

PROGRAMA
HIGÍA



UTACA

MEMORIA DE EVALUACIÓN FINAL

Contenido

Presentación.....	2
Contenido del programa	3
Descripción del grupo	4
Objetivos.....	5
Indicadores y método de cálculo.....	6
Resultados	7
Evaluación de los resultados obtenidos	8
Conclusiones y aprendizajes para el futuro	13
Referencias bibliográficas.....	15

Presentación

HIGÍA se diseñó como un Programa de intervención biopsicosocial con perspectiva de género para mujeres diagnosticadas de Síndrome de Dependencia Alcohólica (SDA) o con un consumo problemático de alcohol.

El programa busca el desarrollo de un protocolo de intervención específico, con perspectiva de género, que sirva de modelo y contribuya a la humanización de la atención sociosanitaria a mujeres con consumos problemáticos de alcohol.

El consumo de drogas como el alcohol, no tiene el mismo significado para hombres y mujeres, ni es valorado del mismo modo por las demás personas. Ellas soportan una mayor sanción social que se traduce en estigmatización y menor grado de apoyo familiar. Además, por cuestiones fisiológicas y genéticas las mujeres son más vulnerables ante los efectos nocivos del alcohol.

La prevalencia del problema se agudiza en aquellas mujeres con antecedentes depresivos, que hayan sufrido abusos sexuales durante la infancia o que hayan sido víctimas de violencia de género.

Las mujeres con diagnóstico de SDA perciben con más frecuencia e intensidad que fracasaron a nivel personal, familiar y social. Las consecuencias de esta vivencia suelen ser la desvalorización personal, las tensiones y conflictos familiares, cuando no la violencia familiar, la incompreensión y el rechazo por parte de su entorno social próximo.

La evidencia clínica indica un retardo en la solicitud de ayuda por parte de las mujeres, hasta el momento en el que las consecuencias sobre la salud física y mental, vida familiar, social o laboral son insostenibles. La estigmatización refuerza su aislamiento social, favorece la ocultación del problema y la ausencia y/o demora en la solicitud de ayuda. Por otra parte, las mujeres tienen más dificultades para acceder y continuar en los programas de tratamiento, por factores relacionados con los propios programas y por las circunstancias sociales, personales y culturales de las usuarias.

El principal impacto de HIGÍA reside en la aplicación del enfoque de género, es decir: abordar la problemática de las mujeres teniendo en cuenta sus condiciones de vida y su propia subjetividad. Ante el consumo de las mujeres consideramos necesario reflexionar e incorporar en la intervención, condicionantes como: la mayor invisibilidad del consumo, el daño sufrido en la propia imagen por el mayor rechazo social, los vínculos familiares o las dificultades añadidas en el caso de ser madres.

Contenido del programa

Se ha tenido en cuenta, a lo largo de todo el proceso de diseño e intervención, el hecho diferencial de ser mujer en esta cultura y momento histórico, así también se consideró la asimetría en las relaciones entre mujeres y hombres y, la diferente valoración social del consumo problemático de alcohol en función del género. Higía fue concebido como un programa de intervención sociosanitaria de carácter integral que incluyó:

- Tratamiento psicoterapéutico mediante intervención individual, de grupo y familiar.
- Tratamiento médico para la valoración y control del estado de salud física.
- Acompañamiento social y seguimiento a través del desarrollo de un grupo de apoyo a familiares, entrevistas individuales, seguimiento y talleres vinculados a la incorporación social.

La intervención se llevó a cabo combinando la intervención individual (mediante entrevistas de seguimiento social, sesiones de terapia individual y seguimiento médico), con la intervención grupal mediante talleres y terapia. El proceso se puede concretar en las siguientes **fases**:

