

IMPACTO DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO ENFOCADO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO, DIRIGIDO A MUJERES EN TRATAMIENTO POR TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Sancho Martinez, Mercè

Introducción

A) PRESENTACIÓN DEL TEMA

La American Society Addiction Medicine (ASAM) y la American Academy of Pain Medicine (AAPM) definen adicción como “una enfermedad primaria, crónica y neurobiológica con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en sus manifestaciones. Se caracteriza por conductas que incluyen uno o más de los problemas en el control en el uso de drogas, uso compulsivo, uso continuado a pesar del daño y craving (deseo incontrolable de consumo)” (1-3).

En cambio, en el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) no utiliza el término adicción, si no que habla de los trastornos relacionados con sustancias, que se dividen en trastornos por consumo de sustancias (TCS) y trastornos inducidos por sustancias. Englobando los trastornos relacionados con sustancias hay 10 clases diferentes de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, los opiáceos, los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, los estimulantes y el tabaco (4).

A lo largo de los años, los TCS han ganado importancia, llegando a considerarse como un problema de salud pública. El consumo ha estado mayoritariamente enmarcado en un contexto representado por hombres, lo que ha hecho que tanto la investigación como los programas de prevención y tratamientos vayan dirigidos a dicho colectivo (5,6).

Aquí radica la importancia de la perspectiva de género y su capacidad de inclusión. Pero antes de hablar de perspectiva de género es importante conocer la diferencia entre otros dos conceptos: sexo y género. El sexo es el conjunto de características físicas y genéticas con las que nacemos haciendo referencia a aspectos biológicos. El género es un sistema de organización social creado a partir de las características biológicas y aludiendo a los aspectos psicológicos, sociales y culturales que diferencia a hombres y mujeres. Es un condicionante para la salud que establece lo masculino y lo femenino en base a la dicotomía hombre – mujer y que refleja relaciones de un sistema de poder (7,8).

A nivel social, el hombre ha tenido un papel de proveedor económico del hogar, siendo considerado valiente, decisivo e inteligente. A diferencia de la mujer, a quien la sociedad le ha establecido características como la sensibilidad o el poder innato del cuidado de las personas; siendo desarrolladas sobre todo en el hogar, donde además lleva a cabo las tareas necesarias para el día a día (7).

Los casos de las mujeres con TCS han sido vistos como problemas aislados y con menor representación. También se ha de tener en cuenta que el estigma al que se han visto sometidas las mujeres en este contexto ha hecho que ellas mismas hayan evitado recibir

ayuda profesional, por lo que no se ha podido llevar un seguimiento de dichos casos. Nunca se ha negado que las mujeres tengan una problemática de consumo, pero tampoco se ha visibilizado este problema (9,10).

La suma de todos estos hechos ha provocado la creación de una imagen de “mujer drogodependiente” estigmatizada y doblemente rechazada. Es por ello por lo que, en este estudio, se recalca la importancia de la inclusión de la perspectiva de género en el abordaje del TCS analizando la respuesta entre hombres y mujeres por separado (11,12).

En 1997, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) define la incorporación de la perspectiva de género como: “Proceso de evaluación de las consecuencias para las mujeres y los hombres de cualquier actividad planificada, incluyendo las leyes, políticas o programas, en todos los sectores y a todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, así como de los hombres, sean un elemento integrante de la elaboración, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, a fin de que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y se impida que se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es lograr la igualdad entre los géneros” (13).

La perspectiva de género muestra que las diferencias entre hombres y mujeres no solo están determinadas biológicamente, sino también por las características culturales asignadas. Permite tener una visión de la realidad completa, lo que favorece positivamente al diseño de intervenciones adaptadas a la persona, además de los mayores beneficios derivados de las mismas. La implementación de dicha visión conlleva poder determinar cuáles son los factores que afectan tanto a hombres como a mujeres por el mero hecho de serlo; y de qué manera afectan al TCS, a su significado, motivación mantenimiento y posible abandono (14,15).

B) DIFERENCIAS DE CONSUMO ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Como ha podido observarse, existen diferencias a nivel de organización social entre hombres y mujeres. En los TCS ocurre lo mismo, encontrando desigualdades en las causas, consecuencias y modo de consumo (7).

Cada dos años, el Gobierno de España publica La Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), que se lleva realizando desde 1995 y coordinado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), contando con la colaboración de las comunidades autónomas. Esto nos permite observar la evolución de las prevalencias de consumo, además de obtener información sobre el perfil de consumidores, la percepción de riesgos por parte de la población y la visibilidad del problema; entre otros aspectos (16).

