



Trabajo Fin de Grado

Proyecto de intervención “Penélope”: Abordaje biopsicosocial de aspectos relacionados con la prostitución en mujeres usuarias del programa “Ulises” del Centro de Solidaridad de Zaragoza

Autora

MAITANE ARAGONESES SORIA

Directora

Elena Fernández del Río

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

Grado en Trabajo Social

2016

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de este Trabajo Fin de Grado ha sido posible gracias a la colaboración de aquellas personas que me han guiado y enseñado durante toda la realización del proyecto tanto de forma directa como indirecta.

Por este motivo, en este apartado quiero agradecerles y hacerles una especial mención por su implicación y preocupación en la realización de mi proyecto fin de grado.

En primer lugar, quiero dar las gracias a la profesora, Elena Fernández del Río, directora de este trabajo, por aconsejarme, guiarme, y acompañarme durante todo este largo proceso.

Y por último agradecer también a los profesionales que conforman la Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza, y en especial a mi trabajadora social de referencia, Ana Carmen Montañés, la cual me ha ayudado a comprender el papel del Trabajo Social dentro de este ámbito y a conocer de una manera más cercana la realidad en este campo de actuación.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	6
2. METODOLOGÍA.....	7
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1 CONSUMO DE HEROÍNA: SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO.....	8
3.1.1 HEROÍNA Y SU CONSUMO EN ESPAÑA	8
3.1.2 PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS	9
3.2 EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO	11
3.2.1 MUJER, DROGA Y PROSTITUCIÓN	15
3.3 TRABAJO SOCIAL Y DROGODEPENDENCIAS	16
3.4 CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA.....	21
4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “Penélope”	24
4.1 INTRODUCCIÓN.....	24
4.2 ANÁLISIS DE LA REALIDAD.....	25
4.2.1 OBJETO DE ESTUDIO.....	25
4.2.2 CONTEXTUALIZACIÓN	25
4.3 OBJETIVOS	26
4.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4.4 ACTIVIDADES	27
4.4.1 DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES.....	30
4.5 CRONOGRAMA.....	38
4.6 RECURSOS	39
4.6.1 PERSONALES.....	39
4.6.2 MATERIALES	39
4.6.3 TÉCNICOS.....	39
4.7 PRESUPUESTO	39
4.8 EVALUACIÓN	40
5. CONCLUSIONES	42
6. BIBLIOGRAFÍA.....	44
7. ANEXOS	47

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo que se presenta a continuación trata de abordar varios aspectos relacionados con la prostitución en el colectivo de mujeres que se encuentran en tratamiento de mantenimiento con metadona, a través (programa Ulises) en el Centro de Solidaridad Proyecto Hombre¹ de Zaragoza. En concreto, se ha diseñado un proyecto de intervención cuyo principal objetivo es la creación de un espacio grupal donde se puedan trabajar factores biopsicosociales para las mujeres usuarias del programa Ulises que han ejercido la prostitución, la están ejerciendo en la actualidad o tienen riesgo de ejercerla.

Este trabajo, por tanto, tiene tres ejes vertebradores: mujer, heroína y prostitución, y su elección se ha basado en las siguientes razones. En primero lugar, aunque la prevalencia del consumo de heroína en España es inferior a la de otras sustancias ilegales, como la cocaína o el cannabis, es una de las drogas más estigmatizantes para la población que la consume. En relación a la elección del colectivo femenino, es necesario decir que a lo largo de la realización del Practicum de Intervención en el CSZ pude observar que, si bien había una menor incidencia de mujeres en el programa Ulises, éstas presentaban un mayor sentimiento de culpabilidad, un aspecto físico más desmejorado y unas necesidades psicosociales diferentes a los hombres, es decir, había menos mujeres consumidoras, pero en peor situación que los hombres a la hora de solicitar apoyo profesional. Por último, la elección de abordar el tema de la prostitución, se debe a que muchas de las mujeres usuarias del programa Ulises habían ejercido o ejercían la prostitución, lo cual dificultaba la deshabituación de la heroína y repercutía negativamente en su calidad de vida.

A la hora de intervenir en estos aspectos he creído conveniente que se abordasen en formato grupal, ya que las actividades grupales pueden impulsar el desarrollo emocional, intelectual y social de los individuos (Zastrow, 2008).

A continuación, se presenta la estructura del trabajo. En primer lugar, se describe el marco teórico, en el que se recogen los elementos claves del consumo de heroína, se aborda la perspectiva de género en el consumo de esta droga, se realiza una aproximación a la relación entre prostitución y heroína, y por último, se analiza la relevancia de la disciplina de Trabajo Social en el ámbito de las adicciones. En segundo lugar, se describe el proyecto de intervención Penélope. En él, se recogen la contextualización, los

¹ En adelante: CSZ

objetivos, las actividades, el programa, los recursos, el presupuesto y la evaluación del proyecto. Para finalizar se exponen las conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

2. METODOLOGÍA

El colectivo al que va dirigido este proyecto de intervención es el grupo de mujeres que están actualmente dentro del programa Ulises (programa de mantenimiento con metadona) del CSZ y que estén ejerciendo la prostitución, la hayan ejercido o estén en riesgo de hacerlo. Se plantea como objetivo la creación de un grupo en el que se aborden y trabajen, desde la interdisciplinariedad, aquellos aspectos psicosociales y sanitarios que más influyen a este colectivo.

Para la realización de este proyecto de investigación me apoyo en mi experiencia en el CSZ, recurso en el que realicé el Practicum de Intervención. Gracias a esta oportunidad, pude estar inmersa día a día en la intervención con las usuarias a las que va dirigido este proyecto. Mi contacto con la trabajadora social del centro ha sido fundamental a la hora de orientar y delimitar la intervención, pues ella me ha permitido recabar la información necesaria para diseñar el proyecto. Para ello llevé a cabo una entrevista semiestructurada (véase anexo 1), diseñada de tal manera que facilitase que la persona entrevistada expresase sus diferentes puntos de vista (Flik, 2012).

Tras esta entrevista, llevé a cabo una revisión bibliográfica que me permitió dar forma al marco teórico, especialmente en lo referente a la perspectiva de género en el abordaje de las drogodependencias y la labor del profesional del Trabajo Social.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONSUMO DE HEROÍNA: SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA Y PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

3.1.1 HEROÍNA Y SU CONSUMO EN ESPAÑA

La heroína es una modificación de la morfina, aunque como sustancia adictiva está considerada dentro del campo de los opiáceos. Es un analgésico muy potente que en un principio fue utilizado con fines médicos, hasta que se descubrió su alto poder adictivo. Según su pureza y origen hay distintos tipos de heroína, y la manera de administración de esta sustancia puede ser, fumada, inhalada, por vía intranasal o intravenosa (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

El cultivo de la planta de la que extrae más tarde la heroína se ha ido reduciendo con el paso del tiempo. Los principales países que cultivan opio son Afganistán, África y Oriente cercano, siendo Asia donde se concentran los mayores índices de consumo a nivel mundial.

En España, el consumo de heroína ha disminuido considerablemente durante los últimos años. A principios de la década de los 90, su consumo alcanzó cifras elevadas con aproximadamente 150.000 consumidores y provocó una gran alarma social a causa de todos los problemas sociales y familiares asociados, sin olvidar los problemas sanitarios como el VIH o la hepatitis, entre otras infecciones, vinculados al consumo de heroína. Las estimaciones aproximan que el auge del consumo problemático de heroína en España llegó, a principios de la década de los 90, con un total de unos 150.000 consumidores (en torno al 0,5%). Entre el año 2002 la cifra variaba entre 70.000 y 120.000 (Observatorio Español sobre Drogas, 2009). En 2013, se estima que solo un 0,1% de la población había consumido heroína en el último año (Plan Nacional sobre Drogas, 2015).

Actualmente, la edad media de comienzo de consumo de heroína en España se sitúa en torno a los 21 años, siendo la droga con la edad más elevada de inicio de su consumo. Además de esto, es común que las personas consumidoras de heroína sean policonsumidoras, es decir, que consuman otras sustancias adictivas además de aquella.

Dados los cambios en la evolución del consumo, es lógico pensar que la intervención profesional en el fenómeno de la dependencia de la heroína ha evolucionado desde su comienzo en los años 80, hasta este momento. En un principio, la oferta asistencial que se ofrecía a los usuarios era además de escasa, de difícil acceso. No obstante, a medida que comienzan a aparecer problemáticas graves para la salud de los

individuos consumidores y para el resto de la población, como el VIH, se comienza a ver la necesidad de construir un marco de intervención en el que el uso de drogas fuera tratado como un fenómeno multifactorial, explicado por aspectos sanitarios, sociales y comportamentales. Esto supuso un cambio de visión. Ya no se tenía como único objetivo la abstinencia y la reinserción social, sino que, aparecían otros objetivos terapéuticos como la mejora de la calidad de vida o la reducción de la mortalidad sin la extinción de la dependencia a la sustancia. Por lo tanto, comienzan a aparecer otros campos de actuación y otros programas que no enfocan únicamente sus objetivos a la desintoxicación (Fernández y Torrens, 2005).

Hay drogodependientes con un gran deterioro sanitario y social, a causa de largos procesos de consumo que han afectado intensamente su estilo de vida, o que por otra parte existe una falta de decisión o motivación para abandonar por completo el consumo (Maroto, 2005). A causa de esta situación, cada vez comienza a ser más común la creación de programas de reducción de daños y riesgos donde, aunque el objetivo principal no es la abstinencia, se plantean otros objetivos terapéuticos como veremos en el siguiente epígrafe.

3.1.2 PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS

Como se ha comentado anteriormente, a causa de diversos factores relacionados con el consumo de heroína, se comienzan a poner en marcha nuevas formas de tratamiento. Es aquí donde se encuadran los conocidos como programas de reducción de daños.

Una de las muchas definiciones que se pueden dar a los programas de reducción de daños es la referida a estos programas como “aquellas estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas sin, necesariamente reducir o eliminar este” (Maroto, 2005; pp. 59-60).