- **Fase de evaluación inicial y acogida** en la que se recogió información sobre aspectos psicológicos, médicos y sociales. En esta fase, se invita a las mujeres a participar y se redacta un compromiso terapéutico individual.
- **Fase de deshabitación.** En esta fase se combinó la intervención individual con la grupal. Se desarrolló el taller de orientación cognitivo conductual en el que se trabaja sobre: la motivación, las medidas de control externo, los recursos, el manejo de las situaciones de riesgo específicas, las estrategias de prevención de recaídas, las habilidades relacionales, las áreas de conflicto y el feedback de logros. A continuación, se llevó a cabo el taller de salud en el que se incorporan los siguientes contenidos: salud y enfermedad, psicoeducación en sustancias de abuso (consumo, abuso y dependencia, efectos del alcohol sobre el organismo), nutrición, higiene y primeros auxilios.
- **Fase de incorporación social.** En esta fase se trabajaron las metas a corto, medio y largo plazo en las áreas distintas áreas de incorporación: familiar, social, personal y, formativo-laboral. Se desarrolló un taller de orientación formativo-laboral en el que participaron preferentemente las que se encontraban en situación de desempleo. Las acciones de incorporación social se recogieron en un compromiso individual de acuerdo firmado con cada una de las participantes.
- **Fase de evaluación final.** En esta fase cada mujer evaluó su propio proceso de participación, mientras que el equipo profesional hizo una evaluación final del programa.

Descripción del grupo

En la tabla siguiente se resumen las principales características del grupo de participantes:

Edad	Media	48
	Rango	31-67
Estado civil	Casada/En pareja	10%
	Soltera	40%
	Separada/Divorciada	45%
	Viuda	5%
Convivencia	Familia origen	15%
	Con hijos	30%
	Solo con pareja	10%
	Sola	45%
Situación laboral	Trabajando	20%
	I.T.	10%
	Desempleo	60%
	Jubilada/Pensionista	10%
Estudios	Primarios	30%
	Medios	50%
	Superiores	20%
Tiempo de adicción	1 a 5 años	20%
	6 a 10 años	30%
	11 a 20 años	50%
Antecedentes psiquiátricos	Depresión	85%
	Ansiedad	90%
	Trastorno personalidad	20%
Antecedentes somáticos	Problemas hepáticos	30%
	Pancreatitis	5%
	Deterioro cognitivo	45%

Dadas estas características el perfil de mujer participante en el Programa Higía estaría representado por una mujer

- 48 años de edad.
- Separada o divorciada.
- Reside sola.
- En situación de desempleo.
- Con un nivel medio de estudios (secundaria, bachillerato o FP).
- Con consumo problemático de alcohol de entre 11 y 20 años.
- Con antecedentes psiquiátricos de ansiedad y/o depresión.
- Con antecedentes somáticos de deterioro cognitivo y hepatopatía.

Objetivos

El Programa Higía tiene la finalidad de humanizar la atención sociosanitaria a través de la aplicación de la perspectiva de género al tratamiento de mujeres con SDA. Los ejes de trabajo que fundamentan el diseño del programa son: la prevención de recaídas, la reducción de daños, la mejora de las relaciones intrafamiliares (o con el entorno) y la formulación de proyectos de futuro en alguna de las áreas de incorporación social (familia, social, personal, formativo-laboral). En su diseño se establecieron cuatro objetivos:

1) Realizar una evaluación que se centre en aspectos específicos de género por medio del desarrollo de una entrevista semiestructurada que recoja las variables distintivas.

2) Disminuir el número de recaídas y disminuir la duración de las mismas, aumentando las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo y elaborando un cuadernillo personal de identificación de situaciones de riesgo específicas y sus posibles estrategias de enfrentamiento, por parte de cada mujer.

3) Aumentar el autocuidado físico y emocional mediante el desarrollo de talleres de salud y, mejorar la auto-monitorización de la salud, así como el conocimiento y accesibilidad a los recursos de salud, elaborando una agenda personal de salud.

4) Formular proyectos de futuro en alguna de las áreas de incorporación social (familia, social, personal, formativo-laboral).

Indicadores y método de cálculo

Para la evaluación del impacto del programa se utilizó una batería de indicadores en la que se combinaron indicadores de tipo cuantitativo y cualitativo con la finalidad de expresar y registrar los cambios esperados.

En la tabla siguiente, se recogen los indicadores utilizados y el método de cálculo que se utilizó para medirlos.

