Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Fundación Atenea (2016) Hombres, Mujeres y Drogodependencias. Explicación social de las diferencias de género en el consumo problemático de drogas. Delegación del Gobierno de España del Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Fundación Atenea (2015) Barreras a la inclusión social de población drogodependiente cronificada: análisis desde la perspectiva de género. Delegación del Gobierno de España del Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (2020) Mujeres y Adicciones. Salud XIII. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado – Gobierno de España. Madrid.
- Martínez Redondo, P. (2010) Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención. UNAD – Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.
- Martínez Redondo, P. (2009) Extrañándonos de lo 'normal'. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Horas y horas la editorial. Madrid.
- Martínez Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2023) Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Martínez Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2021) Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención. Ministerio de Sanidad – Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Martínez Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2018) Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. Universidad de Deusto. Bilbao.
- Montes Berges, B. (2010) "Discriminación, prejuicio, estereotipos: conceptos fundamentales, historia de su estudio y el sexismo como nueva forma de prejuicio" en Iniciación a La Investigación, N° 3. [En línea] Disponible en:

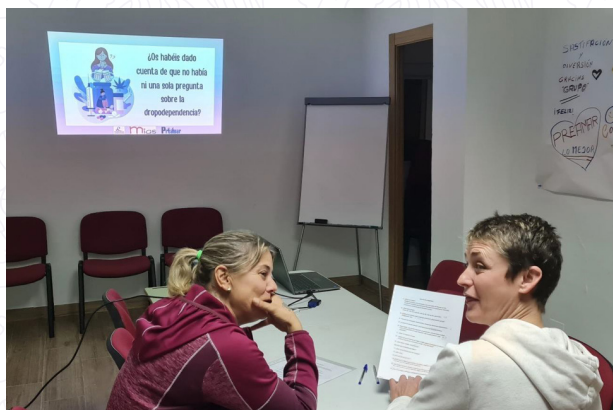
<https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/ininv/article/view/202>
(Recuperado el 15 de diciembre de 2023)

UNAD (2021) "Mujeres, usos de drogas y adicciones" en PNSD. [En línea] Disponible en:

https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2021_Actualidadnoticias/pdf/20210308_UNAD_Mujeres,_usos_de_drogas_y_adicciones.pdf
(Recuperado el 15 de diciembre de 2023)

- FOTOGRAFÍAS TOMADAS EN LAS SESIONES





CREACIÓN DE UN BLOG Y PUBLICACIÓN EN RRSS

Ejemplo de Intervención

3

- **Autora:** Raquel Gándara Domínguez.
- **Lugar de celebración:** WordPress e Instagram. Compartido también en Facebook y LinkedIn. Del 7 al 20 de diciembre de 2023.
- **Población a quien va dirigida:** Mujeres de cualquier edad y con fibromialgia o para concienciar a la población sobre ella.
- **Duración:** Planificación y desarrollo unas 50 horas entre buscar información sobre la temática, realización de los textos correctamente, creación de la cuenta y realización de los cambios de formato en WordPress.

Realizar la cuenta empresarial y el resumen y formato del carrusel para Instagram.

Inversión de tiempo en compartir en Redes sociales y llegar al máximo de perfiles posible. Todas las cuentas excepto LinkedIn fueron creadas desde cero.

- **Tema:** “Cómo afecta la fibromialgia a la mujer en España”. Esta elección se fundamenta en la necesidad imperante de abordar un tema de salud

pública que afecta de manera significativa a un sector específico de la población, en este caso, las mujeres en España.

La fibromialgia es una condición médica que afecta al 90% de las mujeres en comparación con solo el 10% de los hombres en nuestro país. Esta disparidad de género plantea cuestionamientos importantes sobre los factores subyacentes y la manera en que la sociedad, incluidos los profesionales de la salud, perciben y manejan esta enfermedad.

La razón principal para elegir este tema radica en la insuficiencia de información clara y accesible sobre la fibromialgia, lo cual se agrava por la confusión que a menudo rodea esta condición. Además, es preocupante observar que algunas mujeres que sufren de fibromialgia son malinterpretadas, desatendidas e incluso estigmatizadas por profesionales de la salud, quienes en ocasiones no reconocen adecuadamente la gravedad de los síntomas o, peor aún, las tildan de enfermedades mentales.