Teniendo en cuenta esta definición se pueden observar diversas modalidades, no excluyentes unas de otras.

1. Programas de consumo de menos riesgo como, por ejemplo, el programa de intercambio de jeringuillas.
2. Programas de sexo más seguro, como programas de reparto de preservativos o información sobre enfermedades de transmisión sexual o VIH.
3. Programas con antagonistas opiáceos: el tratamiento más conocido dentro de este tipo de programas sería el de mantenimiento con metadona.

Los programas con sustitutivos de opiáceos “consisten en reemplazar los opiáceos ilegales por un derivado sintético que, en las dosis adecuadas, no induce euforia ni alteración marcada del estado de consciencia, tiene una vida media que permite una toma diaria, la administración es oral y posibilita al sujeto una vida normalizada alejada de la búsqueda de droga” (Becoña y Martín, 2004; p. 88). Como se ha dicho, los programas de mantenimiento con metadona² son los más conocidos y dentro de ellos, existen varias modalidades.

Por un lado, están los enfocados únicamente a la dispensación de metadona, los cuales son programas paliativos dirigidos a usuarios en consumo activo, que ya tienen un gran deterioro físico. El derivado sintético utilizado normalmente en estos programas es la metadona, derivada del opio, descubierta en los años 40 en Alemania. Este antagonista opiáceo actúa a partir de la media hora tras su ingesta, y su efecto dura alrededor de 24 horas, a diferencia de la heroína que suele ingerirse entre cuatro y seis horas. Al tratarse con metadona, cuando ésta llega al cerebro se establece en los mismos receptores neuronales que son invadidos cuando se consume heroína produciendo un estado analgésico. El nivel de dependencia a la metadona es menor que el de la heroína, ya que su uso se encuentra bajo prescripción médica. En el caso de que su toma no sea regular o se reduzca en pequeñas cantidades sí que aparece el síndrome de abstinencia, parecido al causado por la heroína.

Por otro lado, existen los programas en los que además de llevar a cabo la dispensación, se realiza una intervención psicosocial, con el objetivo de mejorar las habilidades psicológicas y sociales del usuario. Esta intervención se puede llevar a cabo de manera individual o grupal y a dos niveles, residencial y ambulatorio. Este programa está planteado para ser el puente hacia un programa de deshabituación.

La instauración de los PMM en España causó una gran polémica, si bien se ha ido comprobando su eficiencia en diferentes ámbitos, tanto de carácter personal para el propio usuario, como para la sociedad. Estos programas han tenido como consecuencia la reducción en el consumo de opiáceos y conductas y actividades de carácter delictivo, una mayor prevención del contagio de VIH y una mejora de la situación laboral y social de los usuarios que están en este tipo de programas. De hecho, como Fernández y Torrens (2005), “los PMM han demostrado ser un recurso válido para muchos adictos, tanto

² En adelante: PMM

reduciendo daños asociados al consumo de drogas como, a menudo, constituyendo una auténtica estrategia terapéutica para la reinserción social y la abstinencia” (p. 169).

A la hora de comenzar un programa de estas características, es necesario conocer si el usuario tiene como objetivo la reducción completa del consumo o simplemente tiene como objetivo la reducción parcial del mismo, es decir, orientarse al mantenimiento. En función de lo anterior, se establecen los objetivos terapéuticos que se van a llevar con cada usuario.

Los programas en los que se trabaja con este antagonista opiáceo tienen múltiples y muy diversos objetivos, tanto sanitarios como sociales. Algunos son disminuir el consumo de opiáceos y otras drogas, reducir los riesgos que conllevan el consumo de opiáceos, mejorar el estado mental y físico del individuo, disminuir la conflictividad, o mejorar la calidad de vida mediante la adaptación social y laboral, entre otros. Es en este marco psicosocial donde tiene sentido la intervención del profesional del Trabajo Social, como se verá posteriormente.

3.2 EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Las mujeres con problemas con el consumo de sustancias han sido un colectivo descuidado a la hora de su estudio, análisis e intervención. Por ello, cuando hablamos de mujer y drogas es más difícil encontrar investigaciones que en el terreno masculino. En drogodependencias, desde algunas áreas de ciencias de la salud y, en muchas ocasiones también desde las ciencias sociales, se continúa perpetuando una visión androcentrista en la que la jerarquía y la dominación de los estudios, la tiene el hombre (Carrasco y García, 2006).

La visión que se tenía tradicionalmente en la investigación en torno al consumo de drogas distaba mucho de ser natural, ya que tendía a invisibilizar el consumo de las mujeres por ser una minoría. Esto ha causado que, en el uso de las drogas, el colectivo femenino haya sido mucho menos estudiado que el masculino, cuando la evidencia apunta a la existencia de diferencias de género, especialmente referidas al contexto sociocultural (Carrasco y García, 2006).

Como norma general, las investigaciones que se han llevado a cabo sobre el consumo de drogas femenino no se han centrado en las mujeres en sí mismas, sino en las repercusiones sobre el ámbito familiar que conlleva que ella sea consumidora. En muchos estudios se expone la idea de que los factores de riesgo entre los hombres y mujeres son

los mismos, estableciendo algunas diferencias en áreas biológicas o psicológicas, aunque realmente donde radican las diferencias es en el papel que juega la mujer en la sociedad.

Cuando se empezó a hablar de mujer y droga, se muestra una imagen estereotipada subordinando el consumo femenino al de los hombres, asumiendo una debilidad social ante el gen masculino. Centra su importancia en factores biológicos, dejando de lado factores sociales y culturales mucho más difíciles de concretar, teniendo que llegar a estudiar las causas y consecuencias de las desigualdades de género entre ambos sexos. Esto puede conllevar que, en ocasiones, se intervenga desde una disciplina clínica en situaciones de malestar psicosocial sin llevar a cabo otro tipo de intervenciones terapéuticas, a pesar de que en muchas ocasiones ese malestar viene sobrevenido por situaciones sociales o de las condiciones de vida (Carrasco y García, 2006).

En el terreno de la heroína, sí es verdad que en sus orígenes el consumo de las mujeres ha venido sobrevenido generalmente por el de su pareja ya adicta a la sustancia, provocando un paso rápido del consumo experimental a un consumo diario y continuado en el tiempo. Así, cuando se comenzaron a realizar las primeras cohortes de consumo en mujeres heroinómanas, se encontraba con mucha frecuencia que la dependencia a esta droga venía sobrevenida por el consumo de sus compañeros sentimentales. Sin embargo, esta pauta fue modificándose y, en la década de los 90, esta causa no era tan generalizada (Meneses, 2001).

En la actualidad, según los estudios más recientes, hay más mujeres sobretodo en edades más tempranas, que consumen más alcohol y tabaco que los hombres. Según el estudio ESTUDES en 2010, el consumo de drogas como el tabaco, el alcohol o los hipnosedantes entre los jóvenes está más extendido entre las mujeres, aunque los hombres lo hacen con mayor intensidad. La proporción de mujeres que consumen alcohol es un 73,8%, frente al 73,3% de los hombres, en tabaco, son un 36,4% en mujeres, y un 28,1% en varones o de hipnosedantes de un 6,7% en mujeres al 4,4% en hombres (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Por otra parte, en la población general de 15 a 64 años, siguen siendo los hombres los que tienen una mayor prevalencia de consumo, aunque la brecha de género es cada vez menor. Así, según los datos del estudio EDADES, el 95,0% de hombres ha consumido alcohol alguna vez en su vida, frente al 91,3% de mujeres. En lo referente al consumo de tabaco sería el 77,5% en hombres y el 68,6% en mujeres. En lo referente a hipnosedantes o tranquilizantes son las mujeres las que sobrepasan por mucho a los hombres (27,6% versus 16,8% respectivamente consumen hipnosedantes; 25,3% versus 15,1%

respectivamente consumen tranquilizantes) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Esta tendencia a igualar e incluso a superar en algunas sustancias el consumo al de los hombres puede deberse a un cambio social. Al igual que en la sociedad se está avanzando hacia una mayor igualdad entre hombres y mujeres, puede haber una tendencia que desencadene en índices de consumo más altos al tener estilos de vida con mayor libertad (Carrasco y García, 2006).

Otro de los factores puede ser que el consumo de sustancias entre mujeres tradicionalmente ha sido más oculto y privado, no teniendo por tanto registros de consumos tan amplios como en los varones (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007).

Como se ha comentado, el estudio desde la perspectiva de género en el ámbito de las drogodependencias no ha sido atendido de la misma manera que en el terreno masculino, pero es de vital importancia abordar las diferencias que existen entre los dos sexos para adaptar la intervención a las necesidades existentes en los dos colectivos. Es necesario el abordaje terapéutico desde una perspectiva de género, ya que como se ha comentado anteriormente, en ocasiones las intervenciones se han centrado en factores biológicos cuando la problemática radicaba en factores psicosociales. Otro ejemplo de la necesidad de intervenir teniendo en cuenta el género es que, en el caso de las mujeres, el consumo de drogas tiene mayores connotaciones negativas que en los hombres llegando a la implantación de estereotipos como puede ser la promiscuidad en el caso de mujeres heroinómanas. Esto puede deberse a una sociedad patriarcal en el que la vida sexual femenina ha estado y está, muy controlada según una serie de patrones tradicionales. Otro de los estigmas al que se puede llegar a enfrentar una mujer consumidora es la idea de que su consumo conlleva una mayor destrucción del hogar que la del hombre. Esto puede deberse a que, en muchos casos, la mujer tiene una mayor responsabilidad en el cuidado del hogar, los hijos y el desarrollo de la vida marital. También cabe destacar que en ocasiones como el cónyuge también es consumidor, se hace insostenible el mantenimiento del hogar (Carrasco y García, 2006).