Para su realización se llevan a cabo encuestas a la población general residente en España con edades comprendidas entre los 15 y 64 años, ambos inclusive. En total, en el 2022 se realizaron un total de 26.344 encuestas dividiéndose a partes iguales entre hombres y mujeres (16).

Según la última encuesta EDADES, podemos destacar que entre las sustancias psicoactivas más consumidas en España se encuentra en primer lugar el alcohol (93,2%), seguido del tabaco (69,6%) y los hipnosedantes con o sin receta (23,5%). Por otro lado, con respecto al consumo de drogas ilegales, el cannabis llega a un 40% de la población que afirma haberlo consumido alguna vez en su vida (16).

En función del sexo, se registra que los hombres presentan mayor prevalencia de consumo en todas las sustancias psicoactivas a excepción de los hipnosedantes con o sin receta y los analgésicos opioides con o sin receta que son consumidas mayoritariamente por mujeres, 16% frente a un 10,3% en los hombres. Entre las mujeres, el tramo de mayor edad de consumo de hipnosedantes y analgésicos se encuentran entre 35 a 64 años, representando un 33,4% haber consumido alguna vez, un 15,3% en el último mes y un 11,9% consumo diario (16).

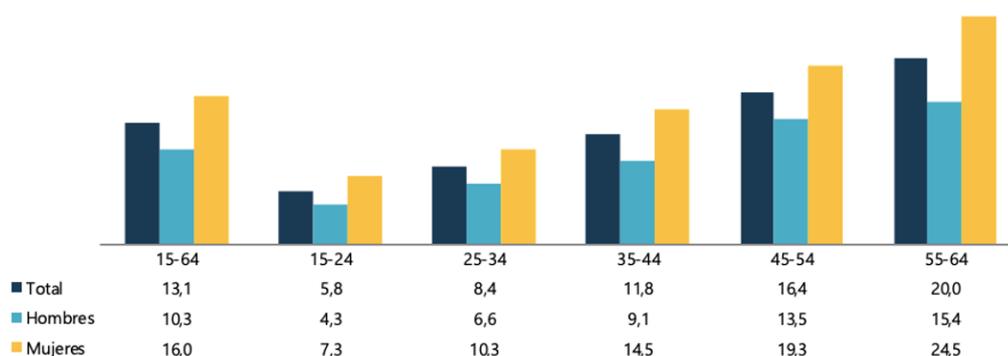


Imagen 1: Prevalencia de consumo de hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (%).

Fuente: Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

IMAGEN 1

En el informe EDADES también se recogen las razones que llevaron a cabo el inicio de consumo de analgésicos opioides, destacando factores como intentar mitigar un dolor agudo, crónico o postoperatorio (16).

En relación a la edad de inicio, se aprecia que los hombres inician el consumo de sustancias psicoactivas antes que las mujeres. A pesar del inicio más tardío, cuando las mujeres inician el consumo, la escala de gravedad y la disminución de la funcionalidad es más rápida. Este fenómeno se conoce como telescoping (16).

Además de diferencias a nivel de drogas consumidas y edad de inicio, existen diferencias en cuanto al significado del consumo según la cultura en la que nos encontremos. Tal y como afirma Pecharromán: "La sustancia, el consumo, y la persona consumidora serán entendidos y vividos de diferente manera dependiendo del contexto sociocultural en el que se dé" (12).

C) SIGNIFICADO DE CONSUMO

El significado que se le otorga al consumo es diferente entre hombres y mujeres. Entre los hombres el consumo de sustancias está visto como un comportamiento social, natural y aceptado, siempre y cuando no llegue a situaciones de violencia. En cambio, en la mujer significa una rotura de los valores culturales establecidos, derivando en una estigmatización por parte de la sociedad. Esto provoca un mayor rechazo social hacia la mujer que percibe no sentirse comprendida con su contexto social (6).

Debido al rol socialmente definido de mujer como cuidadora, el hecho de poder padecer un

TCS es percibido como un fracaso por no haber podido desempeñar dicho rol. La respuesta social que se produce ante esta situación provoca en muchas de las ocasiones un aislamiento social, la ocultación del problema y el miedo a pedir ayuda, ya que la imagen de la mujer como mujer-madre hace que el consumo entre en contradicción con lo que se concibe como conducta responsable, aumentando de esta forma la penalización social sobre el perfil femenino. Llegando en muchos de los casos a no poder pedir ayuda a su círculo más cercano (5).