Mi objetivo con este trabajo es contribuir a concienciar tanto a las mujeres que padecen fibromialgia como al público en general. Quiero proporcionar información clara sobre la naturaleza de la enfermedad, sus síntomas, y presentar estrategias y remedios que puedan ayudar a aliviar el dolor. Asimismo, deseo abordar la cuestión emocional y social que rodea a las mujeres diagnosticadas, destacando la importancia de la aceptación y la concienciación para construir una red de apoyo sólida.

Además, me propongo sensibilizar a la sociedad sobre las dificultades que enfrentan las personas con enfermedades crónicas, como la fibromialgia, en diversos aspectos de sus vidas, incluyendo las relaciones sociales, familiares y profesionales. Es fundamental fomentar la empatía y la comprensión para evitar el aislamiento que a menudo experimentan quienes enfrentan estos desafíos.

En resumen, la elección de este tema se basa en la necesidad de arrojar luz sobre una realidad que afecta a un segmento importante de la población y busca generar conciencia, comprensión y apoyo tanto para las mujeres afectadas como para la sociedad en general.

- **Objetivo de la intervención:** Para dar información real y también personal de la fibromialgia a través del blog y las Redes Sociales.

Porque la fibromialgia es una de esas cosas que a menudo pasa desapercibida, y hay mucha desinformación flotando por ahí. Me di cuenta de que hay un montón de mitos y malentendidos sobre esta enfermedad, y eso me impulsó a desmitificarla un poco.

Además, no podemos ignorar el hecho de que afecta a un 90% de mujeres, y apenas al 10% de los hombres. ¡Es una locura! Pero lo más triste es que a veces no se nos toma en serio, nos tratan como si estuviéramos inventando cosas o, peor aún, nos etiquetan como si fuera todo cosa de la cabeza. ¡Nada de eso!

Así que, decidí lanzarme y hacer este trabajo para darle la vuelta a eso. Quiero que todos comprendan que la fibromialgia no es solo una invención, sino algo muy real que cambia totalmente la vida de las mujeres. Imaginen lidiar con eso no solo en casa sino también en el trabajo, donde a veces ni los especialistas entienden lo que estamos viviendo.

Lo que realmente me mueve es la idea de arrojar luz sobre esto en las redes sociales y mi blog. Quiero que las mujeres que lo están viviendo sepan que no están solas. ¡En serio! Hay ayuda y comprensión por ahí, y eso es lo que quiero destacar.

Por supuesto, no podía evitar poner un toque personal. Sí, también tengo mi experiencia con la fibromialgia, y sé que compartir mi historia puede hacer que alguien más se sienta menos sola. ¡Empoderamiento femenino incluso con una enfermedad crónica! Eso es lo que quiero transmitir.

- **Metodología utilizada:**

1. He creado un **blog** en **WordPress** con 4 entradas que explico a continuación:

- Entrada General sobre la Fibromialgia: La primera serie de entradas se centró en establecer una comprensión general de qué es la fibromialgia. El objetivo fue desmitificar esta enfermedad y proporcionar información precisa para combatir los malentendidos comunes.
- La Fibromialgia en la Mujer Española: Constatando que el 90% de las afectadas por fi-

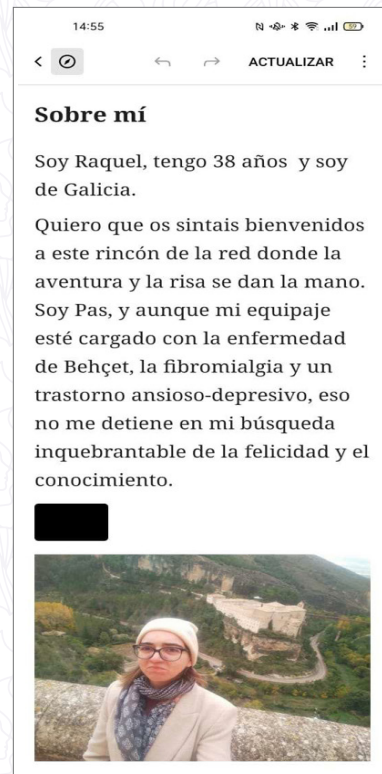
bromialgia en España son mujeres, decidí profundizar en las experiencias específicas de este grupo demográfico. El propósito era arrojar luz sobre las desafiantes realidades que enfrentan las mujeres españolas que viven con fibromialgia.