Generalmente, la sociedad asocia al consumo femenino de drogas ilegales un pasado desestructurado o influenciado por un varón, pero estas circunstancias no siempre se dan. A medida que ha ido avanzando la investigación, se ha comprobado que la mujer está adquiriendo una posición más activa tanto a la hora de comenzar el consumo, como en el mantenimiento del mismo.

Por tanto, las mujeres tienen que soportar una mayor presión a la hora de consumir, ya que éste se prejuzga en mayor medida que en el caso de los hombres. Como consecuencia, la mujer tiene una mayor percepción de culpa y de consecuencias negativas a causa de su consumo. Estas percepciones inciden directamente en la imagen corporal que tienen ellas de sí mismas. Además de esto, el reconocimiento del consumo causa un mayor coste social, haciendo dudar de su feminidad y de su rol como mujer, madre, pareja, etc. (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005).

Todos estos elementos conllevan una carga emocional que afecta seriamente a la salud mental de las mujeres drogodependientes. Una de las características en la que coinciden numerosos estudios científicos al referirse a la mujer drogodependiente, es la existencia de una mayor propensión a la depresión, culpabilidad, baja autoestima o dependencia emocional, entre otros (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005).

Un fenómeno frecuente que aparece cuando se habla de mujer y drogas es la codependencia, esto es la “dependencia a sustancias psicoactivas y a la pareja o compañero sentimental” (Carrasco y García, 2006; p.27). Este término se puede entender como un proceso de pérdida de identidad, ejerciendo un papel de gran responsabilidad frente a la pareja. Esta dependencia al compañero sentimental es básicamente emocional y afectiva. En un estudio realizado por Gómez, Palop y Soriano (2008), en una muestra de 70 mujeres, encontraron que este fenómeno aparecía en un 58,5% de los casos, siendo un factor que favorecía la recaída.

La mujer drogodependiente tiende a buscar parejas que le complementen, es decir, basadas en la diferencia, criadas, educadas y acostumbradas en el cuidado, a complacer y cuidar a los demás por encima de ella misma. Por esto tienden a buscar a una pareja que satisfaga el hecho de recibir todos esos cuidados y que necesite controlar a alguien. (Instituto de Adicciones de Madrid Salud, 2005).

En la actualidad en muchos de los programas que intervienen con drogodependientes no suelen tener una perspectiva de género, y esto puede deberse a múltiples factores. Entre ellos, por ejemplo, que tradicionalmente han sido los hombres los que acudían a estos programas, o que no hay recursos suficientes como para hacer un tratamiento diferenciado. Aunque sí que es verdad que cada vez más se está comenzando a tener en cuenta el género a la hora del establecimiento de programas, grupos, etc. Un ejemplo de esto, lo encontramos en el CSZ que, desde hace ya aproximadamente cinco años, comenzó la intervención grupal específica para mujeres que presentan dependencia

del alcohol al ver que la intervención y las necesidades de los hombres y mujeres con esta problemática eran totalmente diferentes.

En resumen, la mujer drogodependiente tiene que soportar una mayor carga psicológica y social, producto de los estereotipos y prejuicios asociados a su consumo de sustancias, lo cual justifica una intervención integral desde la perspectiva de género.

3.2.1 MUJER, DROGA Y PROSTITUCIÓN

Como ya se ha señalado en el apartado anterior, el hecho de ser mujer en el ámbito de las drogodependencias tiene una carga social y psicológica mayor que en el caso de los varones, en su misma situación. Si a esta condición le sumamos la estigmatización que conlleva ejercer la prostitución, da como resultado un desgaste emocional muy fuerte, que puede llegar a agravar el problema de la drogadicción (Cáritas, Diócesis de Zaragoza, 1996).

Anteriormente se ha comentado que uno de los estigmas a los que se enfrenta una mujer consumidora es la promiscuidad. Es una idea que sobrevuela la sociedad de hoy en día, especialmente en las mujeres consumidoras de heroína. La creación de este estigma puede estar causado porque un sector de la población femenina drogodependiente ha recurrido a la prostitución como método para costearse su consumo y el de su pareja.

Aunque una de las múltiples causas que pueden llegar a influenciar a una mujer para introducirse en el mundo de la prostitución sea el consumo de drogas, la realidad es que el porcentaje que recurre a la prostitución para continuar con el consumo, es reducido frente al que no lo hace.

En este sentido, en un estudio realizado por Fogaral, un centro de atención a la prostitución perteneciente a Cáritas de Zaragoza en 1996, se encontró que el 22% de las mujeres que comenzaban en la prostitución lo hacían a causa de una drogadicción, frente a un 41,5% que lo hacía a causa de no tener ningún otro ingreso (Cáritas, Diócesis de Zaragoza, 1996). Hay que tener en cuenta que este estudio se realizó en 1996 cuando el uso de drogas como la heroína era mucho mayor que en la actualidad.

Un estudio más reciente llevado a cabo por profesionales de la Universidad de Deusto, encontró que el 33,9% de las mujeres consumidoras participantes había ejercido alguna vez la prostitución. De estas, el 78,9% restringía la práctica solo a periodo de consumo (Urbano y Arostegi, 2004).

Actualmente, el alcohol, la cocaína y el tabaco son las drogas más usadas por las mujeres que ejercen la prostitución, utilizándolas como un método instrumental para

facilitar el desarrollo del servicio. En este sentido en un estudio realizado por Meneses (2010), en una muestra de 260 mujeres que ejercían la prostitución en España, el 86,6% de las mujeres habían consumido tabaco en el último mes, el 74,3% cocaína y el 6,7% heroína. Además, esta autora encontró que el consumo de estas drogas aumentaba cuando existía demanda de dichas sustancias por parte del cliente.

El uso de las drogas en este terreno tiene beneficios como, resistencia para realizar más servicios a lo largo del día y por tanto de los ingresos económicos, pero también consecuencias negativas, como realizar prácticas sexuales de riesgo, pérdida del control a la hora de negociar, y por supuesto la dependencia a la sustancia (Meneses, 2010).

Algunas de las características que suelen compartir las mujeres consumidoras que ejercen la prostitución son, entre otras, una gran precariedad en la seguridad y la higiene personal, problemas alimenticios, las viviendas en las que residen están en malas condiciones, no suelen tener un domicilio estable, con un alto número de servicios diarios, falta de sueño o problemas en la conciliación del mismo, soportan agresiones verbales y físicas por parte de clientes, consumos desde edades muy tempranas, clientes con reticencias al uso del preservativo, suelen padecer alguna enfermedad de transmisión sexual y que generalmente demandan poco apoyo institucional (Chueca, 2013; Urbano y Arostegi, 2004).

3.3 TRABAJO SOCIAL Y DROGODEPENDENCIAS

Para algunos autores como Cano (1991), existen cuatro modelos teóricos para intervenir en drogodependencias en función de a qué aspecto se le concede mayor importancia.

- El modelo ético-jurídico centrado en la visión a la sustancia de consumo.
- El modelo médico-sanitario, el cual considera al usuario consumidor como un enfermo que necesita ser curado.
- El modelo sociocultural que centra la importancia en las condiciones socioeconómicas y ambientales como originarias del consumo.
- El modelo psicosocial, este plasma su importancia en el sujeto y en la relación que este tiene con la sustancia y con su contexto social. Es el que mejor englobaría la perspectiva de la intervención desde Trabajo Social. “Según el citado modelo existen una serie de factores individuales que pueden llevar a

probar una sustancia y una serie de presiones grupales que incitan o favorecen el consumo” (Gutiérrez, 2007; p. 37).

Además de los diferentes modelos de actuación, a causa de la etiología multifactorial de la problemática del consumo de drogas, existen diferentes disciplinas profesionales que intervienen en drogodependencias, ya que es necesario para la rehabilitación una intervención social, psicológica, médica, ocupacional, etc. (Losada, Márquez y Sebastián, 1995).

A la hora de trabajar con toxicomanías, al igual que en la mayoría de ámbitos en los que está presente la figura del trabajador social, existe y tiene que existir, un equipo multidisciplinar. Esto permite que se abarquen distintas ramas de conocimiento, posibilitando analizar e intervenir desde diferentes ángulos, enriqueciendo a todo el equipo y a los usuarios. Por lo tanto, se podría entender como objetivo del trabajo en equipo “unificar criterios de actuación, enriquecer la intervención individual y crear una nueva forma de trabajo que permita atender las necesidades de los participantes de manera eficaz” (Gutiérrez, 2007; p.172).

La rehabilitación de una persona con problemas de drogadicción constituye un largo y complejo proceso que necesita de múltiples factores, recursos y actuaciones para su buena consecución. Han sido numerosos los organismos internacionales e instituciones nacionales que han completado unos principios que son reconocidos por los profesionales que abordan esta problemática. Han llegado a la conclusión que la intervención en drogodependencias tiene que ser: a) individualizada, adaptándose a las necesidades de cada usuario; b) amplia, atendiendo a los múltiples factores que inciden en estos usuarios: salud, familia, entorno laboral, etc.; c) flexible, el proceso de desintoxicación y deshabituación no es lineal, existe la posibilidad de la recaída como una parte más de todo el proceso; d) dilatado en el tiempo, el proceso hasta estar libre de cualquier dependencia a drogas o antagonistas de las mismas es largo, y la adherencia al tratamiento durante todo este periodo es esencial; e) diversificado, no solo hay que centrarse en la desintoxicación sino que hay que atender a un conjunto de intervenciones como puede ser la farmacología, la educación sanitaria o el trabajo familiar; y, por último, f) interdisciplinar, con el fin de garantizar una atención integral del usuario (Becoña y Martín, 2004).

Después de englobar los distintos marcos teóricos, y entender el papel fundamental del equipo multidisciplinar en este campo de trabajo, nos centraremos en la intervención desde el Trabajo Social.

Hay que tener en cuenta que el Trabajo Social se rige principalmente por unos valores y criterios independientemente del ámbito de intervención en el que se desarrolle, como son el derecho a la propia determinación y el principio de aceptación (Becerra, 1999).