Objetivo	Indicador	Método de cálculo
1	<ul style="list-style-type: none"> Número de mujeres que completan el protocolo con todas/os los/as profesionales. Grado de ajuste de aplicación del protocolo según el tiempo asignado (1 hora). Opinión de las participantes con respecto a la pertinencia de las preguntas realizadas. 	Cuantificación, observación directa y aplicación de cuestionario de pertinencia y satisfacción.
2	<ul style="list-style-type: none"> Número de sesiones realizadas. Número de abandonos del programa. Número de faltas no justificadas. Porcentaje de cuadernillos completados al acabar el programa y grado de satisfacción y aplicabilidad expresados sobre los contenidos trabajados, en situaciones reales. 	Cuantificación y observación directa, recuento de los resultados de evaluación del nivel de satisfacción y aplicabilidad de los cuadernillos de elaboración propia puntuados de 1 a 5, en escala tipo Likert.
3	<ul style="list-style-type: none"> Número de mujeres que participan en la actividad. Número de mujeres que finalizan la actividad. Grado de mejoría, expresado en porcentaje, en los valores hepáticos de las analíticas. Nivel de satisfacción sobre la utilidad y usabilidad de la agenda personal de salud. 	Cuantificación y observación directa, análisis y explotación de los contenidos de las agendas de salud, consulta de la historia clínica de las participantes para comprobación de las analíticas y del número de citas médicas, recuento de las puntuaciones de los cuestionarios de satisfacción sobre la utilidad y usabilidad de la agenda personal de salud (escala tipo Likert).
4	<ul style="list-style-type: none"> Número de compromisos de actividad firmados. Número de participantes que asisten a talleres del área social. Porcentaje de asistencia a las sesiones de grupo formativo-laborales. Porcentaje de participantes que expresan mejoras en su red de apoyo social y/o familiar a través de cuestionario específico. 	Cuantificación, observación y recuento de las puntuaciones de los cuestionarios de satisfacción (escala tipo Likert).

Resultados

Objetivo	Resultado esperado	Resultado obtenido
1	<ul style="list-style-type: none"> El 100% de las mujeres diagnosticadas de SDA a partir del 2 septiembre de 2019, hasta conformar un grupo de 20 participantes, completarán el protocolo establecido con todas/os los/as profesionales. Al menos en un 90% de los casos el protocolo se podrá completar en el tiempo estándar de consulta (60 minutos). Al menos un 70% de las usuarias muestra satisfacción con el protocolo y el material de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> El 90% de las mujeres diagnosticadas de SDA completan el protocolo con todos/as los/as profesionales. En el 100% de los casos en que se completó, se hizo en el tiempo estándar de consulta. El 90% de las participantes muestra satisfacción con el protocolo inicial y el material.
2	<ul style="list-style-type: none"> Un 90% de las participantes asisten a todas las sesiones. Un 70% de las mujeres completan el cuadernillo personal. Las faltas de asistencia no justificadas se sitúan por debajo del 30%. La puntuación media en la escala de evaluación del nivel de de satisfacción y aplicabilidad será al menos un 4. 	<ul style="list-style-type: none"> Un 45% de las participantes acuden a todas las sesiones de orientación cognitivo-conductual. Un 45% completan el cuadernillo personal. Se produce un 20% de faltas de asistencia no justificadas. La puntuación media en la escala de evaluación de satisfacción y aplicabilidad es de 4,46
3	<ul style="list-style-type: none"> El 100% de las participantes participan en los talleres interactivos de autocuidado. Un 80% de las mujeres completan todas las sesiones. Un 60% cumplimentará la agenda de salud. Un 80% de mejoría en los valores hepáticos, en cómputo anual. Un 70% de participantes reducen el número de consultas médicas en otros dispositivos por mejora del autocuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> 75% de participantes acudieron a los talleres, un 45% acude a todas las sesiones. 70% del total de participantes presenta mejoría en los niveles hepáticos. 60% cubre la agenda, un 69% de las mismas la puntúan con 3 o más. Un 73% de las participantes que acuden al taller de autocuidado reduce el número de consultas médicas.
4	<ul style="list-style-type: none"> 95% participantes firman un compromiso de actividad. 75% de las participantes asisten a alguno de los talleres del área social. 80% participantes asisten a las sesiones del grupo formativo-laboral. 60% de las participantes expresan mejoría en cuanto a su red de apoyo social y/o familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> 90% de participantes firman un compromiso de actividad. El 60% de las participantes asisten a talleres. El 100% de las participantes que se encuentran en situación de desempleo asisten a las sesiones del grupo formativo-laboral. Un 65% de participantes expresan mejoras en su red de apoyo en cuanto a reducción de conflictos y mejora de la comunicación.

Evaluación de los resultados obtenidos

A continuación, se detalla una valoración de los resultados obtenidos agrupados en relación a su correspondiente objetivo específico.