D) MOTIVACIONES INICIO DE CONSUMO

El inicio del consumo en las mujeres suele ser en compañía, en pareja. El lugar donde acaba desarrollándose la adicción en la mujer es en la intimidad del hogar, lugar donde a la mujer se ha relegado a lo largo de la historia (7,17).

Entre las causas principales de inicio de consumo, Ortiz y Clavero realizaron un estudio en 2014 donde afirmaron que entre las mujeres encontramos: entorno familiar problemático, malos tratos y/o abusos o una educación extremadamente permisiva que coincide con el artículo publicado en 2022 por Francina Fonseca et al. donde también se habla del inicio del consumo de alcohol y otras drogas como estrategia de afrontamiento para la depresión y ansiedad (5,18).

En concreto, en lo que se refiere al alcohol, en muchas ocasiones el consumo por parte de la mujer se debe al consumo desmesurado por parte de la pareja masculina, antecedentes de abuso sexual y/o maltrato en la infancia y la existencia de sintomatología depresiva (19).

E) TRATAMIENTO

A la hora de la identificación de una problemática relacionada con sustancias las mujeres encuentran dificultades en el acceso, adhesión y eficacia del tratamiento. En el manual publicado por E. Arostegui y P. Martínez se habla de dos tipos de obstáculos: los aspectos relacionados con el modelo de atención y las barreras de género (20).

En primer lugar, entre los aspectos relacionadas con el modelo de atención encontramos la estructuración y la ejecución de los tratamientos que carecen de falta de reconocimiento de las diferencias de género por desconocimiento. En cuanto a las barreras de género encontramos la invisibilización del consumo en la mujer, presencia de pareja consumidora o la detección tardía del consumo (20).

JUSTIFICACIÓN

Los TCS tienen graves repercusiones a nivel personal, familiar, laboral y social en las personas que los padecen. Además de ello, debido a la construcción sociocultural establecida, las mujeres encuentran problemas añadidos en el acceso y permanencia a los diferentes tratamientos que se les ofrecen.

Durante años, los estudios se han centrado en la creación de tratamientos dirigidos a

población masculina, incluyendo a la mujer en ellos sin tener en cuenta sus situaciones y problemáticas particulares. Pedir ayuda supone a la mujer una penalización moral y social tras romper con el rol cuidador de madre, mujer e hija.

Este proyecto nace de la necesidad de dar un espacio adaptado a las mujeres con TCS. Partimos de la base de que las mujeres son percibidas como más vulnerables con respecto a los hombres en el contexto de consumo, es importante trabajar sus capacidades y fortalezas, para de esta forma mejorar sus habilidades emocionales y sociales.

No se trata de establecer tratamientos excluyentes, si no de integrar aquellas necesidades por razón de género que necesitan una atención específica.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el impacto sobre el grado de autoestima y el grado de inteligencia emocional de un programa psicoeducativo enfocado desde la perspectiva de género, dirigido a mujeres en tratamiento por TCS?.

HIPÓTESIS

La implementación de un programa psicoeducativo enfocado desde la perspectiva de género permitirá aumentar el grado de autoestima y el grado de inteligencia emocional de aquellas mujeres en tratamiento por TCS.

Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL

Evaluar el impacto de un programa psicoeducativo enfocado desde la perspectiva de género en el grado de autoestima e inteligencia emocional de aquellas mujeres en tratamiento por TCS.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Determinar el perfil sociodemográfico de las mujeres que se encuentran en tratamiento por TCS.
- Determinar el grado de dificultad en la regulación emocional en mujeres que se encuentran en tratamiento por TCS.
- Determinar la utilidad de la intervención psicoeducativa dirigido a mujeres en tratamiento por TCS en función del grado de utilidad percibida.

Metodología

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio cuasi-experimental pre-post que evaluará el impacto de un programa psicoeducativo dirigido a mujeres en tratamiento por TCS.