- Experiencia Personal con la Fibromialgia y Dolor Crónico: La inclusión de mi propia experiencia fue una decisión consciente para personalizar el contenido y proporcionar una perspectiva auténtica. Busco destacar la realidad tangible de vivir con fibromialgia y dolor crónico.
- Presentación Personal: La presentación fue una extensión natural de mi deseo de contextualizar el trabajo. Quise compartir quién soy, mis motivaciones y mi conexión personal con el tema, para que la audiencia pueda relacionarse con el contenido de manera más significativa.

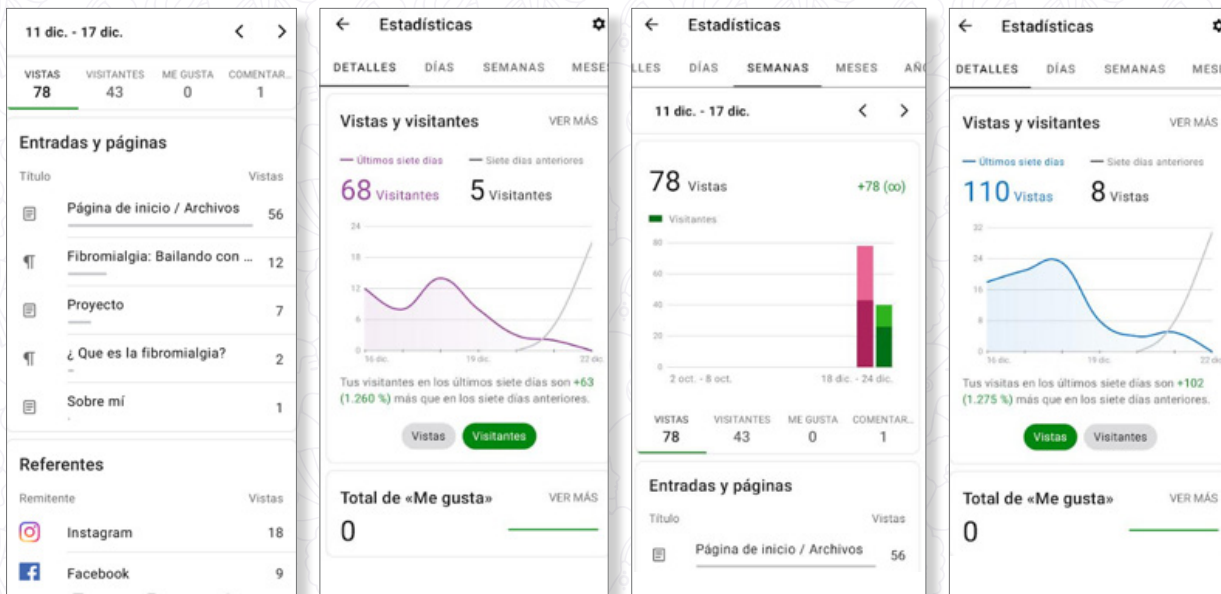
Este proyecto a tenido muy buena acogida y visualizaciones.

► <https://vivenciasraquel.wordpress.com/>

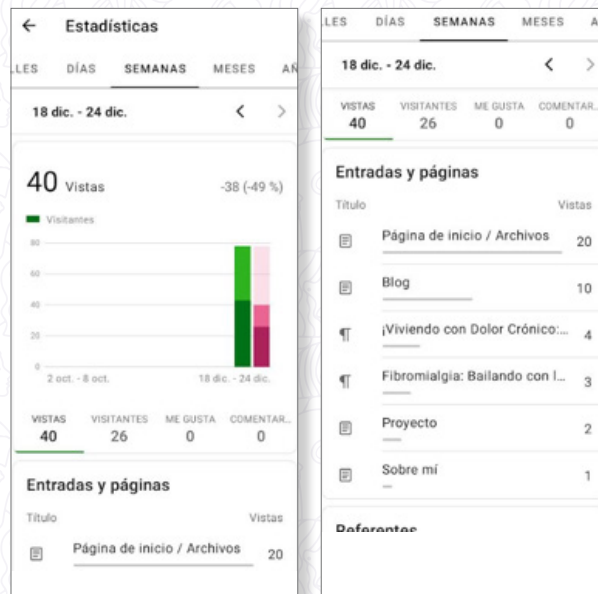
– Capturas de las entradas del **blog. WordPress.**



– Capturas de las visualizaciones del **blog. WordPress.**



2. Carrusel en Instagram y Facebook.



Mas información en **@vivenciasraquel** en Instagram y Facebook.