Objetivo específico 1. Realizar una evaluación que se centre en aspectos específicos de género por medio del desarrollo de una entrevista semiestructurada que recoja las variables distintivas.

En la primera fase de intervención se realizó la selección de participantes. Proceso que se inició el 2 de septiembre y finalizó el 1 de diciembre de 2019. Se conformó un gran grupo de 20 participantes. El grupo se mantuvo cerrado durante la intervención, es decir, no se realizaron incorporaciones una vez finalizada la fase de selección.

En esta fase de selección y acogida se realizaron las entrevistas iniciales aplicando el protocolo diseñado de entrevista semiestructurada con perspectiva de género. Se invitó a participar a 20 mujeres, con las que se conformó el grupo para la intervención. Todas las mujeres expresaron su intención de participar; sin embargo, una de las participantes no acudió a la entrevista con el psicólogo, y otra no acudió a la entrevista con la trabajadora social. El resto de participantes (18 sobre 20) completaron el protocolo de entrevista inicial en el tiempo estimado y consideraron que el contenido de las preguntas era adecuado a su realidad. 17 de ellas opinaron que era totalmente ajustado a su realidad y una participante consideró que el grado de ajuste es parcial.

Objetivo específico 2. Disminuir el número de recaídas y disminuir la duración de las posibles recaídas, aumentando las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo y elaborando un cuadernillo personal de identificación de situaciones de riesgo específicas y sus posibles estrategias de enfrentamiento, por parte de cada mujer

La actividad principal para la consecución de este objetivo fue el taller de orientación cognitivo-conductual (terapia de grupo). Se inicia el dos de diciembre de 2019 su finalización estaba prevista para el 1 de abril de 2020. A consecuencia de la pandemia, fue necesario trasladar dos de las sesiones al mes de junio

El diseño del programa implicó el desdoblamiento del grupo para el desarrollo de las sesiones de orientación cognitivo-conductual, de manera que no se superasen las 10 participantes por sesión. Se celebraron un total de 20 sesiones de grupo, 10 sesiones de una hora de duración con cada grupo, con frecuencia quincenal.

El 45% de las participantes acudió a todas las sesiones de orientación cognitivo-conductual. Se produjeron 4 abandonos del programa durante el período que abarcaba esta actividad

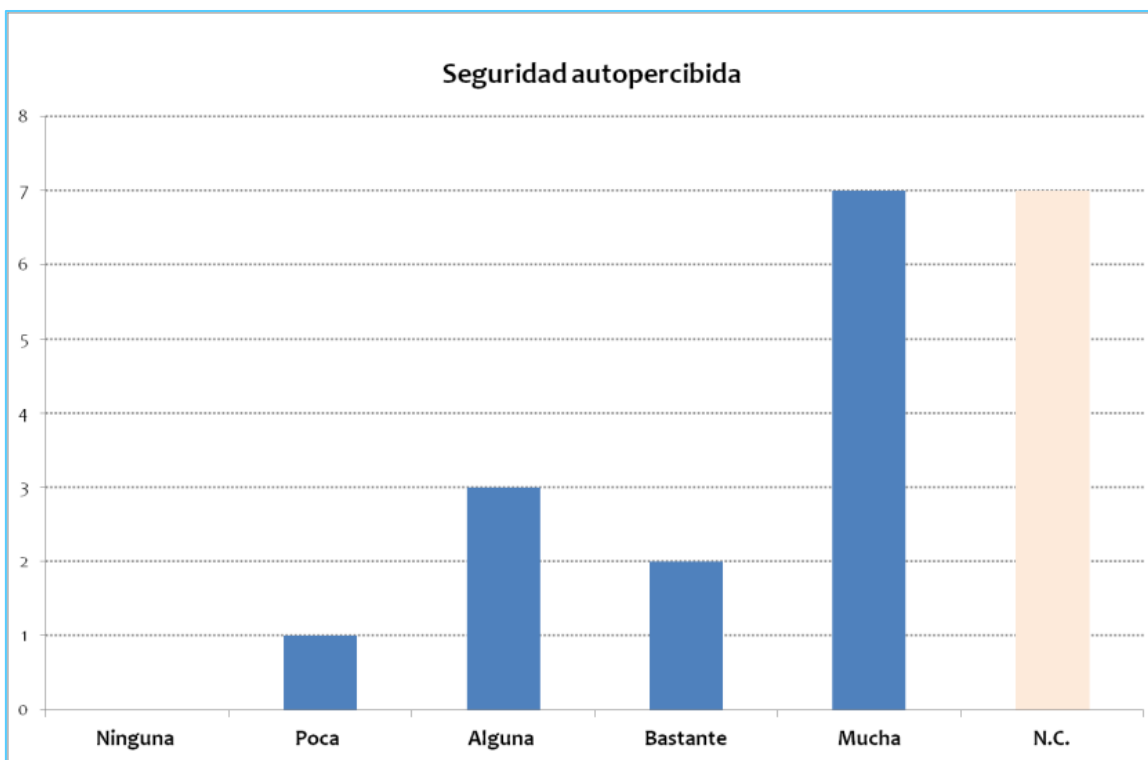
(diciembre-abril). Estos abandonos estuvieron, relacionados en su mayoría (3 de 4) con procesos de recaída en el consumo.