POBLACIÓN DIANA

La población diana serán mujeres en tratamiento por TCS que se encuentren en seguimiento en los diferentes CAS del área metropolitana de Barcelona.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser mujer mayor de 18 años (Se incluirá tanto a mujeres cisgénero como a mujeres transgénero).
- Encontrarse en seguimiento activo en el CAS por TCS.
- Mantener abstinencia a cualquier sustancia, a excepción del tabaco.
- Predisposición para participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Seguimiento intermitente de las sesiones.
- Presentar conductas que distorsionen el funcionamiento de la dinámica.
- Consumo activo de sustancias en la iniciación y duración de la intervención.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES PRINCIPALES

- Autoestima: Para medir el grado de autoestima se utilizará la escala Rosenberg en su versión adaptada al castellano. La escala fue diseñada originalmente por Morris Rosenberg. Está constituida por un total de 10 reactivos centrados en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems se encuentran enunciados en positivo y la otra mitad en negativo. La escala de respuesta consta de 4 puntos donde las opciones de respuesta son: totalmente de acuerdo, de acuerdo, desacuerdo, totalmente desacuerdo. Para su correcta evaluación deben invertirse los ítems en negativo (3,5,8,9,10) en positivo y posteriormente sumarlos. La puntuación más baja que se puede obtener es 10 (baja autoestima) y el más alto 40 (alta autoestima) Para el conjunto de la muestra, el co-eficiente alpha de Cronbach muestra una puntuación de 0.87 (21). (ANEXO 1)

- Inteligencia emocional: La inteligencia emocional puede definirse como: "El conocimiento

y/o las competencias para abordar eficazmente las emociones, con el fin de regular las conductas sociales y emocionales “. El cuestionario que se utilizará será la Escala Rotterdam de Inteligencia Emocional (REIS) que evalúa la inteligencia emocional mediante una escala tipo Likert de 5 puntos. Las respuestas varían de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (5). Se establecen 4 dimensiones de evaluación emocional: evaluación emocional centrada en sí mismo, evaluación emocional centrada en otros, regulación de la emoción centrada en uno mismo, regulación de las emociones enfocadas en los otros. Demostró una alta consistencia interna ($\alpha=.866$) (22). (ANEXO 2)

VARIABLES SECUNDARIAS

- Dificultad en la regulación emocional: Para su evaluación se utilizará la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Contiene 36 ítems en formato de respuesta tipo Likert con 5 categorías: casi nunca (1), algunas veces (2), la mitad del tiempo (3), la mayoría de las veces (4), casi siempre (5). Se evalúan un total de 6 aspectos: no aceptación de respuestas emocionales, dificultades para implementar conductas dirigidas a metas, dificultad en el control de impulsos, falta de conciencia emocional, acceso limitado a estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional. 11 de los ítems están formulados de manera inversa (1, 2, 6,7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 y 34). Una alta puntuación en la escala indica dificultades en la capacidad para regular las emociones. En relación a la fiabilidad y validez, demostró una alta consistencia interna ($\alpha=.93$) y una buena fiabilidad test-retest en un periodo de 4 a 8 semanas ($\rho=.88$, $p<.01$) (23). (ANEXO 3)

- Sociodemográficas, laborales y educativas: Se evaluarán mediante un cuestionario ad-hoc autoadministrado donde se recogerán los siguientes aspectos:

1. Fecha de nacimiento	Dd/mm/aaaa
2. Identidad de género	Cisgénero/ Transgénero/ Intergénero/ Otros
3. Nivel educativo	Sin estudios /primaria /secundaria /formación profesional / diplomatura / licenciatura / grado
4. Situación laboral	Estudiante/ En activo / Desempleada / De baja/ Jubilada
5. Situación sentimental	Soltero / Casado/ Comprometida / Relación monógama / Relación abierta /Divorciada / Viuda/ Otros
6. Lugar de nacimiento	España / Resto Unión Europea / Fuera de la Unión Europea
7. Tiempo de consumo	< 1 años / 1-5 años / 5-10 años / 10-20 años / >20 años

Tabla 1: Variables sociodemográficas, laborales y educativas

IMAGEN 2

- Grado de utilidad percibida: Se evaluará el grado de utilidad percibida del programa psicoeducativo mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta del 1 (no resulta útil) al 5 (resulta muy útil). Además, se incluirán dos preguntas de respuesta abierta para obtener información de contenido cualitativo.

TAMAÑO MUESTRAL

Según el Plan de Acciones sobre Drogas y Adicciones de Barcelona 2021-2024, en 2020, 3.647 personas iniciaron tratamiento por abuso o dependencia a las drogas. Teniendo en cuenta que el porcentaje que representa a las mujeres es del 20%, hablaríamos de 729 mujeres (24).