► <https://www.instagram.com/vivenciasraquel>

► <https://www.facebook.com/vivenciasraquel>

- **Evaluación:** Desde mi punto de vista la intervención que ha estado centrado en la investigación y divulgación de la fibromialgia, con especial énfasis en su impacto en las mujeres españolas. La información recopilada ha sido compartida a través de un blog y varias plataformas de redes sociales y creo que ha tenido un buen número de visualizaciones.

En lo que respecta a los números, los indicadores del blog reflejan una respuesta positiva, destacando el interés y la entrada de gente desde el enlace en un post de LinkedIn.

Por otro lado, los datos específicos de Instagram revelan también una notable aceptación, a pesar de los desafíos inherentes al inicio de la cuenta desde cero en dicha plataforma.

Desde mi perspectiva, los objetivos establecidos para concientizar y difundir información sobre la fibromialgia en mujeres españolas se han cumplido satisfactoriamente. La interacción y participación observadas en estas plataformas indican un impacto significativo.

– Visitas en Instagram, WordPress y LinkedIn respectivamente:



- **Conclusiones personales:** Durante el transcurso del Programa MIAS, mi aprendizaje ha sido profundo y multifacético. Los talleres presenciales en Madrid han sido una experiencia enriquecedora, brindándome la oportunidad invaluable de conectar con docentes y compañeras de manera directa. Esta interacción personal ha agregado un valor significativo a mi participación en el curso.

En general, mi experiencia en MIAS ha sido sumamente positiva y, lo que es más importante, ha catalizado una decisión que venía gestándose en mi interior. La idea de seguir divulgando información sobre la fibromialgia, la enfermedad de Behçet y la condición de ser PAS ha cobrado fuerza. Este impulso se fundamenta en la percepción de que muchas personas se sienten desorientadas y sorprendidas al recibir un diagnóstico, especialmente en el caso de la enfermedad de Behçet, donde la información disponible es escasa.

El curso me ha otorgado la confianza necesaria para dar este paso importante. Ahora veo con cla-

ridad que mi experiencia como paciente de enfermedades crónicas es valiosa y puede marcar la diferencia para otros. La falta de confianza en mí misma era un obstáculo que, gracias a MIAS, he logrado superar.

En el contexto de la fibromialgia, la enfermedad de Behçet y ser PAS, creo firmemente que compartir información real y experiencias personales puede ser un faro de luz para aquellos que enfrentan diagnósticos desafiantes. La creación de un espacio donde se sientan comprendidos y puedan aprender más sobre sus enfermedades es esencial, y ahora estoy motivada y capacitada para desempeñar un papel activo en ese proceso.

En resumen, MIAS no solo ha sido un curso educativo, sino también un catalizador para mi desarrollo personal y la materialización de mi deseo de contribuir a la divulgación y apoyo en el ámbito de las enfermedades crónicas.

¡Muchas gracias por todo!

Ejemplo de Intervención

4

- **Autora:** Carolina Melania Pérez Gil.
- **Lugar de celebración:**
 - IES Roque Amagro: 7, 8, 9 y 10 de noviembre.
 - CEIP Maestro Manuel Cruz Saavedra: 15, 16 y 17 de noviembre.
 - CEIP Juan Arencibia Sosa: 12 y 13 de diciembre.
- **Población a quien va dirigida:** primaria y secundaria / infancia y adolescencia / 6 a 13 años / Total: 320 personas aproximadamente.
- **Duración:** La planificación de estos talleres ha constado de 30 horas, de las cuales 17 horas 30 minutos fue la duración de los talleres, 10 horas de la elaboración del taller y 2 horas y media de su memoria. Los talleres que se llevaron a cabo con el alumnado de secundaria se realizaron en 1 hora y con el alumnado de primaria 1 hora y 30 minutos. En el CEIP Maestro Manuel Cruz Saavedra se impartieron de la siguiente forma 1º y 2º primaria, 3º y 4º primaria y 5º y 6º primaria. En el CEIP Juan Arencibia Sosa y en el IES Roque Amagro se impartieron en cada curso.
- **Tema:** Los temas que se abordaron fueron los siguientes **"Prejuicios, Estereotipos y Discriminación"**. ¿Por qué esta temática? Pues después de una entrevista con parte de la directiva del centro educativo, llegamos a la conclusión de que una de las primeras necesidades que se detectaban en los diversos espacios educativos era que existían faltas de respeto, baja tolerancia a la diversidad y esto finalizaba en acoso escolar, expulsiones, entre otras; por lo que era necesario abordar y afrontar esta materia.