A partir del período de confinamiento debido a la pandemia, se produce un descenso en los niveles de asistencia de otras cuatro participantes. La inasistencia se debió, en esta ocasión, a la incorporación al mercado de trabajo. Se considera por ello que, aunque estas mujeres no hayan completado todas las acciones del programa no deben ser considerados como abandonos ya que en general, siguieron participando de las acciones de seguimiento individual.

Las faltas de asistencia no justificadas representan el 20% del total, lo que se relaciona con un adecuado nivel de compromiso por parte de las participantes.

Un 45% de las participantes completan el cuadernillo personal de identificación de situaciones de riesgo.

En relación a su capacidad para afrontar este tipo de situaciones de riesgo de consumo, el 60% de las participantes expresan un mayor nivel de seguridad autopercebida a la finalización del programa.



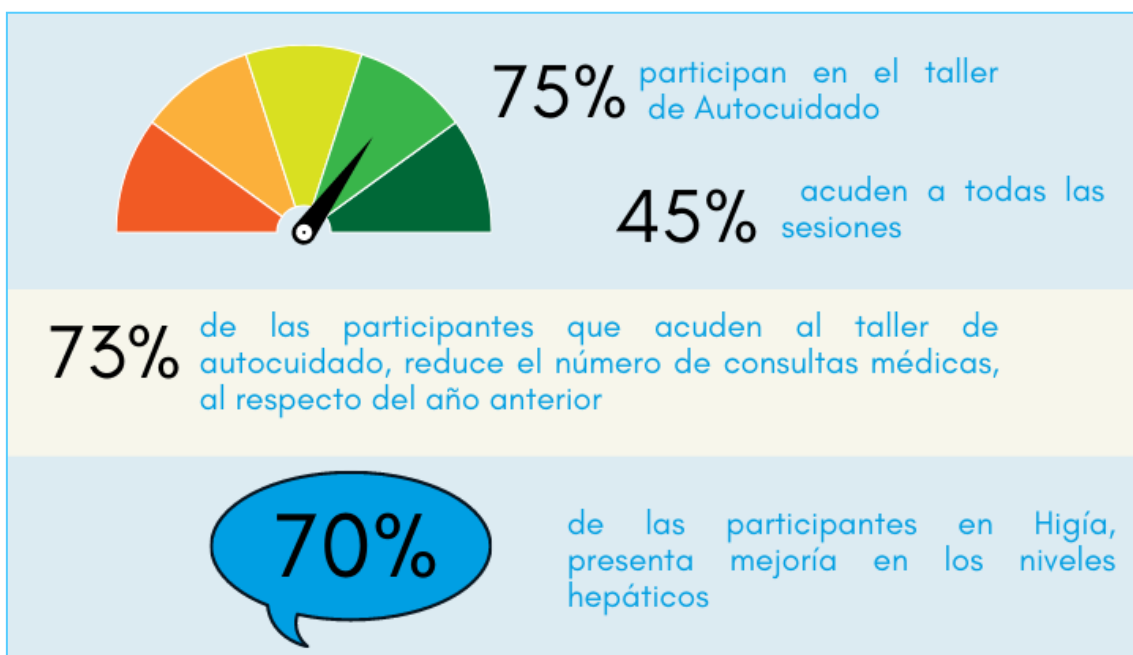
La puntuación media en la escala de evaluación de satisfacción y aplicabilidad del cuadernillo es de 4,46.