Por lo que asumiendo un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 5%, deducimos que el tamaño ideal aproximado de nuestra muestra deberá de ser de 253 mujeres.

Desarrollo

PROCEDIMIENTO

Se asignará una enfermera en cada CAS donde preguntará a las mujeres que se encuentran en seguimiento si desean ser incluidas en la intervención psicoeducativa. En caso de mostrar interés por ello, se entregará una hoja informativa sobre la duración y los temas a tratar y el consentimiento informado que lo deberán aportar el día de la primera sesión firmado.

Al tener que ser grupos pequeños, cabe la posibilidad de realizar una lista de espera para poder crear el grupo en un futuro. Las mujeres que se encuentren en lista de espera serán consideradas como grupo control. Se les entregará también las escalas Rosenberg, REIS y DERS para cumplimentarlas en el momento que entren en la lista de espera. Posteriormente, cuando inicien el grupo volverán a cumplimentarlas y al acabar la intervención también. De esta forma, podremos obtener datos simultáneos entre un grupo de mujeres que realice la intervención y otro que no.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se realizará un análisis descriptivo de las variables de estudio expresando las variables cualitativas como frecuencias absolutas y relativas, y medidas de tendencia central y dispersión (principalmente media y desviación estándar) en las cuantitativas. El análisis bivariado de las variables principales se realizará mediante T de Student de medidas repetidas expresando significación estadística con $p \leq 0,05$ y teniendo en cuenta el tamaño del efecto con la d de Cohen.

RECOGIDA DE LOS DATOS

Administración cuestionarios pre-intervención:

El primer día de la intervención, la investigadora recogerá los consentimientos informados entregados por las enfermeras del CAS. En caso de no aportarlo ese día, se podrá entregar una copia y rellenarlo en el momento. Además, para poder participar en el estudio, deberán cumplimentar la escala Rosenberg, la escala REIS, la escala DERS y el cuestionario ad-hoc que recoge las variables "sociodemográficas, laborales y educativas". Una vez completados todos los cuestionarios se empezará la primera sesión de la intervención.

Administración cuestionarios post-intervención:

El último día de la intervención, la investigadora administrará a las participantes la escala Rosenberg, la escala REIS, la escala DERS y la escala de grado de utilidad percibida de la intervención.

	SESIÓN 0	SESIÓN 1	SESIÓN 2	SESIÓN 10
Información sobre la intervención y entrega de consentimiento informado				
Entrega escala Rosenberg				
Entrega escala REIS				
Entrega escala DERS				
Entrega cuestionario ad-hoc con variables "sociodemográficas, laborales y educativas"				
Recogida escalas: Rosenberg, REIS y DERS cumplimentadas				
Recogida cuestionario ad-hoc cumplimentado				

Tabla 2: Cronograma de entrega de escalas

IMAGEN 3

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

La duración de la intervención será de 20 horas divididas en 10 sesiones de 2 horas de duración cada una. Los grupos serán de máximo 10 personas para favorecer la dinámica y participación del grupo. La persona encargada de la intervención educativa será el investigador principal del estudio.

Para llevar a cabo la intervención será necesaria un aula con soporte audiovisual, pizarra y rotulador. Además, será necesario una libreta para cada una de las integrantes y un bolígrafo para poder apuntar todo aquello que consideren importante. Después se la llevarán para poder utilizarla en un futuro.

El contenido que se trabajará en cada sesión se encuentra en la siguiente tabla.

1º SESIÓN: QUÉ ES EL SEXO Y EL GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> - Diferencia sexo-género. - Conocimiento de las desigualdades de género en la sociedad actualmente. - Cómo se ha enseñado a ser hombre y mujer. - Uso del lenguaje androcéntrico y sexista.
2º SESIÓN: ESTEREOTIPOS DE GÉNERO	<ul style="list-style-type: none"> - Definición en la RAE de Hombre y Mujer. - Estereotipos en el sistema sexo-género. - División del trabajo (público vs privado).
3º SESIÓN: AUTOIDENTIDAD Y AUTOCONCEPTO	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de la identidad en la niñez y adolescencia. - Preguntas, qué somos, somos algo más que una adicción. - ¿Cuánto de los demás hay en nosotras?.
4º SESIÓN: AUTOESTIMA	<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos que hacen que baje la autoestima y aspectos que la suben. - Qué valora la gente sobre nosotros. - Cuánto poder tiene la gente sobre nosotros (subida/bajada).
5º SESIÓN: AUTORRETRATO, ¿QUIÉN SOY?	<ul style="list-style-type: none"> - Descripción sobre cualidades, intereses. - Qué quiero conseguir en un futuro. - Definición de la persona más allá de la adicción.
6º INICIACIÓN A LA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de las emociones primarias. - Diferencia entre sentimiento y emoción. - Autoconocimiento emocional, diario de las emociones.
7º HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - Saber convivir con todas las emociones. - Cómo validar las emociones. - Cómo se expresan las emociones en el cuerpo.
8º HABILIDADES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> - Qué es el asertividad. - Cómo realizar una escucha activa. - Comunicación de emociones y sentimientos.
9º ¿QUÉ HAGO SI TENGO GANAS DE CONSUMIR?	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategias cuando tengo ganas de consumir. - Técnicas de relajación en momentos de crisis. - Dónde puedo acudir en el caso de ser incapaz de controlar la situación por mí misma.
10º CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Espacio para dudas que no se han resuelto con anterioridad. - Resumen de ideas-clave. - Complimentación escalas post intervención.

Tabla 3: Contenido de la intervención educativa

IMAGEN 4

CRONOGRAMA DEL ESTUDIO

MES 1-4	<ul style="list-style-type: none"> - Envío del estudio al Comité de Ética de Investigación Clínica - Diseño de la base datos - Preparación del material didáctico - Gestión de aspectos logísticos
MES 5-7	<ul style="list-style-type: none"> - Preparación de los materiales necesarios para la intervención - Reclutamiento de pacientes
MES 8-14	<ul style="list-style-type: none"> - Recogida de datos - Realización de la intervención
MES 15-18	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción de datos en la base de datos - Análisis de los datos
MES 18-24	<ul style="list-style-type: none"> - Cierre del estudio - Elaboración de informe con los resultados - Difusión de los resultados

Tabla 4: Cronograma del estudio

Duración total: 24 meses

IMAGEN 5

CONTROL DE CALIDAD, CONSENTIMIENTO Y CONFIDENCIALIDAD

Se deberá garantizar la exactitud e integridad de los datos. Se guardarán los documentos del estudio hasta pasados los 5 años de su finalización.

Ante la solicitud del monitor, auditor, CEIC o autoridad sanitaria, el investigador deberá proporcionar los archivos relacionados con el estudio, permitiendo el acceso directo a los datos o documentos fuente para la realización de la monitorización, la auditoría, la revisión por el CEIC o la inspección del ensayo por las autoridades competentes.

CONSIDERACIONES SOBRE INFORMACIÓN A LOS SUJETOS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El investigador será responsable de garantizar que el estudio se realice de acuerdo con las normas recogidas en la Declaración de Helsinki.

Antes de iniciar el estudio, el Comité Ético del hospital responsable deberá aprobar el protocolo del estudio, la información que se dará al sujeto y el modelo de consentimiento informado que se utilizará.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el Reglamento (UE) nº 2016/679 y a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal vigente, con el Real Decreto por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica y la demás normativa vigente.

Conclusiones

El presente estudio pretende evaluar el impacto en la autoestima y la inteligencia emocional mediante un programa psicoeducativo dirigido a mujeres en seguimiento por TCS en su CAS de referencia. Si se confirmase la hipótesis y fuese efectiva, los resultados de este estudio podrían ser muy útiles para empezar a implementar la perspectiva de género y así garantizar intervenciones más individualizadas.

Entre los posibles sesgos que encontramos en la intervención destaca el sesgo de aleatoriedad debido a la dificultad de unificar a las mujeres en un único espacio y, de garantizar que acudan a la totalidad de las sesiones.

Sería interesante en las futuras líneas de investigación tener en cuenta el papel de mujer como madre, incluyendo espacios destinados a sus hijos mientras las mujeres se encuentran en las sesiones.

En caso de que la intervención psicoeducativa fuese efectiva, sería ideal poder continuar de manera quincenal con las mujeres que hayan participado en el mismo, con el objetivo de mantener relaciones sociales sanas, fomentar el sentimiento de pertenencia y el apoyo mutuo. Alejar estos espacios del entorno hospitalario y acercarlos a su comunidad permitirá normalizar estas situaciones disminuyendo el sentimiento de patologización.

ANEXOS

		Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	Me siento una persona tan valiosa como las otras	1	2	3	4
2	Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
3	Creo que tengo algunas cualidades buenas	1	2	3	4
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	1	2	3	4
5	Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso	1	2	3	4
6	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1	2	3	4
7	En general me siento satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
8	Me gustaría tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
9	Realmente me siento inútil en algunas ocasiones	1	2	3	4
10	A veces pienso que no sirvo para nada	1	2	3	4

Anexo 1: Escala de autoestima de Rosemberg

IMAGEN 6

DIMENSIONES E ÍTEMS	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
<i>Evaluación de las propias emociones</i>					
Siempre sé cómo me siento	1	2	3	4	5
Puedo distinguir bien mis propias emociones	1	2	3	4	5
Soy consciente de mis propias emociones	1	2	3	4	5
Entiendo por qué me siento de la manera en que me siento	1	2	3	4	5
Sé cuáles son las emociones que experimento	1	2	3	4	5
Principalmente soy capaz de explicar exactamente cómo me siento	1	2	3	4	5
Puedo juzgar bien si los acontecimientos me tocan emocionalmente	1	2	3	4	5
<i>Evaluación de las emociones de los otros</i>					
Soy consciente de las emociones de las personas que me rodean	1	2	3	4	5
Sé qué sentimientos experimentan los demás	1	2	3	4	5
Cuando miro a otras personas puedo ver cómo se sienten	1	2	3	4	5
Puedo empatizar con las personas que me rodean	1	2	3	4	5
Entiendo por qué otras personas se sienten como se sienten	1	2	3	4	5
Puedo distinguir bien entre las emociones de otras personas	1	2	3	4	5
Puedo juzgar bien si los acontecimientos tocan a los demás emocionalmente	1	2	3	4	5
<i>Regulación de las propias emociones</i>					
Tengo el control de mis propias emociones	1	2	3	4	5
Puedo suprimir mis emociones fácilmente	1	2	3	4	5
No dejo que mis emociones controlen mi vida	1	2	3	4	5
Solo muestro mis emociones cuando es apropiado	1	2	3	4	5
Incluso cuando estoy enfadado/a puedo mantener la calma	1	2	3	4	5
Si quiero pongo cara de póker	1	2	3	4	5
Ajusto mis emociones cuando es necesario	1	2	3	4	5
<i>Regulación de las emociones de los otros</i>					
Puedo hacer que otra persona se sienta diferente	1	2	3	4	5
Puedo alterar el estado emocional de otra persona	1	2	3	4	5
Puedo aumentar o atenuar las emociones de los demás	1	2	3	4	5
Tengo una gran influencia sobre cómo se sienten los demás	1	2	3	4	5
Sé qué hacer para mejorar el estado de ánimo de las personas	1	2	3	4	5
Sé cómo influir en las personas	1	2	3	4	5
Puedo calmar a otros	1	2	3	4	5

ANEXO 2: Inteligencia emocional centrada en uno mismo y en el otro: Escala Rotterdam de Inteligencia Emocional (REIS)

IMAGEN 7

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Percibo con claridad mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
2. Presto atención a cómo me siento.			1 2 3 4 5	
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.			1 2 3 4 5	
4. No tengo ni idea de cómo me siento.			1 2 3 4 5	
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
6. Estoy atento a mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.			1 2 3 4 5	
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.			1 2 3 4 5	
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.			1 2 3 4 5	
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.			1 2 3 4 5	
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.			1 2 3 4 5	
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.			1 2 3 4 5	
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.			1 2 3 4 5	
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.			1 2 3 4 5	
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.			1 2 3 4 5	
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.			1 2 3 4 5	
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.			1 2 3 4 5	
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.			1 2 3 4 5	
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.			1 2 3 4 5	
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.			1 2 3 4 5	
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.			1 2 3 4 5	
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.			1 2 3 4 5	
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.			1 2 3 4 5	
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mi mismo/a.			1 2 3 4 5	
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.			1 2 3 4 5	
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.			1 2 3 4 5	
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.			1 2 3 4 5	
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.			1 2 3 4 5	
		Puntuación Inversa		
		1 = 5		
		2 = 4		
		3 = 3		
		4 = 2		
		5 = 1		

CLAVES DE CORRECCIÓN

ANEXO 3: Escala de dificultades en la regulación de las emociones (DERS)

IMAGEN 8

	Nada importante				Muy importante
	1	2	3	4	5
Claridad de la información					
Utilidad de la información					
DATOS CUALITATIVOS SOBRE LA INTERVENCIÓN					
¿Qué es lo más importante que te llevas de la intervención?					
Reflexión sobre la intervención					

Anexo 4: Encuesta ad-hoc de satisfacción

IMAGEN 9

Bibliografía

1. Lazcano GP. DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? Cuad Med Forense. 21(3-4):96-104.
2. Fainsinger RL, Thai V, Frank G, Fergusson J. What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. Am J Psychiatry. noviembre de 2006;163(11):2014-2014.
3. Saunders JB, Latt NC. Diagnostic Definitions, Criteria and Classification of Substance Use Disorders. En: el-Guebaly N, Carrà G, Galanter M, editores. Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives [Internet]. Milano: Springer Milan; 2015 [citado 20 de enero de 2024]. p. 167-89. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_107
4. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.
5. García PO, Mira EC. Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. Una aproximación desde el análisis de discurso¹. Acta Sociológica. mayo de 2014;64:121-44.
6. Orte Socías C. Mujer y drogas: programas de prevención basados en la evidencia científica. En: Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias: prevención, asistencia, formación e investigación, 2016, ISBN 978-84-16982-13-4, págs 21-50 [Internet]. Servicio de Publicaciones = Argitalpen Zerbitzua; 2016 [citado 20 de enero de 2024]. p. 21-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6996343>
7. Castaño V. La urgencia de entender y atender a las mujeres desde la perspectiva de género. En: Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias: prevención,

- asistencia, formación e investigación, 2016, ISBN 978-84-16982-13-4, págs 69-88 [Internet]. Servicio de Publicaciones = Argitalpen Zerbitzua; 2016 [citado 20 de enero de 2024]. p. 69-88. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6996341>
8. Schamp J, Vanderplasschen W, Meulewaeter F. Treatment providers' perspectives on a gender-responsive approach in alcohol and drug treatment for women in Belgium. *Front Psychiatry*. 2022;13:941384.
9. Sánchez Pardo L. Guía informativa: género y drogas: Plan de atención integral a la salud de la mujer de Galicia [Internet]. Servizo Galego de Saúde; 2008 [citado 20 de enero de 2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=514033>
10. Zamora PB, Ruiz CS, Ajuria LP. Diferencias de género en la adicción e implicaciones terapéuticas. 2005;5.
11. Romo N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres. 2005;65-83.
12. Pecharromás B. ¿Por qué hombres y mujeres se diferencian en el consumo de drogas? En: Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias: prevención, asistencia, formación e investigación, 2016, ISBN 978-84-16982-13-4, págs 105-122 [Internet]. Servicio de Publicaciones = Argitalpen Zerbitzua; 2016 [citado 20 de enero de 2024]. p. 105-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6996339>
13. ONU Mujeres [Internet]. [citado 13 de febrero de 2024]. Incorporación de la perspectiva de género. Disponible en: <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/un-system-coordination/gender-mainstreaming>
14. Redondo PM. La perspectiva de género en el ámbito de las drogas y las adicciones Recursos y experiencias para promocionar y consolidar su aplicación integral. 2021;
15. Pederson A, Greaves L, Poole N. Gender-transformative health promotion for women: a framework for action. *Health Promot Int*. marzo de 2015;30(1):140-50.
16. 2022_Informe_EDADES.pdf [Internet]. [citado 20 de enero de 2024]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
17. United Nations : Office on Drugs and Crime [Internet]. [citado 20 de enero de 2024]. World Drug Report 2022. Disponible en: [//www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html)
18. Fonseca F, Robles-Martínez M, Tirado-Muñoz J, Alías-Ferri M, Mestre-Pintó JI, Coratu AM, et al. A Gender Perspective of Addictive Disorders. *Curr Addict Rep*. 2021;8(1):89-99.
19. Ávila Escribano JJ, González Parra D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*. 1 de diciembre de 2007;19(4):383.
20. Santamaría EA, Redondo PM. Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género. Universidad de Deusto; 2019. 344 p.
21. Morejón AJV, García-Bóveda RJ, Jiménez RVM. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apunt Psicol*. 2004;22(2):247-55.
22. Teruel P, Salavera C, Usán P, Antoñanzas JL. Inteligencia emocional centrada en uno mismo y en el otro: Escala Rotterdam de Inteligencia Emocional (REIS). *Univ Psychol*. 27 de enero de 2020;18(4):1-12.
23. Hervás G, Jódar R. Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. 1 de julio de 2008;19(2):139-56.
24. Què fa Barcelona per prevenir i reduir el consum de drogues i les addiccions?. Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-2024.