En el terreno de las drogodependencias, la figura de los trabajadores sociales podría entenderse como un conjunto de “mediadores sociales” que tienen como finalidad desarrollar estrategias capaces de informar, prevenir y actuar, superando estereotipos y prejuicios. Para llegar a tener una idea de la actividad profesional de Trabajo Social en drogodependencias, se tienen que tener en cuenta múltiples factores que influyen a la hora de conformar una idea que refleje el rol de Trabajo Social en este ámbito (Losada et al., 1995).

Tradicionalmente, en drogodependencias se ha tendido a dejar en un segundo plano la visión social, primando un abordaje médico. Esto ha causado que, durante años, en la intervención en este campo no se les haya prestado suficiente atención a factores familiares o al contexto social del usuario entre otros (Gutiérrez, 2007; Mayor, 1995).

Otro aspecto que dificulta enmarcar nuestra disciplina en este ámbito, es su heterogeneidad. Los trabajadores sociales en el campo de las adicciones trabajan tanto en la coordinación con recursos externos, como en la información y orientación de recursos, en la acogida y recepción de usuarios, y en su posterior intervención tanto individual como grupal (Gómez et al., 2008).

El trabajador social puede estar en multitud de puestos y áreas, como la intervención directa con el usuario consumidor, el área familiar, educativa, laboral, o en la ocupación del ocio y tiempo libre (Losada et al., 1995). Esto, ligado a la falta de una metodología común de intervención, hace que tener una definición compartida por todos, sea dificultoso.

La falta de normativa a nivel legislativo que regule el rol del trabajador social en este campo, la falta de foros que ayuden a poner en común una serie de líneas de intervención que homogenicen el proceso, o el desconocimiento por parte de la población y de otros profesionales del papel que los trabajadores sociales desempeñan en este ámbito, también dificulta concretar una visión general de nuestra profesión.

Otros aspectos que han influido a la hora de conceptualizar las actuales funciones del Trabajo Social en drogadicciones han sido la contextualización de las drogodependencias en nuestro país y los modelos explicativos de las mismas, además de las pautas de consumos y el perfil de usuarios consumidor (Losada et al., 1995).

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, Gutiérrez (2007) define el Trabajo Social en este ámbito como:

“Una forma especializada de Trabajo Social que mediante un proceso de acompañamiento social, tiene por objetivo el estudio y abordaje de los factores sociales que pueden proporcionar la aparición de conductas adictivas, contribuir a su mantenimiento y/o favorecer su abandono; reduciendo los factores de riesgo de contexto social e incrementando los recursos del sujeto de naturaleza interactiva y psicosocial” (p.184).

Esta definición habla del Trabajo Social en drogodependencias como Trabajo Social especializado. Esto conlleva que, además de la formación general del Trabajo Social, se necesite una formación concreta y especializada en el ámbito de las drogas, a causa de que existe una gran diferenciación de las actividades e intervenciones con respecto a otros campos en los que está presente la profesión.

Otro elemento fundamental de la definición es el acompañamiento, dirigido a movilizar la situación actual del usuario, y mejorar su autonomía, además de acompañar a la familia en todo el proceso promoviendo cambios para la viabilidad familiar, disminuyendo los bloqueos o conflictos que se produzcan. La finalidad del acompañamiento sería que el usuario cree y reconstruya redes de integración que le permitan participar plenamente en la ciudadanía (Gutiérrez, 2007; Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid, 2012).

A causa de que las drogodependencias tienen una gran diversidad de causas que favorecen su origen y que alimentan su perpetuidad en el tiempo, el Trabajo Social tiene por objetivo abordar los factores sociales que han ido induciendo al usuario en esta problemática, y que la mantienen en ella. En este caso, el trabajador social tiene como función la reducción de estos factores de riesgo existentes en el contexto social del usuario, estudiando los diferentes niveles en los que los individuos desarrollan su vida cotidiana (hogar, familia, trabajo, amigos, etc.) (Gutiérrez, 2007).

Por todo, esto el Trabajo Social en este campo tiene algunas características que es importante reseñar. A la hora de trabajar en esta disciplina, la intervención se tiene que llevar a cabo desde una visión ecológica-sistémica, estudiando cada nivel

(microsistémico: hogar, trabajo; mesosistémico: familia, vida social; exosistémico: trabajo de la pareja o amigos de la misma; y macrosocial: sistema político, ideología). Esto servirá para saber en qué aspectos es más necesario intervenir y cuáles pueden ser un riesgo que promueva la perpetuidad de la adicción (Gutiérrez, 2007).

Además de que el Trabajo Social interviene en todos estos niveles de la vida del individuo, también está presente en todo el proceso en el ámbito de las drogodependencias (promocional, preventivo, asistencial y rehabilitador).

Como ya se ha comentado anteriormente, el profesional del Trabajo Social está dentro de un equipo multidisciplinar, así que hay que entenderlo como una pieza más de una máquina, es decir, una parte dentro del equipo, necesario para hacer una intervención integral. El papel del trabajador social es de enlace entre los diferentes sistemas de protección y el tejido social del usuario, pero teniendo en cuenta que el usuario es un agente activo, asumiendo responsabilidades en la toma de decisiones y en su proceso de cambio (Becerra, 1999).

Todos estos apuntes marcan una praxis general de la práctica de Trabajo Social en este campo. Sin embargo, junto a esto, hay que tener en cuenta otras variables que marcan el papel y las funciones del trabajador social en drogodependencias, como puede ser, las transformaciones legislativas, los cambios de los hábitos de consumo, la tipología de sustancia consumida, o el cambio de perfil de usuario consumidor entre otros. Estos elementos modifican el campo de trabajo y obligan a que el profesional del Trabajo Social se adecúe a las transformaciones que se vayan produciendo en su ámbito de intervención (Gutiérrez, 2007; Losada et al., 1995).

A parte del rol del trabajador social en drogodependencias en una intervención directa, es decir, el trabajador social que da respuesta a las demandas de los usuarios, familia, grupos, etc., hay otra parte menos visible que los profesionales de este ámbito realizan. Se trata de la intervención indirecta, en la que se incluyen actividades como el estudio, sistematización, análisis, investigación, programación, registro, evaluación, etc. que conforman gran parte del tiempo y la práctica del trabajador social. Este tipo de intervención permite tener conocimientos sobre el campo en el que se trabaja, los cambios sociales que se producen en el mismo, el seguimiento de la intervención o la modificación de prácticas para conseguir una mejora continua del servicio (Gutiérrez, 2007).

3.4 CENTRO DE SOLIDARIDAD DE ZARAGOZA.

Con el fin de enmarcar dentro de la organización el proyecto de intervención que se desarrollará posteriormente, se va a describir de manera general los proyectos que ofrece el CSZ a la comunidad aragonesa.

La Fundación CSZ consta de tres centros en Zaragoza, dos a nivel ambulatorio, la UASA (Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones) de Manuela Sancho y la de Valdefierro, y uno a nivel residencial, la Comunidad Terapéutica Entabán. En cada uno de los centros ambulatorios se trabajan con unas sustancias de consumo y por lo tanto con una tipología de usuario claramente diferenciada.

Los programas que se llevan a cabo en las UASAs del CSZ son:

- El programa de situaciones especiales, el cual está destinado a usuarios que por sus características personales: realización de otros proyectos, patología dual, o cualquier dificultad no encajan en los programas de carácter general del CSZ ofreciéndoles así una intervención más individualizada.

- El programa Alcohol, dirigido a personas con adicción al alcohol. La intervención con este tipo de usuarios se realiza a nivel grupal e individual. La intervención grupal en este colectivo se hace diferenciada por sexos al ser cualitativamente diferente su vivencia y forma dependiendo del sexo del usuario.

- El programa de Cannabis, como su propio nombre indica está destinado a usuarios consumidores de cannabis. Este programa tiene como principal objetivo la concienciación sobre los aspectos más problemáticos del uso de esta droga, así como motivar un cambio de vida, y la adquisición de hábitos saludables. Con este colectivo también se hace intervención a dos niveles, individual y grupal.

- El programa Altair, dirigido a consumidores de psicoestimulantes en su mayoría cocaína como sustancia de preferencia, mediante una intervención grupal e individual.

- Programa de consultorio de intervenciones psicoeducativas con adolescentes en riesgo. Este programa tiene como finalidad la consultoría para la preparación e información de agentes que intervienen en el ámbito educativo, dotándoles así de recursos para abordar conductas o situaciones de riesgo. También se asesora y forma a administraciones locales, dispositivos de atención socio-sanitaria y centros educativos en el desarrollo y diseño de destrezas para la prevención en el ámbito comunitario y programa de atención al medio escolar.

- Programa de Jóvenes Tarabidán, cuyo fin es la promoción de un proceso educativo y de maduración de jóvenes con comportamientos de riesgo como el consumo de drogas, conflictos entre iguales, violencia filio-parental, trastornos alimenticios, etc., así como facilitar su desarrollo social, familiar y personal. En este programa además de trabajar con la población diana (adolescentes), también se contempla a sus familias, ya que es necesaria la implicación familiar facilitando el aprendizaje ante los cambios producidos por el adolescente.

- El programa de atención familiar: en él se trabaja, desde una visión sistémica, la promoción, el apoyo, la capacitación y la orientación familiar, en las familias en las que alguno de sus miembros padezca adicción o haga un uso abusivo de las drogas. La atención se realiza de forma individual con los familiares y también a nivel grupal con otros familiares atendiendo a los aspectos parentales y conyugales de la convivencia y el conocimiento del proceso de recuperación.

- Programa Ulises: En este programa es en el que va ir englobado el programa Penélope. Es un programa de reducción de daños, va dirigido a usuarios con dependencia a opiáceos que tienen como objetivo abandonar y/o reducir el consumo y los riesgos que este conlleva este. Este programa se crea en 1998 cuando se comienza a dispensar por primera vez metadona en el centro, “aumentando de este modo las posibilidades de tratamiento para un número importante de consumidores habituales de opiáceos que no pueden realizar un programa libre de drogas” (Gracia et al., 2010; p. 5).