Con la intención de profundizar en evaluación de este objetivo se realizó un análisis del discurso de las participantes en las sesiones de terapia de grupo del que se extrajeron las emociones

que principalmente surgieron en las mismas: soledad, ansiedad, autoestima, dependencia emocional y culpa. Este análisis del discurso permitirá ajustar el diseño del Programa Higía en futuras ediciones.

Objetivo específico 3. Aumentar el autocuidado físico y emocional mediante el desarrollo de talleres de salud y, mejorar la auto-monitorización de la salud, así como el conocimiento y accesibilidad a los recursos de salud, elaborando una agenda personal de salud.

La ejecución de la actividad orientada a la consecución de este objetivo estaba prevista para su inicio el dos de diciembre de 2019 y para su finalización el 30 de abril de 2020. Nuevamente a causa de la pandemia el calendario de ejecución sufrió modificaciones y la actividad finalizó el 8 de julio de 2020.



Del total de 20 participantes, 6 no realizan el total de analíticas indicadas. Lo que debe ser tenido en cuenta en la valoración de los datos de evolución (indicadores hepáticos) en cómputo anual.

El 45% de las participantes asiste a todas las sesiones del taller de autocuidado y un 25% asiste al menos al 75% de las sesiones (3 de 5 sesiones).

Las faltas de asistencia fueron justificadas por responsabilidades familiares, por cuestiones de salud o por trabajo, salvo en los casos de abandono comentados en líneas anteriores.

Un 60% de las participantes cubre la agenda diseñada para el seguimiento personal del estado y evolución de la salud, un 69% de las mismas la puntúan con 3 o más en una escala de 5.

Se considera que Higía ha contribuido a la mejora de los niveles de salud de las mujeres del grupo teniendo en cuenta que existe una mejoría generalizada en los valores hepáticos entre las

participantes que presentaron mayor adherencia al tratamiento (14 de 20). A dicha mejoría se suma la reducción del número de consultas médicas (en atención primaria o especializada) en relación al año anterior a su participación en el programa. Las participantes en el taller autocuidado (educación para la salud) han mejorado en su comprensión de la enfermedad y del tratamiento prescrito, en su nivel de conciencia sobre la importancia y beneficios del cumplimiento terapéutico y han aumentado su capacidad y voluntad para tomar parte activa en la gestión de la enfermedad y su tratamiento. Los indicadores evaluados indican una reducción general en el número de consultas médicas realizadas, así como una mejora en los indicadores de salud medidos.

Objetivo específico 4. Formular proyectos de futuro en alguna de las áreas de vida (niveles formativo-laboral, familiar, social y personal)

UTACA es un centro sociosanitario adscrito a la red de centros de atención especializada del SERGAS (Servizo Galego de Saúde) por lo que las restricciones impuestas por la autoridad sanitaria en relación al COVID-19 impidieron la participación de personal voluntario en el desarrollo del programa.

90% de participantes firmaron el documento de compromiso de actividad. El 60% de las participantes asisten a talleres del área social. El 100% de las participantes que se encuentran en situación de desempleo asisten a las sesiones del grupo formativo-laboral.

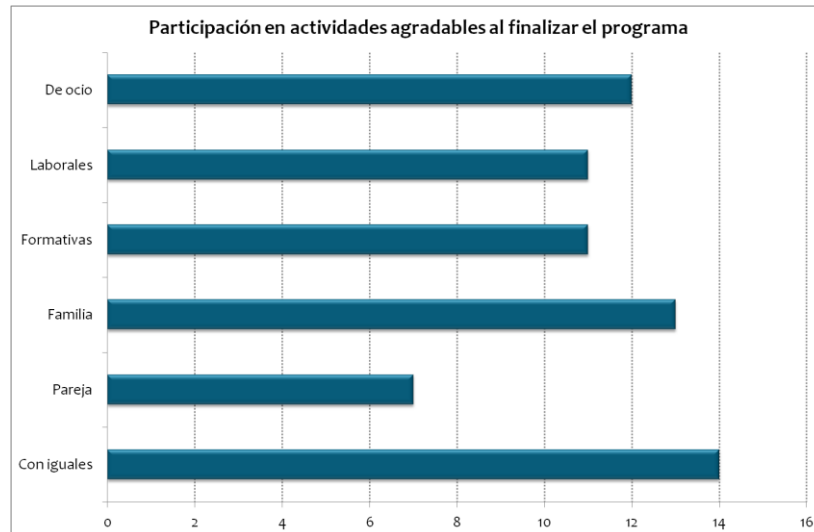
Un 65% de participantes expresan mejoras en su red de apoyo referidas a la reducción de conflictos en los distintos ámbitos y a la mejora de la comunicación, mientras que un 60% se incorpora a actividades laborales o formativas (12 de 20).