Si partimos de la base de que nuestro cerebro crea una serie de imágenes de cómo el ser humano debe comportarse debido a sus creencias, culturas y/o religión, entenderemos mucho más de aquello que juzgamos sin preguntar.
- **Objetivo de la intervención:** Sensibilizar y Concienciar a la población destinataria sobre aquellos pensamientos e imágenes que nos creamos en nuestra mente antes de conocer a cualquier persona o situación.
- **Metodología utilizada:** Los materiales que se necesitaron para la ejecución de los talleres fueron:

ordenador, proyector, altavoces, pantalla para proyectar, pen drive y folios.

La dinámica del taller se realizó a través de la presentación de PDF en el que se pasaban diferentes diapositivas. Dependiendo del nivel del alumnado, hubo algunas diapositivas que no se exponían, ya que se adaptó el lenguaje a cada edad.

Para comenzar el taller, les incitaba a hablar de mí o a inventarse cosas con sólo ver mi imagen, les preguntaba qué les transmitía y que se imaginaran o inventaran cosas sobre mi vida privada, por ejemplo: "si tengo hijos, casada, con quién vivo, a qué me dedico", muchos se atrevieron a decir como era mi personalidad. En definitiva que prejuzgaran, luego se decía la realidad y se respondía a esa lluvia de prejuicios que habían lanzado y en ese instante les explicaba lo que era un "prejuicio".

A continuación, se les ponía un vídeo sobre la discriminación, con esto se preguntaba que habían visto y qué pensaban sobre ello, seguidamente se pasaba a hablar de los estereotipos con una imagen de un señor con vestido y falda y cada uno/a hablaba sobre lo que creía que veía, para finalizar

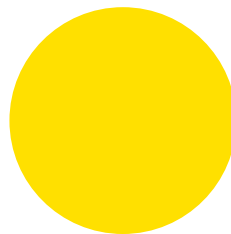
se decía la realidad y se les hacía ver que en la sociedad vivimos de estereotipos y que necesitamos dividir a las personas en grupos para etiquetarlas, creando en muchas ocasiones ese rechazo social y consiguiendo una discriminación por el simple hecho de vestir de una forma, de pensar, raza, religión, etnia u orientación sexual.

Después de esto, arrancábamos con otro vídeo sobre estereotipos y se reflexionaba sobre ello.

Para el curso de 1º de primaria se les invitó a dibujar "El respeto" y para los cursos de secundaria se llevó a cabo una dinámica sobre la presión social en la que se elegía a un/a alumno/a que saliera de la clase y se le repartía a los demás compañeros/as de las respuestas que tenían que dar en la actividad, por ejemplo, se proyectaba en la pizarra un punto amarillo, el resto de la clase tenía puesta en las respuestas que era un "sol" y la persona elegida decía lo que veía primero, después el gran grupo, con esta dinámica se les hacía ver lo que la presión social nos puede convencer en ciertos momentos de la vida y que a veces hacemos cosas por agradar, contentar y no porque realmente queremos hacerlo.



1. Respuesta: SOL



Para finalizar, hacíamos reflexiones sobre lo aprendido y recordábamos las palabras “prejuicios, estereotipos y discriminación”.

- **Evaluación:** Los objetivos planeados se han conseguido exitosamente, ya que la recepción y la participación en los talleres sobre los temas tratados han sido desbordantes. Está claro que en el aula se han trabajado estos temas y la población es más consciente de ello, aunque exista esa línea delgada entre el saberlo y hacerlo, pero lo que ha quedado claro es que están bastante formados/as y concienciados/as.
- **Conclusiones personales:** Dado que vivimos actualmente en una sociedad líquida, en la que todo aquello que aprendemos ahora se nos olvida mañana y en la práctica luchamos por nuestros intereses y no por los comunes, yo diría que a pesar de todo esto, hay esperanza, considero que se está construyendo un mundo mejor, dónde ciertos valores que parecían haberse esfumado han resurgido y se están dando a notar en la infancia y adolescencia, no todo está perdido.

Me quedo con varios testimonios:

- *“En las tiendas no debería existir la sección femenina, ni masculina, simplemente: sección infantil o “kids”, sección juvenil y sección adulta, ya que las personas no tienen por qué sentirse juzgados/as por su forma de vestir”.*
- *“Un día me dio por disfrazarme como cupido pero en femenino para ir a clase y mi abuelo me vio antes de salir a lo que me dice ¿a dónde vas así? ¡Los niños no se visten así! a lo que le responde: abuelo es que tú no estás en el flow de ahora”.*
- *“Las personas no deben sentirse mal por vestir como quieran, cada uno que haga lo que considere mientras respete al otro”.*

Repito que en las aulas se está llevando a cabo un buen trabajo sobre la educación emocional y creo que va por buen camino.

Sin embargo, todo pinta muy bonito pero, mientras exista un adulto prejuicioso puede podrir al resto, y esto es lo que me ha pasado, hay profesorado que o es demasiado radical o sólo mira por sus intereses y en ocasiones sentía que iba luchando contra la marea, ya que lo único válido

era lo que ellos decían y a veces no dejaban reflexionar al alumnado.

Esto es sólo un apunte, en la vida siempre va a existir de todo, estarán los que vayan remando en la barca, los que harán que te ahogues y los que siempre te ayudaran a llegar a puerto.

Por mi parte, sólo queda decir que haber impartido estos talleres me ha llenado el corazoncito y me han dado muchas más ganas de seguir escuchando y compartiendo todo mi saber de este Programa MIAS.

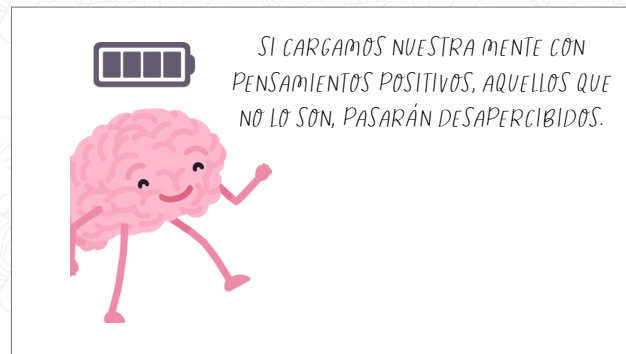
Agradecimientos a todo el equipazo que forman porque sin ustedes, ni de broma hubiese podido llevar a cabo todo esto, he recuperado la confianza en mí y esto sí que es un regalazo. ¡MILLONES DE GRACIAS!

- **Bibliografía**

Vídeos sobre prejuicios, estereotipos y roles de género.

▶ <https://www.youtube.com/watch?v=J0e2KYFxGOI>

▶ <https://www.youtube.com/watch?v=-yVpXajMDYw>





He aprendido a respetar las ideas ajenas,
a detenerme ante el secreto de cada
conciencia, a comprender antes de
discutir y a discutir antes de condenar.

Norberto Bobbio (1909-2004)



Agradecimientos a:





Esta Guía 2024 está pensada para ayudarlos a elaborar pequeñas o grandes intervenciones. Se trata de experiencias reales realizadas por diversas mujeres en el marco del Programa MIAS de la edición pasada de 2023. Sabemos que cada una trae experiencias vitales y/o profesionales que pueden ser de gran utilidad para plantear sus intervenciones con otras mujeres y esperamos que esta Guía sirva como una herramienta para coger ideas e incluso para replicar en vuestro entorno.

Agradecemos especialmente la participación de las mujeres del Programa MIAS que amablemente han querido compartir sus intervenciones y experiencias con el fin de poder motivar y servir de ejemplo a otras compañeras.

Desde FUNDADEPS también queremos agradecer a las distintas organizaciones que han colaborado y apoyado a las participantes del Programa MIAS para que pudieran poner en práctica lo aprendido en la fase de formación.



 www.facebook.com/fundadeps

 [@FUNDADEPS](https://twitter.com/FUNDADEPS)

 [fundadeps](https://www.instagram.com/fundadeps)