Esto supuso para el centro un cambio total de paradigma, ya que desde ese momento no iba a ser un programa libre de drogas en su totalidad, como en un principio pretendía ser. El programa en sus inicios tenía unos objetivos basados en los principios de los programas de reducción de daños y riesgos como, por ejemplo, prevenir el deterioro psíquico, físico y social de los distintos usuarios del programa, mejorar la calidad de vida de los usuarios, o disminuir los daños asociados al uso problemático de drogas, entre otros.

En la actualidad, y tras más de 10 años de experiencia y 700 usuarios (Gracia et al., 2010), en el programa se incluyen tres grandes niveles de intervención que justificarían la existencia de este programa. El primer nivel, denominado paliativo o de reducción de daños, intenta aminorar los daños ocasionados por el consumo de opiáceos, como por ejemplo la delincuencia, la prostitución, la violencia o las infecciones, además de asegurar una relación continuada tanto a nivel psicosocial como sanitario. El nivel

adaptativo se busca la reinserción del usuario, más que la continuidad de la abstinencia como tal, para lo cual se trabajan aspectos como el consumo controlado y la reducción de las recaídas, por último, el nivel terapéutico, que busca la abstinencia total y mantenida en el tiempo, alcanzando la normalización de la vida del usuario (Gracia et al., 2010).

El proyecto de intervención que se desarrolla a continuación, irá enfocado a complementar la intervención que ya se hace con los usuarios del programa Ulises, enfocado desde una perspectiva de género y biopsicosocial. El objetivo es intervenir en el grupo de mujeres usuarias del programa Ulises, que presentan dependencia de la heroína y que ejercen o están en riesgo de ejercer la prostitución.

4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN “PENÉLOPE”

4.1 INTRODUCCIÓN

La deshabitación del consumo de opiáceos es especialmente difícil por la cantidad de factores desfavorables que afectan a la vida de las personas consumidoras de heroína. Si a esta dificultad, le añadimos el factor de género y la práctica de la prostitución, todo este proceso es infinitamente más duro y largo, tanto para la usuaria como para su entorno. Por este motivo, el apoyo institucional pasa a tener un papel clave en todo el proceso.

Como ya avanzamos en el marco teórico, en el ámbito de las drogodependencias se pueden constatar diferencias no solo en cuanto al género de las usuarias sino también a las necesidades que precisan y a las demandas que realizan (Urbano y Arostegi, 2004). Por este motivo este proyecto de intervención va dirigido especialmente para mujeres que están ejerciendo la prostitución o la han ejercido en el pasado (y, por tanto, están en riesgo de volver a ejercerla), usuarias del PMM, con el fin de trabajar e intervenir en factores que influyen en la rehabilitación integral de este colectivo.

Hasta el momento, no existe ningún plan de intervención específico para este colectivo. Así pues, basándome en las necesidades observadas durante el análisis bibliográfico en la realización del marco teórico, y mi experiencia en prácticas en el CSZ, he decidido diseñar una intervención biopsicosocial en la que se aborden aquellos factores que están afectando a la calidad de vida de las usuarias, como son la violencia de género, las conductas sexuales de riesgo, la baja autoestima o la falta de alternativas laborales y formativas, entre otros.

El héroe descrito en la Odisea de Homero da nombre al programa Ulises que realiza el CSZ, haciendo apología de la odisea que sufrió Ulises con el fin de retornar a la normalidad de su hogar. El programa que se presenta en este Trabajo Fin de Grado, dada su vinculación con el anterior, lleva el nombre de “Proyecto Penélope”. Penélope, esposa de Ulises, es símbolo de resistencia, pues según la literatura, urdió una estrategia (destejer de noche lo que tejía de día) para rechazar las propuestas de los pretendientes que la asediaban durante la ausencia de Ulises.

4.2 ANÁLISIS DE LA REALIDAD

4.2.1 OBJETO DE ESTUDIO

Mujeres atendidas por dependencia a la heroína en el programa Ulises, del CSZ, que han ejercido alguna vez la prostitución, están ejerciéndola o están en riesgo de ejercerla.

4.2.2 CONTEXTUALIZACIÓN

Este proyecto está elaborado para ser llevado a cabo en el CSZ. El CSZ es una institución que tiene como misión “llevar a cabo, en la Comunidad Aragonesa y más específicamente en su capital, tareas de prevención, investigación y divulgación de los riesgos derivados de las diferentes tipologías de adicciones, así como la atención a personas con problemas asociados a las mismas y a sus familias” (Memorias Proyecto Hombre, 2014).

En esta institución se tratan adicciones a sustancias químicas, alcohol, cannabis, psicoestimulantes y heroína. También se trabajan aspectos de prevención del consumo de drogas en adolescentes y se ofrece asesoramiento familiar y jurídico.

El diseño de este proyecto iría enfocado a reforzar de una manera psicosocial a las usuarias sujetas al programa Ulises, el cual ha sido descrito anteriormente. La mayoría de usuarios que están en tratamiento en el programa Ulises son varones con edades comprendidas entre los 40 y 50 años, con largas trayectorias adictivas, como reflejan las memorias de la Fundación. Según los datos recogidos en 2013, 114 de 268 usuarios atendidos en ese año, pertenecían a esa franja de edad. En 2014, 118 de 278 usuarios tenían entre 41 y 50 años (Memorias Proyecto Hombre, 2013, 2014). Los datos más recientes disponibles, de 2015, confirman esta tendencia: 126 de 282 usuarios tenían entre 41 y 50 años (Memorias Proyecto Hombre, 2015).

La presencia de mujeres en el programa es mucho menor que la de los hombres. Como se puede ver en la Tabla 1, el porcentaje de mujeres que acuden al programa Ulises ha oscilado entre el 19,5% y el 24% entre el 2011 y el 2014. En 2015 continua esta tendencia ya que, de un total de 282 usuarios, únicamente 55 son mujeres.

Tabla 1. Usuarios del programa Ulises (años 2011 a 2015).

AÑO	Mujeres atendidas por el programa Ulises	Total de Personas atendidas por el programa Ulises
2011	57	292
2012	80	334
2013	60	268
2014	57	278
2015	55	282

Fuente: Memorias Proyecto Hombre

En la Tabla 1 aparece reflejado como, tras un ligero descenso de la demanda en los años anteriores, en 2015 se produjo un pequeño repunte en el número de usuarios, no así en el de mujeres que ha ido disminuyendo ligeramente desde el año 2012.

Actualmente, en lo que llevamos de 2016, según la información proporcionada por los profesionales encargados del programa Ulises, hay 7 usuarias que están ejerciendo la prostitución, si bien son alrededor de una veintena las que, a lo largo de su tratamiento en este programa, han tenido relación con la prostitución. Así pues, las mujeres que acuden al programa Ulises para la dispensación de metadona y que, además, ejercen o han ejercido en algún momento la prostitución, constituyen un colectivo de intervención psicosocial importante, en la medida en que se encuentran en una situación de mayor riesgo social. Este hecho justifica la necesidad de diseñar un programa de intervención específico para este grupo de usuarias del programa Ulises en el CSZ.

4.3 OBJETIVOS

El proyecto de intervención que aquí se presenta tiene un objetivo general y varios específicos que se describen a continuación.

4.3.1 OBJETIVO GENERAL

A- Crear un grupo que aborde aquellos aspectos psicosociales y sanitarios más relevantes para las mujeres que están en tratamiento en el programa Ulises del CSZ y que están ejerciendo la prostitución, la han ejercido alguna vez, o están en riesgo de hacerlo.

4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A.1- Explorar las necesidades que pueden llevar a las mujeres del programa Ulises a ejercer la prostitución.

A.2- Prevenir que las mujeres usuarias del al programa Ulises desarrollen el ejercicio de la prostitución.

A.3- Promocionar hábitos que fomenten la seguridad e integridad física y psicológica de las mujeres del programa Ulises.

A.4- Desarrollar habilidades que fomenten su autoestima y salud psicológica.

A.5- Estudiar el mercado laboral y/o formativo que puede servirles de alternativa a la hora de conseguir recursos económicos.

A.6- Incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.

A.7- Promover hábitos sexuales saludables, como el uso del preservativo, aumentar la concienciación sobre los riesgos asociados a la práctica sexual sin protección, así como las enfermedades de transmisión sexual, además de fomentar las revisiones médicas de manera regular.

A.8- Identificar conductas asociadas a la violencia de género que pueden sufrir a manos de sus parejas o clientes.

4.4 ACTIVIDADES

En este apartado se incluyen las actividades que conforman cada una de las seis sesiones del proyecto “Penélope”. A continuación, se describe cada una de ellas, el tiempo que se va a ser necesario para su desarrollo, y el profesional responsable de la actividad.

El proyecto consta de un total de seis sesiones, a razón de una sesión por semana, en las que se llevarán a cabo varias actividades para trabajar los objetivos de intervención propuestos en el apartado anterior. Las sesiones serán llevadas a cabo por el equipo terapéutico del centro de Manuela Sancho, los cuales ya son responsables del programa Ulises. Este aspecto es fundamental, ya que el hecho de que las mujeres participantes conozcan a los profesionales, favorece un clima de confianza que repercutirá positivamente en la adherencia al programa de intervención.

Las sesiones se llevarán a cabo en formato grupal. El grupo estará formado por unas 10-12 usuarias, seleccionadas por los profesionales que coordinan el programa Ulises. Esta selección se llevará a cabo conforme a dos variables: el tiempo que lleva la usuaria dentro del programa Ulises y el ejercicio activo de la prostitución, resultando así candidatas a formar parte del grupo, las mujeres que lleven más tiempo en el PMM y que realicen en estos momentos el ejercicio de la prostitución o que el mismo esté más cercano en el tiempo. El día elegido para la sesión es el martes, por ser el día de mayor afluencia al recurso para la recogida de metadona, lo cual facilitará la asistencia de las usuarias a la sesión grupal. La duración de cada una de las sesiones será de dos horas teniendo un descanso aproximadamente a la mitad de la sesión.