Se desarrolló la actividad prevista con las adaptaciones necesarias, aunque nos viésemos en la obligación de suspender los talleres previstos a cargo de personal voluntario. En su lugar se desarrollaron dos talleres atendiendo a las necesidades observadas y la demanda de las propias participantes (igualdad de género y alfabetización digital para la comunicación con la administración electrónica). Ambos talleres fueron desarrollados por la trabajadora social y la orientadora sociolaboral, con periodicidad quincenal.

El grupo de apoyo a familiares se inició el dos de diciembre de 2019 y finalizó en 1 de septiembre de 2020, siendo necesario trasladar las sesiones de abril y mayo por causa de las restricciones impuestas por la pandemia. Durante el período de confinamiento se mantuvo, no obstante, un seguimiento de las familias vía telefónica.

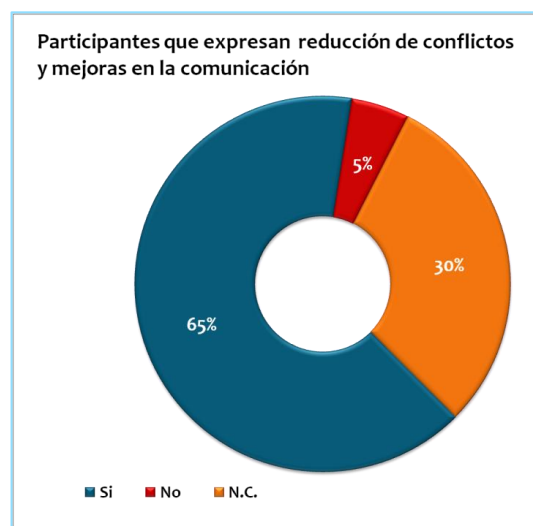
Dadas las modificaciones que sufrió el programa, debidas a la imposibilidad de participación de personal voluntario en las actividades, se considera que los resultados obtenidos se corresponden con un grado alto de cumplimiento del objetivo formulado.

Por otra parte, deben considerarse las valoraciones de las mujeres participantes a la finalización del Programa Higía y que se recogen en el gráfico de actividades agradables.



En su mayoría consideran que, a la finalización del programa, participan en actividades agradables, especialmente en actividades de ocio, en familia y con iguales. A esto hay que añadir que el 70% de las participantes solicitan la continuidad de las sesiones de grupo tanto del área social como de orientación cognitivo-conductual.

Esta actividad se ve complementada con el grupo de apoyo a familiares gracias al cual se han podido contrastar las valoraciones referidas por las participantes en cuanto a reducción de conflictos y mejora de la comunicación.



La participación prevista inicialmente por parte de las familias contrasta con la que se observó durante el desarrollo de las sesiones del grupo de apoyo a familiares y refuerza la tesis de la soledad y el distinto impacto del alcoholismo por el hecho de ser mujer. Solo 8 de las mujeres contaron representación de su familia en las sesiones del grupo de apoyo a familiares. La sanción social, y por tanto familiar, es mucho mayor cuando la persona con consumos problemáticos de alcohol es una mujer, y el nivel de apoyo de la familia de cara a afrontar la situación es menor en el caso de las mujeres.

Conclusiones y aprendizajes para el futuro

Uno de los motivos por los que diseñamos este programa fue la observación de la deficiente respuesta de los grupos mixtos a las demandas de la problemática del alcohol en las mujeres.

En general **las políticas de intervención sociosanitaria no incorporan en su diseño la atención a las especificidades de género**. Tal y como sugieren Beloso, Giner y López (2017), los grupos mixtos o con mayoría de varones se centran tradicionalmente en la prevención de recaídas y en el mantenimiento de la abstinencia en base a un enfoque psicoeducativo. En los grupos mixtos, los hombres tienden a hablar más e interrumpen con mayor frecuencia; mientras que ellas se muestran más reservadas.

Los grupos de mujeres facilitan el **abordaje de temas específicos** que no salen en presencia de compañeros varones. La identificación con iguales permite trabajar las consecuencias del estigma que recae sobre las mujeres con dependencia al alcohol y especialmente los sentimientos de culpa. Proveen, asimismo, de un modelo positivo que ayuda a legitimar sus sentimientos y les proporciona un soporte emocional más seguro (Finkenstein, 2004). Cuando las mujeres son minoritarias en un grupo, tienden a no participar en el diálogo llegando a silenciar u ocultar sus prioridades. Sin embargo, en los grupos exclusivamente de mujeres, se recogen y cuidan mejor las experiencias y emociones íntimas que se comparten. Las propias mujeres participantes **han valorado el programa como de gran utilidad**, de hecho, catorce de las veinte mujeres del Programa Higía recomendarían a otras mujeres en su misma situación participar en él.

Gracias a Higía hemos observado que los grupos sólo de mujeres otorgan **mayor protagonismo al mundo emocional** y facilitan que se desarrollen relaciones de apoyo no competitivas en un entorno en el que las mujeres sienten mayor libertad para expresarse. Ello permite el afloramiento de aquellas temáticas más relevantes para las mujeres que deben ser tratadas en sus correspondientes procesos de recuperación. Nos referimos a cuestiones como ansiedad, soledad, autoestima, dependencia emocional, culpa o vergüenza, pero también a temas como relaciones personales o abusos sexuales.

Un **análisis** en profundidad **del discurso** de las mujeres que han participado en el Programa Higía, nos ha llevado a detectar la necesidad de intensificar las acciones de mejora de las habilidades sociales, especialmente de la autoestima, en ediciones futuras del programa.

Las acciones dirigidas al autocuidado, han contribuido a **mejorar el estado de salud** de las participantes. El tratamiento individualizado regular, la educación sobre la enfermedad (adicción), el autocuidado, el trabajo de terapia en grupos exclusivamente de mujeres y el seguimiento y acompañamiento social, parecen relacionarse con una mejor adherencia al tratamiento y la

efectividad de los mismos. Por todo ello podemos considerar que, en el medio y largo plazo, este tipo de programas suponen una **reducción de los costes sanitarios**.

Tal y como hemos observado a lo largo de estos meses de intervención en el marco del Programa Higía, el hecho de contar con menos apoyo familiar para el tratamiento, convierte al **grupo** en una **referencia** todavía más **significativa** para las mujeres. El trabajo con grupos y la participación en acciones de formación y talleres favorece el sentimiento de pertenencia, reduciendo a su vez el sentimiento de soledad. Por otra parte, el trabajo sobre los estereotipos de género ha contribuido a mejorar sus sentimientos de valía y a su empoderamiento, al asumir sus propias expectativas y no un rol de género heteroimpuesto.

Consideramos que el programa Higía, ha constituido un ejercicio de **humanización de la salud**. La aplicación de la perspectiva de género al trabajo con un grupo de mujeres con consumos problemáticos de alcohol, ha producido efectos beneficiosos en las participantes.

Tras esta experiencia, y tal y como sostienen Castaños y Palop (2007), consideramos que es posible afirmar que **las mujeres con consumos problemáticos de alcohol se recuperan en relación, no en aislamiento**. Por ello, **es necesario promover espacios grupales que permitan motivar al cambio, ofrecer apoyo y facilitar la identificación con otras personas**.

El Programa Higía nos ha permitido desarrollar un **protocolo de intervención** que es posible replicar y a adaptar a otras organizaciones que trabajen con mujeres con SDA o consumos problemáticos de alcohol.

En eso ha consistido, a grandes rasgos, Higía.

Referencias bibliográficas

- Beloso, J. J., Giner, Nuria y López, T. (2017). “Terapia de grupo con mujeres con trastorno por consumo de alcohol en una unidad de psicoterapia: un análisis del discurso”. *Clínica Contemporánea*, 8, E29. <http://doi.org/10.5093/cc2017a19>
- Castaños, M. y Palop, M. (2007) “El proceso de intervención en mujeres con drogodependencia. Pautas para incluir la perspectiva de género” en *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Finkelstein, A. (2004) “Gender differences and their implications for substance use disorder treatment” Virginia Department of Mental Retardation and Substance Abuse Services, January 2004, OSAS.