Las actividades que se desarrollan en las distintas sesiones pueden ser modificadas en base al propio funcionamiento del grupo, con el fin de adecuarse a las sugerencias o necesidades de las componentes del mismo. Estas actividades están enfocadas a la consecución de los distintos objetivos específicos reflejados anteriormente.

Antes de comenzar las sesiones grupales, se tendrá una entrevista con cada una de las usuarias seleccionadas para participar en el proyecto, con el fin de conocer su interés por la participación en el mismo, su conocimiento sobre los diferentes temas que se van a trabajar en las sesiones o las prácticas que ellas llevan a cabo. Esto permitirá a los profesionales saber la motivación con la que parten las usuarias y los aspectos en los que es necesario profundizar más.

Con el fin de tener una visión global, se presentan en la Tabla 2 de la página siguiente las sesiones de trabajo, las actividades propuestas y los objetivos planteados en cada una de ellas.

Tabla 2. Sesiones de trabajo, objetivos y actividades del Programa Penélope.

SESIONES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES
SEMANA 1	A.1- Explorar las necesidades que pueden llevar a las mujeres del programa Ulises a ejercer la prostitución	-Presentación y acogida de las participantes. - Conocimiento de las participantes entre sí.
Sesión 1: Presentación y acogida del grupo, y de las participantes.		
SEMANA 2	A.2- Prevenir que las mujeres usuarias del al programa Ulises desarrollen el ejercicio de la prostitución. A.3- Promocionar hábitos que fomenten la seguridad e integridad física y psicológica de las mujeres del programa Ulises. A.4- Desarrollar habilidades que fomenten su autoestima y salud psicológica.	- Englobar concepto de autoestima - Dinámica “el círculo” para identificar aspectos positivos en otras personas y aprender a dar y recibir elogios - Dinámica “Imagínate a ti mismo”. Tiene como finalidad valorar la capacidad y el poder que tienen las personas y la necesidad de fijarse unos objetivos claros
Sesión 2: Taller-dinámica para fomentar la autoestima y establecimiento de metas		
SEMANA 3		
Sesión 3: Charla informativa sobre prácticas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual y pautas farmacológicas e higiénicas.	A.2- Prevenir que las mujeres usuarias del al programa Ulises desarrollen el ejercicio de la prostitución. A.6- Incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito A.7- Promover hábitos sexuales saludables, como el uso del preservativo, y aumentar la concienciación sobre los riesgos asociados a la práctica sexual sin protección, como las enfermedades de transmisión sexual, además de fomentar las revisiones médicas de manera regular.	- Charla sobre prácticas sexuales seguras. - Charla sobre temas relacionados con la higiene, el uso de la medicación y la relación médica.
SEMANA 4	A.2- Prevenir que las mujeres usuarias del al programa Ulises desarrollen el ejercicio de la prostitución. A.5- Estudiar el mercado laboral y/o formativo que puede servirles de alternativa a la hora de conseguir recursos económicos	- Realización del currículum vitae - Mapeo de recursos donde poder ir a solicita empleo o cursos formativos
SESIÓN4: Orientación laboral y mapeo de recursos asociados a la búsqueda laboral y formativa		
SESIÓN 5	A.2- Prevenir que las mujeres usuarias del al programa Ulises desarrollen el ejercicio de la prostitución. A.3- Promocionar hábitos que fomenten la seguridad e integridad física y psicológica de las mujeres del programa Ulises. A.8- Identificar conductas asociadas a la violencia de género que pueden sufrir de manos de sus parejas o clientes.	- Diferenciación y definición de parejas sanas y tóxicas mediante una dinámica - Lectura del cuento “la cenicienta que no quería comer perdices” para trabajar la violencia de género
Sesión 5: Taller-coloquio sobre relaciones sentimentales sanas, concienciación sobre parejas tóxicas y violencia de género		
SEMANA 6		- Rememorar los aspectos más importantes de las distintas sesiones - Despedida y cierre
Sesión 6: Cierre y evaluación del grupo		

4.4.1 DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES

SESIÓN 1: PRESENTACIÓN Y ACOGIDA DEL GRUPO, Y DE LAS PARTICIPANTES.

-Duración: 1 hora

- Impartida por: Trabajadora Social

Esta primera sesión contará de varias partes. Se comenzará comentando la creación del grupo y cuáles son los objetivos que se quieren conseguir con su realización, promoviendo así el sentimiento de pertenencia y la cohesión grupal. En esta parte se comentarán las sesiones que se van a desarrollar a lo largo de estas semanas y la temática de las mismas mediante la exposición del cronograma.

Las mujeres que van a participar en este proyecto ya se conocen casi en su mayoría, ya que además de coincidir en el programa Ulises, tienen relaciones de amistad o acuden a otras instituciones de manera conjunta, con las que también tienen relación. Por lo tanto, el conocimiento entre las integrantes del grupo va a estar basada en la búsqueda de aspectos comunes entre sí. Para ello, se va a realizar una dinámica cuya finalidad es fomentar un ambiente participativo, en el que comiencen a comunicarse y logren un conocimiento sobre sí mismas, además de establecer lazos de identificación entre ellas que ayuden a conformar un clima de confianza.

La dinámica comienza con la división del aula en dos partes, la del SÍ y la del NO. La persona que imparte la sesión en este caso, la trabajadora social, expone unas premisas explicando que si las responden con sinceridad se darán cuenta de las cosas que tienen en común unas con otras. Así, con cada afirmación de la trabajadora social, las participantes se tienen que posicionar en un lado o en el otro del aula.

Premisas:

- Llevo más de 5 años acudiendo al CSZ a recoger metadona
- He tenido más de una recaída en lo que llevo de tratamiento
- Actualmente tengo una relación sentimental
- Tengo hijos
- Creo que soy una mujer valiente

- Alguna vez me he sentido rechazada a causa de mi relación con las drogas
- En ocasiones he sentido que soy inferior a los demás
- Alguna vez en mi vida he ejercido la prostitución
- Alguna vez he mantenido relaciones sexuales sin protección
- Alguna vez en mi vida he sufrido vejaciones o acoso por parte de mi pareja o clientes
- Sueño con encontrar otro trabajo
- Me imagino dentro de 5 años sin depender de la heroína o la metadona

Estas afirmaciones están basadas en las temáticas que se irán tratando en las diferentes sesiones. Esta actividad permitirá conocer a la trabajadora social la situación de cada una de las participantes y cuál es el punto de partida, además de visibilizar los nexos de unión entre las participantes.

Al finalizar la dinámica, las integrantes del grupo se sentarán en círculo y se les preguntará cómo se han sentido, si se han identificado con alguna de sus compañeras, si pensaban que sus compañeras podían estar en la misma situación que ellas, y si quieren compartir alguna vivencia en relación a las premisas que se han dado.

El grupo finalizará haciendo hincapié en que estos temas se trabajarán en las siguientes reuniones del grupo, además de recordarles la fecha y hora de la siguiente sesión.

SESIÓN 2: TALLER-DINÁMICA PARA FOMENTAR LA AUTOESTIMA Y ESTABLECIMIENTO DE METAS.

-Duración: 2 horas

- Impartida por: Psicóloga

Para comenzar con esta sesión se realizará una pequeña exposición con el fin de que las participantes comprendan qué es la autoestima y cómo influye ésta en el desarrollo de la vida diaria.

A continuación, la psicóloga preguntará como se sienten y si creen tener una buena autoestima. Para ello, se basará en preguntas de la escala de Rosemberg que mide el nivel de autoestima de una persona, y en la que se incluyen aspectos cómo si creen que son

buenas personas, o en ocasiones se sienten inútiles, si tienen aspectos por los que estar orgullosas o si piensan que son unas fracasadas (Véase anexo 2).

Para trabajar la autoestima se van a realizar dos dinámicas. La primera se denomina “el círculo” y tiene como finalidad identificar aspectos positivos en otras personas y aprender a dar y recibir elogios. La dinámica consiste en fijarse solamente en las características y aspectos positivos de las integrantes del grupo. Para esto van a sentarse en círculo y poner su nombre en la parte superior de un folio, el cual se lo pasarán a su compañera de la derecha, esta apuntará alguna característica positiva que ve de la propietaria del folio y lo irá pasando hasta que cada papel llegue a la dueña del mismo, con todos los elogios que han apuntado sus compañeras.

Cada una de ellas se levantará y, colocándose en el centro del círculo, leerá en alto las características que sus compañeras han visto en ella y comentará si se ve reflejada en las mismas.

La segunda dinámica que se realizará se llama “Imagínate a ti mismo”. Tiene como finalidad valorar la capacidad y el poder que tienen las personas sobre su futuro y la necesidad de fijarse unos objetivos claros. Consiste en que las participantes imaginen cómo desean que sea su futuro y como serán ellas dentro de unos años. Para esto deberán cerrar los ojos y seguir las instrucciones de la psicóloga. Esta leerá en voz alta, dejando tiempo a la reflexión las siguientes preguntas:

- ¿Cómo te imaginas físicamente dentro de 10 años?
- ¿A qué crees que te dedicas?
- ¿Con quién vives?
- ¿Tienes pareja?
- ¿Tienes hijos?
- ¿Eres feliz?
- ¿De qué te sientes más orgullosa?

Al concluir estas preguntas las participantes pueden abrir los ojos. Se les expone si creen que ese futuro imaginado será necesariamente así o si puede ser de otra forma y, sobre todo, si creen que conseguir el futuro que desean es algo que depende en gran parte de ellas, o si creen que no pueden hacer nada para acercarse al futuro que les depara.

La psicóloga deberá moderar el debate enfocándolo a las potencialidades que tienen, con el fin de aumentar las probabilidades de alcanzar los objetivos propuestos. Para esto se les explicará que tienen que tener claro cuáles son las metas que quieren conseguir, y establecer caminos para hacerlo. El establecimiento de metas ayudará a clarificar sus objetivos vitales y, por tanto, repercutirá en una mejora significativa de su bienestar y de su autoestima.

El grupo finalizará recordando el día y la hora de la próxima sesión.

SESIÓN 3: CHARLA INFORMATIVA SOBRE PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PAUTAS FARMACOLÓGICAS E HIGIÉNICAS.

- Duración: 2 horas

- Impartida por: Médico

Esta sesión consistirá en una charla impartida por el médico en la que se abordarán dos aspectos. Por un lado, se trabajarán aspectos relacionados con las prácticas sexuales, y por otro, temas relacionados con la higiene, el uso de la medicación y la relación médica.

Se procederá a realizar una charla sobre la necesidad del uso del preservativo a la hora de tener relaciones sexuales, sobre todo durante el ejercicio de la prostitución, y los riesgos que conlleva no utilizarlo. Para ello, se explicarán las enfermedades de transmisión sexual más comunes, sus vías de transmisión, y la necesidad de acudir al médico en caso de contagio.

En la segunda parte de la sesión, el médico trabajará aspectos relacionados con la higiene personal, tanto para el desarrollo de la vida diaria y la salud, como para la búsqueda de trabajo; la importancia de tomarse la medicación (metadona) de manera regular con el fin de evitar desequilibrios emocionales y físicos; así como fomentar las visitas regulares a su médico de cabecera y a él mismo para trabajar el decalaje de la medicación (metadona).

Para finalizar esta sesión se realizarán unas preguntas con el fin de repasar y afianzar los aspectos que se han tratado durante la sesión como, por ejemplo, si conocían ya la información o no, tipos de reacciones si no toman la medicación, enfermedades de transmisión sexual, tipos de contagio de las mismas, etc. Estas preguntas se responderán entre todos, fomentando la participación intergrupala.

Para finalizar se les recordará el día y la hora de la próxima sesión.

*SESIÓN 4: ORIENTACIÓN LABORAL Y MAPEO DE RECURSOS ASOCIADOS
A LA BÚSQUEDA LABORAL Y FORMATIVA*

- Duración: 2 horas

- Impartida por: Trabajadora Social

Esta sesión va a ir enfocada a la búsqueda de centros y recursos formativos y laborales a los que las participantes puedan dirigirse.

Para ello la primera parte de la sesión va a consistir en la realización de un currículum vitae (CV). Para su realización, se les expondrá una plantilla básica de CV y que ellas vayan rellenando con sus datos los diferentes apartados.

Una vez realizada esta actividad, se va a proceder a hacer un mapeo de los recursos o centros donde pueden ir a solicitar empleo o cursos formativos. Con la finalidad de saber cuáles son los recursos que ellas conocen y fomentar la participación, se van a poner por parejas y en un folio van a poner los recursos donde pueden ir a solicitar empleo o cursos. Transcurridos unos minutos se pondrá en común lo que hayan apuntado

Tras esto, se les comentarán más recursos, se concretará para qué están destinados y qué pueden solicitar en cada uno de ellos. Tal es el caso, de las Empresas de Trabajo Temporal (ETT), los centros de colocación como el de la Fundación Federico Ozanam, Asociación el Tranvía o Cruz Roja, etc. En el terreno formativo, se les proporcionará información sobre los cursos ofrecidos por los Centros Municipales de Servicios Sociales, centros donde se imparte la Educación Secundaria para adultos o cursos ofrecidos por instituciones como las anteriormente apuntadas.

Para terminar, se recordará la fecha y hora del siguiente grupo.

*SESIÓN 5: TALLER-COLOQUIO SOBRE RELACIONES SENTIMENTALES
SANAS, CONCIENCIACIÓN SOBRE PAREJAS TÓXICAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO*

- Duración: 2 horas

- Impartida por: Trabajadora Social

Esta sesión va enfocada a trabajar dos grandes aspectos. En primer lugar, se analizarán las características de una relación de pareja sana, entendida como las relaciones basadas en la equidad entre los miembros de la pareja y la libertad de los mismos, y en

segundo lugar se trabajarán elementos relacionados con las relaciones tóxicas y la violencia de género, tanto física como psicológica.

Para comenzar la sesión se realizará una dinámica para el establecimiento de premisas con las que posteriormente se trabajará. Para ello, se repartirán unas tarjetas de diferentes colores a cada integrante del grupo, en las que estén apuntadas situaciones que se podrían dar en una pareja. Ellas tendrán que colocar las tarjetas en la pizarra según su experiencia. En la pizarra aparecerá la siguiente distribución de experiencias, que permitirá a las usuarias clasificarlas como características de una relación sana o de una relación tóxica, tanto si las han vivido como si no.

RELACIÓN SANA		RELACIÓN TÓXICA	
Lo he vivido	No lo he vivido	Lo he vivido	No le he vivido

SITUACIONES:

- Cundo voy a comprar le tengo que pedir permiso a mi pareja.
- Me apetece salir con mis amigas, pero a mi novio no le caen bien y no quiere que me junte con ellas
- Me revisa el móvil
- Cree continuamente que le voy a ser infiel
- Controla cuando salgo y entro de casa
- Me ayuda en las tareas del hogar
- Le pido permiso para salir a tomar un café
- Controla mi forma de vestir
- Respeta mis decisiones
- Me presta apoyo cuando lo necesito

- Apoya en mis retos personales
- Me insulta
- Gestiona el dinero que gano
- Me consulta en la toma de decisiones importantes

Tras la colocación de las situaciones en cada una de las partes de la pizarra, se invitará a las participantes a reflexionar sobre los resultados y luego a comentar las sensaciones y resultados de esta dinámica.

En la segunda parte de la sesión se van a trabajar aspectos relacionados con la violencia de género y la libertad personal. Para ello se va a partir del cuento “La cenicienta que no quería comer perdices”. Este cuento es un recurso utilizado a la hora de trabajar con mujeres que sufren o han sufrido violencia de género, que relata la historia de una princesa que se siente infeliz y poco valorada con su vida en pareja y un día decide dejarlo todo atrás y realizarse ella misma como persona. Tras la lectura del cuento se buscará la reflexión personal de las participantes y posterior puesta en común de las metáforas del cuento.

En esta parte de la sesión se buscará la participación de las integrantes, fomentando que ellas mismas ejemplifiquen algunas situaciones que hayan vivido.

Para finalizar recordará la fecha y hora de la siguiente y última sesión.

SESIÓN 6: CIERRE Y EVALUACIÓN DEL GRUPO

- Duración: 1 hora
- Impartida por: Trabajadora Social

Esta será la última sesión y su objetivo será reflexionar sobre las diferentes actividades realizadas en las semanas previas.

Para comenzar se les recordará que con esta sesión se finalizará estas reuniones de grupo y que por lo tanto se pretende revisar a grandes rasgos los aspectos que han ido trabajando en el transcurso de las sesiones. Para ello se fomentará que las integrantes expongan aspectos o ideas que se han trabajado durante las reuniones de los diferentes grupos y comenten si éstas han mejorado sus conocimientos y si han puesto en práctica algunas de las recomendaciones realizadas por los profesionales.

Para finalizar se les pasará un cuestionario con el fin de evaluar a grandes rasgos todas las sesiones (véase anexo 3).

4.5 CRONOGRAMA

TEMPORALIZACIÓN						
SESIONES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA
Presentación						
Alternativas laborales y formativas						
Prácticas saludables						
Autoestima						
Relaciones sanas						
Cierre y evaluación						

4.6 RECURSOS

4.6.1 PERSONALES

Por lo que respecta a los recursos personales para la puesta en marcha de este proyecto serán necesarios una trabajadora social, una psicóloga, y un médico.

Estos tres profesionales son parte del equipo interdisciplinar del CSZ y en concreto del programa Ulises.

4.6.2 MATERIALES

Con el fin de conocer los recursos materiales necesarios para desarrollar el proyecto se dividirán en dos grandes apartados: fungibles, los cuales se agotan con el uso, sirviendo solo para la realización de proyecto; y los no fungibles, cuya vida tienen un largo plazo, es decir, no se agotan con la realización del proyecto.

NO FUNGIBLES

- 1 sala para grupos
- 15 sillas
- Ordenador
- Pizarra
- Proyector

FUNGIBLES

- Material de oficina (bolígrafos, folios, rotuladores para la pizarra...)

4.6.3 TÉCNICOS

Refiriéndose a los medios que se valen de plataformas tecnológicas para cumplir su fin, como en este caso sería la conexión a Internet.

4.7 PRESUPUESTO

Material fungible	25€
Material no fungible	75€

Personal	Trabajadora Social 25h*50€/h Planificación, desarrollo y evaluación	1.250€
	Psicóloga 8h*50€/h Ejecución y evaluación	400€
	Médico 2h*50€/h Ejecución	100€
Reservas		150€
TOTAL (Cubierto por la entidad)		1.950€

4.8 EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto será lo más participativa posible, centrándose en los objetivos propuestos y en las necesidades y capacidades de las integrantes del grupo. A causa de la tipología de este colectivo, la evaluación va a estar centrada en el desarrollo de las sesiones y no solo en el resultado del mismo, es decir, se trata de una evaluación centrada en el proceso y no únicamente en el resultado.

En todo este proceso se van a utilizar técnicas cuantitativas, y cualitativas, siempre basadas en la participación de las participantes del grupo. La evaluación se va a dividir en tres grandes momentos.

- a) Evaluación inicial: mediante la realización de una entrevista con cada una de las participantes seleccionadas para conformar el grupo. El objetivo es conocer su motivación, los conocimientos que tienen y las prácticas que en esos momentos realizan sobre los diferentes temas a tratar. Gracias a esto se puede averiguar el punto de partida desde el que comenzar el grupo y tener una idea general de cada una de las participantes.

- b) Evaluación durante las sesiones: después de cada sesión se comentarán las impresiones de las actividades, se repasarán de forma oral y participativa los contenidos dados en ese día en el grupo. Los profesionales que ese día sean los responsables del grupo deberán apuntar las impresiones que han comentado las participantes, si les ha gustado, si modificarían algo para el siguiente grupo, etc.
- c) Evaluación final: en la última sesión se administrará un cuestionario final que englobe la satisfacción con el trato recibido, los conocimientos trabajados y la utilidad de estos a sus vidas tanto profesional como personal.

Al finalizar las sesiones se pretende realizar evaluaciones ex post, es decir, realizarlas después de que acabe el proyecto o un tiempo después. En este caso se realizará una entrevista a los 3 meses de manera individualizada con cada una de las participantes, y otra a los 6 meses, con el fin de conocer el impacto real que estas sesiones han tenido sobre sus vidas y si han servido para modificar algún aspecto que incida de manera desfavorable a su salud biopsicosocial.

Se considerará como logro si el 70% de las mujeres en la primera entrevista después de la realización del proyecto (3 meses después), ha cambiado alguna de las conductas o situaciones que afectaran de manera desfavorable a su salud, entendiendo salud como el completo estado de bienestar físico, social y mental, y en la segunda (6 meses después) al menos el 40% han seguido manteniendo estas modificaciones.

5. CONCLUSIONES

La adicción a la heroína es una de las drogodependencias menos visible en estos momentos en España, al entender que es una droga con poca prevalencia de consumo baja, y más entre la población femenina. Lejos queda ya la alarma que generó en la sociedad española en los años 80, como consecuencia de los problemas asociados a su consumo. No obstante, datos recientes apuntan a un repunte del consumo de esta sustancia en países como Estados Unidos, hasta el punto de haberse multiplicado por cuatro las muertes por sobredosis de esta sustancia³. Además, otras noticias se hacen eco del repunte del consumo de heroína en nuestro país, siendo la capital aragonesa, además de otras ciudades como Barcelona, Madrid o Galicia, destinos principales de esta droga.⁴

La heroína es una de las drogas más estigmatizantes para la población que las consume, lo cual nos sitúa ante un colectivo en el que es necesario llevar a cabo una intervención integral, más allá del logro de la abstinencia. Y, en este sentido, la labor del profesional del Trabajo Social es incuestionable (Gutiérrez, 2007).

Si al consumo de heroína le sumamos, el hecho de ser mujer, aumentan de manera significativa las consecuencias negativas hacia la salud psicológica y emocional de la usuaria. Como se ha comentado a lo largo del marco teórico, la mujer consumidora de sustancias ha estado en un segundo plano tanto en la investigación como en la intervención, siendo la figura masculina el centro de todas ellas. El hecho de que su consumo vaya asociado a una mayor estigmatización, una gran sensación de culpabilidad, una falta de autoestima mayor que en el género masculino, nos plantean la necesidad de intervenir de manera diferenciada a la mujer dependiente de heroína, atendiendo a las necesidades psicosociales que presenta.

Teniendo como meta una intervención integral dentro del programa Ulises, más allá de la dispensación de metadona y la intervención individual, se propone la creación de este nuevo proyecto, con el fin de trabajar factores que influyen de manera directa en las mujeres que están en contacto con la prostitución. De este modo la intervención se formula a nivel grupal con el objetivo de favorecer aspectos educativos y emocionales que a otro nivel serían más dificultosos.

El hecho de trabajar exclusivamente con mujeres y con profesionales con las que ellas ya tienen relación, busca fomentar la cohesión grupal, en un colectivo en el que es

³ http://elpais.com/elpais/2016/03/03/videos/1457016119_887628.html

⁴ http://politica.elpais.com/politica/2016/06/03/actualidad/1464975692_982464.html

complicado lograr la adherencia a las intervenciones. En este sentido, y dado que se abordan temas tan delicados como la violencia de género o la educación sexual, es fundamental crear un clima de confianza en el que las mujeres participantes se sientan libres para opinar y compartir sus experiencias.

Como comentaba anteriormente, la figura del profesional del Trabajo Social dentro del ámbito de las drogodependencias en general, y de un proyecto de estas características en particular, es imprescindible. Su labor es fundamental en tanto que informa, previene y actúa sobre los factores sociales que influyen en la aparición, el mantenimiento y abandono de todo el proceso de drogodependencias, además de reforzar los recursos sociales del sujeto con el fin de realizar un acompañamiento hasta la rehabilitación total del usuario. En resumen, es una figura profesional clave tanto en el diseño, y ejecución del proyecto, como en su posterior evaluación.

Mi experiencia directa con el colectivo de usuarios dependientes de la heroína, me ha permitido ver como en muchos casos, resulta difícil intervenir más allá de la dispensación de la metadona. Sin embargo, las consecuencias asociadas al consumo de heroína, especialmente en el caso de las mujeres dependientes que ejercen o están en riesgo de ejercer la prostitución, son realmente devastadoras y exigen, al menos el intento, de abordarlas desde el punto de vista profesional.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Becerra, R. M. (1991). *Trabajo Social en drogadicción*. Buenos Aires: Humanitas.
- Becoña, E. y Martín, E. (2004). *Manual de Intervención de drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Cano, L. (1991). *La intervención en el alcoholismo y otras drogodependencias desde los Servicios Sociales de la Generalitat Valenciana*. Madrid: Cirsa.
- Cáritas, Diócesis de Zaragoza. (1996). *La prostitución en la calle*. Zaragoza: Repes.
- Carrasco, M. y García-Mina, A. (2006). *Diferencias de género en el uso de las drogas*. Madrid: Ediosfer.
- Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Centro de Solidaridad. (2011). *Memorias CSZ-PH*. Zaragoza: Centro de Solidaridad de Zaragoza.
- Centro de Solidaridad. (2012). *Memorias CSZ-PH*. Zaragoza: Centro de Solidaridad de Zaragoza.
- Centro de Solidaridad. (2013). *Memorias CSZ-PH*. Zaragoza: Centro de Solidaridad de Zaragoza.
- Centro de Solidaridad. (2014). *Memorias CSZ-PH*. Zaragoza: Centro de Solidaridad de Zaragoza.
- Centro de Solidaridad. (2015). *Memorias CSZ-PH*. Zaragoza: Centro de Solidaridad de Zaragoza.
- Chueca, E. (2013). *Estudio-Diagnóstico sobre la mujer que ejerce prostitución en Zaragoza*. Zaragoza: Trabajo Fin de Grado.
- Equipo de Investigación Sociológica (EDISA). (2000). *El consumo de alcohol y otras drogas en el colectivo femenino*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Equipo de Investigación Sociológica (EDISA). (2007). *El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres*. Madrid: Instituto de la mujer.
- Fernández, J. J. y Torrens, M. (2005). *Monográfico de Opiáceos*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Gracia, J., Yzuel, M., Nieves, Y., Castaño, V., Ortega, J., Jordán, J. I. y Montesa, B. (2010). *Ulises. Programa de mantenimiento con metadona*. Zaragoza: Centro de Solidaridad.

- Gómez, J., Palop, E. y Soriano, R. (2008). *Trabajo Social y conductas adictivas*. Valencia: Cofiformes S.L.
- Gutiérrez, A. (2007). *Drogodependencias y trabajo social*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. (2005). *Mujer y adicción*. Madrid: Instituto de adicciones de Madrid Salud.
- Instituto de Adicciones de la ciudad de Madrid. (2012). *Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones*. Madrid: Instituto de Adicciones de Madrid Salud.
- Losada, M. J., Márquez, P. y Sebastián, P. (1995). *Aproximación de las funciones de los trabajadores sociales en centros de atención a las drogodependencias*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Maroto, Á. (2005). *Manual de buena práctica para la atención a drogodependientes en los centros de emergencia*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de España.
- Martín, V. (2009). *Las drogas entre nosotros*. Málaga: Aljibe.
- Mayor, J. (1995). *Las drogodependencias como objeto del trabajo social*. Madrid: Servicio de publicaciones de la Universidad Complutense.
- Meneses, C. (2001). *Mujer y heroína. Un estudio antropológico de la heroínomanía femenina*. Granada: Tesis Doctoral.
- Meneses, C. (2010). Usos y abusos de drogas en el contexto de la prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 329-344.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Heroína*. Madrid: Indugraf Madrid S.A.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Encuesta Estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias*. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/PRESENTACION_ESTUDES_2010.pdf
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2013). *Consumo, percepciones y opiniones ante las drogas*. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_Informe_Estadisticas_EDADES.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) *Informe: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf

Observatorio Español sobre Drogas. (2009). *Informe: Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/oed-2009.pdf>

Universidad de Zaragoza. (1992). *Consumo de drogas en Aragón*. Zaragoza: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Zaragoza.

Urbano, A. y Arostegi, E. (2004). *La mujer drogodependiente*. Bilbao: Ipar.

Zatrow, C. (2008). *Trabajo Social con Grupos*. Madrid: Paraninfo.

7. ANEXOS

ANEXO 1: Entrevista trabajadora social del CSZ

- ¿Es común el ejercicio de la prostitución en las mujeres que están dentro del programa Ulises?

- ¿Cuántas mujeres estarían ejerciéndolo actualmente?

- ¿Qué aspectos crees que se deberían trabajar con más profundidad con este tipo de colectivo?

- ¿Qué estrategias debería seguir para fomentar la adherencia al grupo?

ANEXO 2: Escala Rosemberg para evaluación de autoestima

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma				
5. En general estoy satisfecha de mí misma				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa				
7. En general, e inclino a pensar que soy una fracasada				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma				
9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil				
10. A veces creo que no soy buena persona				

A: Muy de acuerdo

B: De acuerdo

C: En desacuerdo

D Muy en desacuerdo

Interpretación: De los ítems del 1 al 5, las respuestas de la A a la D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas de la A a la D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No representa problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima

