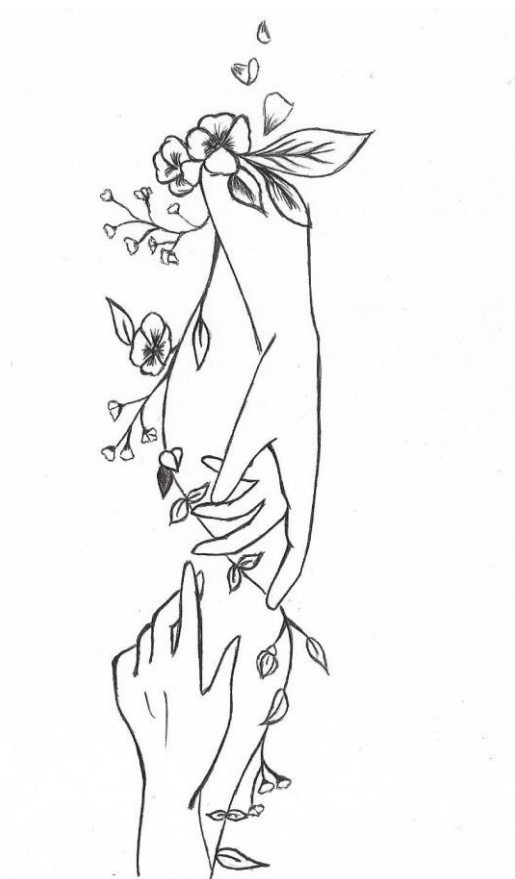


Treball de final de Grau

El gènere com a obstacle en el tractament?

UNA REVISIÓ DE LA SITUACIÓ DE LES DONES EN TRACTAMENTS DE DESHABITUACIÓ MIXTES EN CLAU SOCIOEDUCATIVA I DE GÈNERE



Laia Monzonís Guerrero
4rt curs d'Educació Social
Oriol Segovia Minguet
Curs 2021-2022



UNIVERSITAT
**RAMON
LLULL**

**FUNDACIÓN
PERE TARRÉS**
UNIVERSIDAD RAMON LLULL

FACULTAD DE
EDUCACIÓN
SOCIAL Y
TRABAJO
SOCIAL

ÍNDEX

1. Resum	5
1.2. Resumen	5
1.3. Abstract	6
2. Introducció i justificació	7
3. Marc Teòric	9
3.1. L'addicció	9
3.1.1. Què és l'addicció?.....	9
3.1.2. Les causes de la drogodependència	9
3.1.3. Conseqüències de l'addicció	12
3.2. La violència de gènere.....	14
3.3. Tractament de la drogodependència	18
3.3.1. Recursos de tractament de la drogodependència a nivell de Catalunya.....	18
3.3.2. La dona en tractament	22
3.4. Estigma social	27
3.4.1. Estigmatització de la dona addicta	28
4. Metodologia	30
4.1. Pregunta inicial, hipòtesi i objectius	30
4.2. Disseny de la investigació	30
4.2.1. Fases de la investigació	31
4.2.2. Instruments d'investigació	32
4.2.3. Selecció de la mostra	32
4.2.4. Aspectes ètics	33
4.2.4.1. Privacitat, confidencialitat i consentiment informat	33
4.2.4.2. Consentiments informats emparats en la investigació	34
5. Resultats.....	35
5.1. Objectiu específic 1:	35
5.2. Objectiu específic 2:	39
5.3. Objectiu específic 3:	42
6. Anàlisi i discussió de resultats.....	44
6.1. Obstacles en l'accés al recurs	44
6.3. Autopercepció de l'estigma social de les dones.....	50
7. Conclusions	51

8. Bibliografía 54

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 111
Figura 220
Figura 321
Figura 421
Figura 522
Figura 623
Figura 724
Figura 825

A totes les dones que lluiten a diari per elles mateixes.

Agraïments:

Primerament vull donar les gràcies a les dones que han fet possible aquest treball, per confiar i obrir-se de la manera que ho han fet. En segon lloc, m'agradaria agrair l'esforç de l'Oriol Segovia, qui m'ha acompanyat en aquest Treball de Final de Grau.

Dono les gràcies a la meva família per haver-me recolzat al llarg d'aquests quatre anys i fer possible tot el que tinc ara, i en especial a la meva tieta, la persona que m'ha inspirat i m'ha portat a conèixer aquesta professió.

Finalment, dono les gràcies a la dona que va despertar el meu interès per la temàtica d'aquest Treball de final de grau, una dona que vaig conèixer al Pis Terapèutic Teodor Llorente mentre cursava les pràctiques de tercer curs, ella em va motivar a aprendre sobre aquest tema, que era totalment nou per a mi.

1. Resum

El gènere com a obstacle en el tractament?, Una revisió de la situació de les dones en tractaments de deshabitació mixtes en clau socioeducativa i de gènere, és un treball amb el qual es pretén fer un aprofundiment teòric dels aspectes que engloben la problemàtica de la drogodependència i dels recursos de tractament d'aquesta, i a més identificar desigualtats, valorar la situació de la dona dins dels recursos de tractament de drogodependències en clau de gènere i fer un anàlisi de l'autopercepció de l'estigma social de les dones amb addicció, com a possibles factors que obstaculitzen el tractament i del procés de reinserció. Aquesta investigació s'ha dut a terme a partir de la utilització de tres eines diferents d'investigació, l'entrevista semi-estructurada, el grup de discussió i l'escala d'autopercepció de l'estigma social. Per a l'assoliment dels objectius s'ha comptat amb la participació de sis dones que realitzen actualment o han realitzat un (o més d'un), tractament en centres mixtes, es tracta de dones majors d'edat amb situacions diverses. A partir d'aquesta investigació es podrà veure que la dona pateix desigualtats en els recursos mixtes de tractament de drogodependència com a conseqüència d'una sèrie d'obstacles que es troben en l'accés al tractament i durant el procés. Per tant, es podrà veure com les dones han de lluitar amb una doble estigmatització pel fet de ser dones i amb addiccions.

Paraules clau: Drogodependència, gènere, violència de gènere, estigma social, recursos mixtes.

1.2. Resumen

¿El género como obstáculo en el tratamiento?, Una revisión de la situación de las mujeres en tratamientos de deshabitación mixtos en clave socioeducativa y de género, es un trabajo con el que se pretende hacer una profundización teórica de los aspectos que engloban la problemática de la drogodependencia y de los recursos de tratamiento de esta, y además identificar desigualdades de género y hacer un análisis de la autopercepción del estigma social de las mujeres con adicción, como posibles factores que obstaculizan el tratamiento y el proceso de reinserción. Esta investigación se ha llevado a cabo a partir del uso de tres instrumentos de investigación distintos, la entrevista semi – estructurada, el grupo de discusión y la escala de autopercepción del estigma social. Para el logro de estos objetivos se ha contado con la participación de seis mujeres que realizan actualmente o han realizado un (o más de uno), tratamiento en centros mixtos, se trata de mujeres mayores de

edad que se encuentran en situaciones distintas. A partir de esta investigación, se podrá ver que la mujer sufre desigualdades en los recursos mixtos de tratamiento de drogodependencia como consecuencia de una serie de obstáculos que se encuentran en el acceso al tratamiento y durante el proceso. De esta manera, se podrá ver cómo las mujeres tienen que luchar con una doble estigmatización por el hecho de ser mujeres y con adicciones.

Palabras clave: Drogodependencia, género, violencia de género, estigma social, recursos mixtos.

1.2. Abstract

Is gender an obstacle to receiving proper treatment? A review of women's situation during gender mixed treatments of rehab from a socio-educational and gender perspective is a work in which we intend to do a theoretical in-depth look of the issues surrounding drug addiction and the multiple treatments associated with it. Furthermore, inequality detection has also been a goal in this project as well as assessing women's situation in addiction treatments and conducting an analysis of the self-perception of women's social stigma, considering the latter as possible obstacles to both, treatment, and reintegration. This investigation was carried out through three different research tools: a semi-structured interview, a discussion group, and finally, a scale of this self-perception of social stigma. To achieve these objectives, we have been able to count on the participation of several women currently undergoing or who have undergone a treatment or several ones in these mixed centres. We would be talking of women of legal age with various conditions. From this investigation, it can be viewed how women suffer inequality regarding mixed centres of drug addiction because of a series of obstacles affecting the access to this service as well as the treatment itself. Thus, we can see how women must fight through not one, but two stigmas: being a woman and suffering an addiction.

Key words: drug addiction, gender, gender violence, social stigma, mixed centres.

2. Introducció i justificació

El gènere com a obstacle en el tractament?, Una revisió de la situació de les dones en tractaments de deshabitació en clau socioeducativa i de gènere, és un treball de recerca aplicada que forma part de l'assignatura de Treball de final de Grau, de quart curs del grau en Educació social. Aquest treball té com a tema principal la doble problemàtica de dones víctimes de violència de gènere i la drogodependència.

L'interès per al desenvolupament d'aquest treball ha estat causat per una sèrie de situacions personals i familiars viscudes i relacionades directament amb el trastorn consum de substàncies. Als quinze anys vaig haver de fer diverses visites a una Comunitat Terapèutica en la que hi havia una familiar fent un procés, i aquelles visites van marcar el meu camí.

La temàtica d'aquest treball en gran part està motivada per aquest aspecte familiar, mentre que l'interès per la problemàtica de la violència de gènere és molt més recent.

A les pràctiques externes cursades al tercer curs del grau d'Educació Social, fetes a un Pis de Reinserció, vaig tenir la sort de coincidir amb una dona que va patir violència per part de la seva parella i que havia desenvolupat una addicció. Aquesta dona, tot i compartir amb mi la seva dolorosa història, em va ensenyar a valorar la vida i les segones oportunitats. Gràcies a ella, les meves ganes de seguir aprenent sobre la relació entre el consum de substàncies i la violència de gènere va anar augmentant, fins al punt on em trobo, en el que començo a fer recerca sobre el que s'ha escrit fins ara.

Al Pis de Reinserció on vaig fer les pràctiques vaig adonar-me de vàries qüestions en relació a la temàtica proposada, una de les quals, era la gran diferència d'homes i dones que hi havia en el recurs. A mesura que vaig poder anar coneixent a aquestes dones, vaig veure com eren conscients de que, per elles, ser dona en l'àmbit de les drogodependències resultava més difícil que ser home, de que ho vivien d'una manera molt diferent que els homes. Elles expressaven la dificultat que tenien a l'hora de fer el tractament, una dificultat que venia de l'arrelament que tenien amb la família i el sentiment de culpabilitat que sentien a l'hora de "deixar" als seus fills i anar a fer el tractament, de la poca accessibilitat del tractament o de la dependència econòmica dels seus marits.

A més vaig poder observar que el consum que havien fet aquestes dones, havia estat una conseqüència del maltractament físic i psicològic que havien patit de les seves parelles anteriors, en general consumien alcohol i altres substàncies depressores.

Vaig poder observar que en el pis terapèutic, hi havia dones que havien viscut històries diferents, però en canvi alguns patrons es repetien, la qual cosa em va fer pensar en les diferents causes del consum i en si aquest consum podia haver estat una conseqüència d'haver patit violència de gènere. A nivell professional, m'agradaria poder fer una observació dels models d'intervenció en tractaments de deshabitució a les drogodependències, en diversos serveis, ja siguin únicament per dones o mixtes, per tal de veure si en els recursos mixtes, seria important implementar millores en la intervenció amb les dones que han accedit al consum de substàncies tòxiques.

He pogut observar al meu entorn més proper la desinformació de la drogodependència i de l'estigma d'aquest col·lectiu. A més he percebut també una gran manca d'informació envers a les dones amb addiccions. La qual cosa, provoca una creença errònia o incompleta que, segons el meu punt de vista, cal ampliar i/o corregir per tal d'acabar amb aquest estigma.

Espero que aquest treball serveixi d'ajuda per a millorar la intervenció dels professionals en el procés de tractament de drogodependències en dones amb la doble problemàtica, que pateixen trastorn de consum de substàncies i violència de gènere. Poder tenir informació sobre la realitat d'aquestes dones pot ajudar en la millora dels serveis i de les intervencions que es duen a terme en els recursos mixtes, i si més no, en l'ajuda per la visibilització de la realitat d'aquestes dones i en trencar estigmes i barreres que perjudiquen a la recuperació d'aquestes dones.

La pregunta inicial que m'he plantejat per a poder iniciar la investigació és: *Quina és la realitat de les dones dins dels recursos mixtes de tractaments de deshabitució de drogodependències?*

He arribat al plantejament d'aquesta pregunta inicial ja que en base a la meva observació durant les pràctiques de tercer curs i fins on vaig poder veure, al pis terapèutic mixt, pel que fa les funcions de les educadores, es duu a terme la mateixa intervenció tant en homes com en dones (que han patit violència de gènere), exceptuant grups de gènere i tutories individuals.

Per tant considero interessant poder observar si es podria fer alguna millora en aquesta intervenció, coneixent la situació i vivència de les dones dins dels recursos i tenint en compte les necessitats i particularitats de les històries de vida d'aquestes dones.

3. Marc Teòric

3.1. L'addicció

3.1.1. Què és l'addicció?

“No todas las adicciones son iguales. De hecho, existen importantes diferencias entre ellas” (Washton y Boundy, 1991).

D'acord amb Corominas, Roncero i Casas, (2015), l'addicció és un gran problema de salut en els països occidentals. El terme “addicció” fa referència a un conjunt de trastorns psíquics que es caracteritzen per una necessitat compulsiva de fer consum de substàncies psicòtropes amb un alt potencial d'abús i de dependència a aquestes, que va envaint de forma progressiva totes les esferes de la vida de la persona, com la família, les relacions socials, la feina...

Els autors, Mazo, Botta, Lahens, Perelló i González (2008), (citats en Mendoza, Y., Vargas K., (2017)) defineixen la drogodependència com un estat que es caracteritza pel desig dominant i irresistible de consumir drogues i obtenir-les de qualsevol manera, la tendència de desenvolupar el síndrome de tolerància i el desenvolupament de la dependència física-psíquica amb presència del síndrome d'abstinència per retirada de substància.

Segons Washton i Boundy (1991), algunes persones s'imaginen l'addicte com un individu que busca el consum de drogues les vint-i-quatre hores del dia, cada dia, amb lo qual el criteri que apliquen, és que si un individu consumeix tots els dies, llavors és addicte, i equivocadament pensen que si, en canvi, no ho fa cada dia, en aquest cas no és addicte.

La realitat que exposen, és que aquest criteri no és encertat, ja que majoritàriament un addicte no consumeix a diari la droga a la que és addicte, sinó que fa un abús esporàdic d'aquesta, alternant així períodes de consum diari amb períodes d'abstinència o de consum controlat.

3.1.2. Les causes de la drogodependència

Talisa (2021), exposa que en els pacients amb trastorn per ús de substàncies, independentment del tòxic de consum, hi observa una clara tendència a la presència de traumes de tipus indirecte com a principals. No obstant, no s'ha trobat una relació estadísticament significativa entre el tipus de trauma i el tipus de tòxic consumit.

Així com apunta Rubio, (2000), la relació entre l'ús de drogues i els trastorns psíquics és molt estreta. El consum de drogues sol produir trastorns mentals i bastantes persones amb

trastorns emocionals fan ús de les drogues per mitigar determinats estats emocionals. En altres casos, els fenòmens relacionats amb l'acció tòxica de les drogues en l'organisme, són els elements causals del trastorn com la intoxicació, el síndrome d'abstinència o el delirium. No obstant, segons el punt de vista de Pons Diez (2008), la problemàtica del consum de substàncies és una problemàtica que, com qualsevol problema social és susceptible a diverses interpretacions epistemològiques, per tant parla dels diferents models interpretatius del consum de drogues.

En relació als factors individuals que generen o poden facilitar el desenvolupament d'una addicció, el model mèdic tradicional, apunta que el consum de drogues és una problemàtica de caràcter individual, ja que el considera una malaltia caracteritzada per la pèrdua de control de l'individu sobre el consum.

Pons Diez (2008), assenyala que aquesta perspectiva interpretativa ha aportat nombrosos avenços en el coneixement de les característiques psicoactives de les drogues i del procés bioquímic de l'acció física, així com diferents procediments de base mèdic-farmacològica que han resultat eficaços en tractaments de les addiccions.

L'autor parla també del model psicològic individualista, el qual posa èmfasi en l'individu contemplant la complexitat i variabilitat de qualsevol conducta humana. Per tal d'entendre la conducta del consum de drogues, aquest model assenyala la importància d'estudiar els trets de la personalitat, les actituds, els valors, els hàbits de conducta o els estils de relació social de l'individu consumidor.

Però el que està present en tots els casos d'addicció, segons (Washton i Boundy, 1991), és la persona addicta. Els autors exposen que és el nostre malestar interior el que ens fa vulnerables a les accions i no a les substàncies o activitats mateixes. També exposen que hi ha cinc factors principals (a més de la predisposició genètica en el cas d'algunes dependències de substàncies químiques) que fan estar a les persones en un alt risc de recórrer a la droga o activitat per canviar d'estat d'ànim, per tal d'obtenir d'ella, un efecte plaent i que puguin recórrer a aquesta més d'una vegada.

Figura 1: "Mal-estar" adicto



Font: Washton i Boundy (1991)

No obstant, no només és important tenir en compte les variables individuals per tal d'entendre l'addicció a substàncies, sinó que hi ha altres factors que influeixen en aquesta problemàtica. "Myers (1999), (citat a Mendoza, Vargas i Alvarado, 2007) considera que un factor que contribueix al consum i posterior addicció són els aspectes socials de les persones com ho són: l'atur, la classe econòmica, l'abandonament escolar, el context familiar (que constitueix la base per la formació de la personalitat), on els membres del nucli i la comunitat poden actuar com models de conducta a imitar.

L'autor Pons Diez (2008), parla també de l'addicció des del model socioecològic. El qual defensa que els estils de vida saludables d'una persona estan definits per una sèrie de factors interrelacionats, com per exemple les característiques individuals i l'entorn microsocial immediat de la persona (la família, els amics, la feina, la comunitat...), però també té en compte els factors macrosocials (els sistema social, la cultura de valors, els mitjans de comunicació i el medi físic geogràfic en el que es desenvolupa la conducta de la persona. Així com diu l'autor, el model socioecològic es fonamenta en considerar una sèrie d'interrelacions i interdependències complexes entre el sistema orgànic, el sistema comportamental i el sistema ambiental.

Seguint amb els models exposats per Pons Diez (2008), aquest parla del model de la privació social, el qual contempla que factors fonamentals de l'addicció poden ser la pobresa, la discriminació o la carència d'oportunitats, els quals poden aparèixer com un producte de la societat urbana industrialitzada.

També parla del model de la distribució del consum, el qual considera que la problemàtica del consum d'alcohol i altres drogues pot ser compresa a partir de considerar la major o menor facilitat d'accés dels ciutadans a aquestes.

Les autores Mendoza i Vargas, (2017), apunten que el consum de substàncies psicoactives és un fenomen complex que no es pot explicar sobre la base de causes úniques, que pel contrari, es considera que és degut a la interacció de diferents factors biològics, psicològics i socials (familiars, escolars i grupals), que d'alguna manera afavoreixen la consolidació d'un patró d'abús o dependència.

3.1.3. Conseqüències de l'addicció

Els autors Washton i Boundy, (1991) parlen de quatre símptomes de l'addicció, el primer d'aquests quatre és l'obsessió, un signe que defineixen com la sensació d'ansietat i excitació en els moments previs de l'ús de substàncies al que s'és addicte. L'obsessió també fa que la persona tendeix a organitzar la seva vida entorn el consum de la substància addictiva.

El segon signe o símptoma cardinal de l'addicció que es menciona, es tracta de les conseqüències negatives. Els autors defineixen aquest segon signe amb una frase molt representativa; "Lo que hace que una adicción sea una adicción es que se vuelve en contra de uno", les addiccions poden aportar conseqüències negatives en molts aspectes diferents de la vida de la persona. A nivell de relacions personals, l'addicte sol substituir gran part del temps que anteriorment dedicava a la família, amics o parella, pel consum de substàncies o altres addiccions, la qual cosa en molts casos pot suposar l'allunyament i la separació amb aquestes persones. A nivell professional, la persona que té l'addicció tendeix a restar temps al treball, provocant així faltes de puntualitat, faltes d'assistència, menor productivitat, deteriorament de la qualitat del treball, tensions amb els companys o la pèrdua de la feina. Aquesta pèrdua de la feina, afecta directament al nivell econòmic de la persona, ja que la persona addicta en cas de perdre la feina, ja no rep ingressos i gasta una gran part dels seus estalvis a pràctiques addictives, la qual cosa provoca que tingui deutes. A nivell personal, l'abús de substàncies provoca grans canvis en la personalitat de l'individu, ja que la droga es transforma en una de les coses més importants, la conducta de la persona addicta es troba motivada per la desesperació, i no per una deliberada falta de consideració com comunament es pensa. Finalment si parlem a nivell de salut, Washton i Boundy expliquen que les persones addictes solen patir seqüeles psicològiques, com estats d'ànim negatius, irritabilitat, actituds defensives, pèrdua d'autoestima, així com també sentiments de fracàs, impotència, depressió i desesperació. Parlen de que quan la persona es troba en aquesta situació, entren en un procés circular, en el qual, aquestes persones tenen ganes de voler consumir.

L'última conseqüència negativa de la que es parla en el llibre és la salut física, la qual es sol veure afectada pel descuit de la pròpia persona sobre el seu cos. Tot i que també la tensió amb la que viu la persona addicta pot ocasionar una gran quantitat de símptomes físics com trastorns de l'alimentació, hipertensió, insomni, fatiga i altres. Les persones addictes a les drogues solen patir malalties provocades per efectes químics específics de la droga que consumeixen.

Washton i Boundy parlen d'un tercer signe o símptoma cardinal de l'addicció, que és la falta de control. Es tracta de la incapacitat de controlar o frenar la conducta addictiva. Es parla de que en alguns casos la persona pot continuar exercint un esforçat domini de la seva addicció durant la resta de la seva vida, però en aquests casos, si aquesta persona no tracta la seva malaltia interior, és probable que pateixi durant la resta de la seva vida el dolor emocional que l'ha portat a consumir.

Finalment es parla d'un últim signe o símptoma cardinal de l'addicció, que és la negació, en el moment en el que els addictes comencen a desenvolupar problemes a diferents aspectes de la seva vida, comencen a negar dues coses, neguen que la droga o l'abús d'allò al que són addictes constitueix un problema que no poden controlar i que els efectes negatius que pateixen en les seves vides tenen una relació directa amb l'addicció.

3.1.3.1 Com afecta el consum de substàncies a les dones?

Segons el National Institute on Drug Abuse (2020), existeixen una sèrie de diferències en l'ús de substàncies entre homes i dones. S'explica que les dones, generalment, consumeixen menors quantitats de certes drogues durant menys temps abans de contraure l'addicció, i que aquestes poden tenir respostes a les drogues diferents a les que poden tenir els homes, com per exemple el desig més intens del consum de la substància, sent així, més propenses a tenir una recaiguda un cop realitzat el tractament.

S'explica també que les hormones sexuals de les dones, poden fer que aquestes siguin més sensibles que els homes a alguns efectes que provoquen les drogues, a més, les dones drogodependents poden experimentar més efectes físics al cor i als vasos sanguinis.

Seguint amb les diferències dels efectes entre homes i dones, exposen que les dones que consumeixen drogues poden tenir canvis al cervell diferents als canvis que pateixen els homes. A més expliquen que les dones solen tenir major risc de patir conseqüències greus amb el consum de drogues.

Esmenten que les dones que són víctimes de violència domèstica tenen un risc més elevat de fer ús de substàncies, i que altres causes que poden provocar consum de drogues poden ser la pèrdua de fills en divorcis, la mort d'un ésser estimat o patir trastorns mentals.

A més d'una causa, els problemes de salut mental com l'ansietat i la depressió, poden esdevenir una conseqüència d'aquest consum de substàncies.

Seguint amb aquesta última idea, Llopis, Castillo, Rebollida i Stocco (2005), exposen que les dones maltractades tenen major risc de patir problemes greus de salut com embarassos no desitjats i avortaments o greus patologies com depressió, trastorn d'estrès posttraumàtic i addicció.

3.2. La violència de gènere

La violència de gènere està estretament vinculada a factors bio-psicosocials Rodríguez (2021), exposa que el gènere correspon a les propietats i aspectes atribuïts a una persona basant-se en les seves característiques biològiques, separant femení i masculí. A més parla del rol de gènere, definint-lo com la manera en la que la societat espera que sigui el comportament d'un individu en relació al gènere assignat en el moment del naixement. Remarca que el rol estableix la manera d'actuar, la vestimenta i la manera d'interactuar socialment, d'acord al binarisme de gènere.

“En cuanto a los roles que la sociedad establece para las mujeres, se han caracterizado por presentar cierta desigualdad de género, entre los papeles que socialmente le son asignados se encuentran: Se le otorga el rol reproductivo, se relaciona con el trabajo doméstico, se encargan del cuidado de los hijos y su esposo y eso debe ser satisfactorio y se le asignan características de subordinación, en relación con el rol masculino (Rodríguez, 2021).”

En canvi, si contrastem el rol que la societat estableix a la dona amb el que s'estableix al gènere masculí, veurem que el rol masculí té un paper de poder envers al de la dona. Aquesta petita comparació ja pot servir com un clar exemple de la desigualtat entre gènere i de la subordinació que la pròpia societat estableix a la dona envers a l'home. “Según la perspectiva de género que presenta la sociedad, los hombres deben mantener los siguientes patrones: Su rol es productivo, son los responsables económicos de la familia, se caracterizan por ser dominantes y tener autoridad, deben reprimir sentimientos y se encarga de la toma de decisiones de importancia (Rodríguez, 2021).

L'organització mundial de la salut (OMS) exposa que les Nacions Unides defineixen la violència contra la dona com “Tot acte de violència de gènere que resulti, o pugui tenir com a resultat un dany físic, sexual o psicològic per a la dona, incloses les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, tant si es produeix en la vida pública com en la privada”.

Les dades publicades al 2021 per l'OMS, demostren que la violència contra la dona continua essent un problema generalitzat i devastador, i que les dones que ho viuen, ho

comencen a patir des de molt joves. A prop de 736 milions de dones (una de cada tres) pateixen violència física o sexual infringida per un company íntim o agressions sexuals perpetrades per altres persones. Aquestes dades s'han mantingut estables al llarg del decenni més recent.

Segons les estadístiques del balanç anual de la *Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género* (2021), el nombre de casos de dones assassinades per violència de gènere confirmats entre l'1 de gener de l'any 2003 i el 31 de desembre de 2021 ha estat de 1.126 i des de l'1 de gener i fins el 31 de desembre de l'any 2021, 44 dones han estat assassinades per violència de gènere. El 75% de les víctimes mortals tenien edats compreses entre els 31 i els 60 anys.

Seguint amb les estadístiques del balanç anual de la *Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género* d'aquest passat any 2021, des que va iniciar el 016- Servei d'informació i assessorament jurídic en matèria de violència contra la dona al setembre de l'any 2007 i fins el 31 de desembre de 2021, s'han rebut 1.034.099 trucades pertinents, aquest passat any 2021, des de l'1 de gener i fins el 31 de desembre, s'han rebut 87.307 trucades pertinents, la qual cosa suposa un augment d'un 10,23% respecte al mateix període de l'any 2020 (en el que es van fer 79.201 trucades pertinents).

Tenint en compte el sistema de seguiment integral en els casos de violència de gènere en el Balanç s'exposa que el nombre total de casos actius el 31 de desembre de 2021 ha estat de 69.469, la qual cosa suposa un augment del 1,07% respecte al novembre de 2021 (68.735) i un increment del 9,13% respecte el desembre de 2020 (63.656). A més apunten que el nombre de dones amb protecció policial (casos actius amb nivell de risc apreciat) el 31 de desembre de 2021 és de 37.977, la qual cosa suposa un augment respecte el mes de novembre de 2021 (37.556), i un increment del 16,48% respecte el desembre de 2020 (32.598). Apunten que el major percentatge de casos es troben entre les dones amb edats compreses entre els 31 i els 45 anys d'edat.

“Las mujeres que usan o abusan de drogas no son ajenas a la violencia que sufrimos el resto de las mujeres. En este sentido padecen: Violencia estructural, violencia social y cultural que mantiene la situación de desigualdad y dependencia de las mujeres y que les genera inequidades en el acceso al trabajo o a la vida pública, desigualdades en la salud o en el uso de tiempo. Hablamos en general de la violencia sufrida en el contexto de una relación de pareja, lo que hemos venido en llamar violencia de género.” (Romo Avilés, 2021).

La ONU Mujeres defineix la violència física contra les dones, com una violència que consisteix en causar o intentar causar danys físics a la parella, en manera d'atac, tot i que també negant atenció mèdica, obligant-la a consumir alcohol o drogues o emparant qualsevol altre tipus de força física contra ella, mentre que un altre tipus de violència conegut i de la que parla la ONU Mujeres, es tracta de la violència emocional, la qual consisteix en danyar l'autoestima d'una persona a través de crítiques constants, infravalorant les seves capacitats, insults o sotmetent-la a altres tipus d'abusos verbals. La violència emocional també va lligada a causar danys a la relació de la dona amb els seus fills o en la prohibició a la parella de veure els seus familiars i a les seves amistats. Des de la ONU Mujeres, es parla també de violència psicològica, la qual també resulta molt coneguda, i que consisteix en provocar por a través de la intimidació, en amenaçar amb causar dany físic a una persona, com als fills, o amb la destrucció de mascotes i bens de la dona. També es considera violència psicològica el fet de forçar a la dona a aïllar-se de les seves amistats, família, escola o feina.

Però hem de tenir en compte que la violència de gènere no només es tracta de violència física i emocional, les quals poden resultar més comuns i conegudes, sinó que també existeix la violència econòmica, que seguint amb la ONU Mujeres, consisteix en que la dona tingui dependència financera d'una altra persona, mantenint un total control dels recursos financers de la dona, impedit accedir a aquests i prohibint-li treballar o anar a escola.

Es parla finalment de la violència sexual, s'entén per violència sexual qualsevol acte de naturalesa sexual comés contra la voluntat d'una altra persona, ja sigui que no hagi estat atorgat el seu consentiment o que no s'hagi pogut atorgar per ser menor d'edat, patir alguna discapacitat mental o trobar-se greument intoxicada o inconscient per l'efecte de l'alcohol o altres drogues.

L'Organització Panamericana de la Salut (OPS), defineix la violència sexual com a qualsevol acte sexual, la temptativa de consumir l'acte sexual o altres actes dirigits contra la sexualitat d'una persona mitjançant la coacció per una altra persona, independentment de la seva relació amb la víctima, en qualsevol àmbit. Comprèn la violació.

L'article 5 de la Llei 17/2020 del 22 de desembre, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, fa referència a les diferents àmbits de violència masclista. Si parlem de la violència en l'àmbit institucional, aquesta és descrita com accions o omissions de les autoritats, el personal públic i els agents de qualsevol organisme o institució pública que tingui per finalitat endarrerir, obstaculitzar o impedir l'accés a les polítiques públiques i a l'exercici dels drets que reconeix la present llei per assegurar una vida lliure de violència masclista.

Aquest article parla també de la violència en l'àmbit educatiu, la qual es tracta de qualsevol tipus de violència que es produeix en l'entorn educatiu entre els membres de la comunitat educativa. Aquesta es pot produir entre iguals, de major d'edat a menor d'edat o viceversa. Aquesta violència inclou l'assetjament, l'abús sexual i el maltractament físic, sexual i psíquic o emocional.

Finalment en l'article s'apunta que es considera també violència masclista qualsevol altra forma anàloga que lesionin o puguin lesionar la dignitat, la integritat o la llibertat de les dones.

3.2.1. Relació entre l'ús i abús de substàncies i la violència de gènere

Diversos autors coincideixen que el consum de substàncies de les víctimes de violència de gènere pot estar motivat en moltes de les dones per aquesta violència. "Diversos autores internacionales señalan que las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencia de género con una incidencia tres veces superior a la de población general, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Blume, 1994; Swift, 1996; El-Bassel y WittE, 2001; NIDA 2001; Fyre et al, 2001; El-Bassel et al 2003.), citat a Llopis et al, (2005).

D'acord amb Lobos (2016), dins dels trastorns de salut mental, hi ha hagut una major visibilitat del consum problemàtic de drogues en la població femenina. L'autora assenyala que aquest es tracta d'un fenomen complex i multi causal i que tendeix a estar relacionat amb altres problemàtiques d'índole psicosocial. Fa la següent referència; "De las 54 mujeres tratadas el año 2016, en el Centro de Tratamiento Ambulatorio Dianova Viña del Mar, un 83% tiene antecedentes de violencia intrafamiliar y/o abuso sexual".

A més, Romo (2021), considera que el consum de drogues (sobretot les legals), podria ser comú en dones que han patit violència de gènere, ja que considera que les dones que són víctimes de violència de gènere podrien acudir al consum de substàncies addictives com l'alcohol, els psicofàrmacs o altres drogues, com a estratègia per afrontar el patiment experimentat en la seva quotidiana situació de violència. Esmenta que el consum de substàncies psicoactives podria suposar un alliberament del malestar emocional a curt termini, tot i que pot generar altres vulnerabilitats paral·lelament.

Romo destaca dos usos i abusos de substàncies especialment significatius entre les dones, el de tranquil·litzants amb o sense recepta i el consum d'alcohol.

Defensor del Pueblo (1988), citat a Carrillo i Herranz (2001), diu que es reconeix la coexistència de situacions de maltractament i de drogodependència, però no hi ha una relació causal. Diu que el consum de drogues no es tracta d'una causa necessària o suficient del maltractament en la parella. No obstant, aquelles dones que pateixen

maltractament, solen atribuir la violència al consum d'alcohol o altres drogues. D'acord amb Carrillo i Herranz (2001), moltes dones en situació de maltractament justifiquen la violència rebuda amb el consum de tòxics. Els autors, parlen també del consum d'alcohol, benzodiazepines i /o altres drogues per part de les dones, com a conseqüència directa del maltractament. Apunten que la majoria d'estudis assenyalen que un 10% de les dones maltractades abusen d'alguna o algunes drogues, incloent-ne l'alcohol.

Washton i Boundy (1991), fan referència a què és allò que aporta el consum de substàncies i com pot alterar l'estat d'ànim.

La primer alteració de la qual es parla és de la disminució del sentiment de soledat i l'anomenen "Alleujament per a l'aïllament", seguidament es parla de l'evasió de certs sentiments, en la que les drogues passen a tenir un paper molt important en la manera en què la persona viu la seva realitat, les emocions i els pensaments del moment, considero que aquesta pot anar directament lligada amb les dones víctimes de violència de gènere.

Els alteradors de l'estat d'ànim tenen també una funció que els autors anomenen "Seudoplaer", la qual fa alliberar temporalment a la persona de la seva autoconsciència, i de la precisió del temps. La il·lusió de control és també una alteració de l'estat d'ànim la qual redueix en la persona qui la viu, els sentiments d'impotència i de desemparament.

Una alteració de l'estat d'ànim que poden patir les persones amb addiccions és la de viure crisis constants, ja que les addiccions les subministren emocions i crisis constants amb les quals supleixen la veritable sensació d'estar realment vives i els veritables sentiments.

Una sisena alteració de l'estat d'ànim de la que es parla i que anomenen "Predictibilitat", succeeix quan la persona addicta opta per portar una vida simple i senzilla i evitar les tensions i responsabilitats de la vida quotidiana. Els alteradors de l'estat d'ànim també realcen la imatge de la persona, disminueixen els sentiments dolorosos que provoca jutjar-se i avaluar-se a un mateix. Finalment, l'última sensació i alteració de l'estat d'ànim que esmenten els autors és l'anomenada "Animació en suspens". Les persones quan viuen els efectes de les substàncies queden "congelats" en el temps, sense tenir en compte ni el passat, ni el futur i centrant-se en el moment actual, d'aquesta manera supleixen la manca d'aptituds que poden tenir per solucionar els problemes.

3.3. Tractament de la drogodependència

3.3.1. Recursos de tractament de la drogodependència a nivell de Catalunya

Hi ha disponibles una sèrie de recursos destinats al tractament de la drogodependència, aquests recursos tenen com a objectiu comú treballar aspectes de les persones ateses com l'autonomia, la dependència envers les substàncies i altres aspectes de la vida d'aquestes.

Els serveis destinats a persones amb addiccions, segons La Cartera de Serveis Socials de Catalunya, són el Servei de Centre de dia per a persones amb addiccions, Servei de Pis amb suport per a persones amb drogodependències, de baixa i alta intensitat i Servei de Comunitat Terapèutica per a persones amb drogodependència, de baixa, mitja i alta intensitat.

Per tal d'emmarcar els Serveis que intervenen amb la problemàtica de drogodependència i altres addiccions a Catalunya, la Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, pisos de reinserció i centres de dia per a drogodependents de Catalunya (2010), parla de tres recursos principals d'atenció a les drogodependències:

Explica que la Comunitat Terapèutica (CT) no és una finalitat en si mateixa, sinó un vehicle perquè els seus membres realitzin un procés d'inclusió social progressiu d'acord amb les possibilitats evolutives de cadascú. La valoració per la preparació de la sortida de l'usuari es realitza des del moment que ingressa la persona al recurs, quan es planifica un temps estimat d'estada i quan es detecten factors que cal treballar i assegurar abans de la sortida del recurs i s'actualitza mitjançant el seguiment individualitzat de cada resident (PTI). És important treballar la planificació conjuntament amb la persona atesa, per tal de poder aconseguir la major implicació possible per part d'aquesta.

La intervenció en les comunitats terapèutiques consta de l'atenció socioeducativa, en la qual es treballen els àpats, les estones de temps lliure, els descansos, la higiene, activitats de teràpia ocupacional, activitats formatiu-educatives i intervencions educatives, tant individuals com grupals. Les intervencions educatives individuals es tracten de tutories amb els educadors socials referents de cada persona atesa; en aquestes tutories es tracten aspectes de la vida diària de la persona i sempre es tenen en compte els objectius establerts al PTI. En canvi, les intervencions educatives grupals es tracten d'espais grupals dirigits per professionals de diverses titulacions, depenent de la temàtica que es treballa.

Una segona atenció que es duu a terme a les Comunitats terapèutiques és l'atenció psicològica, es duen a terme intervencions psicoterapèutiques individuals i grupals.

Finalment, es duu a terme una tercera atenció que és la Medico-psiquiàtrica, la qual és l'atenció mèdica o de personal d'infermeria de caire individual.

En el procés de la comunitat terapèutica és fonamental el treball amb les famílies així com la integració de l'usuari al seu territori.

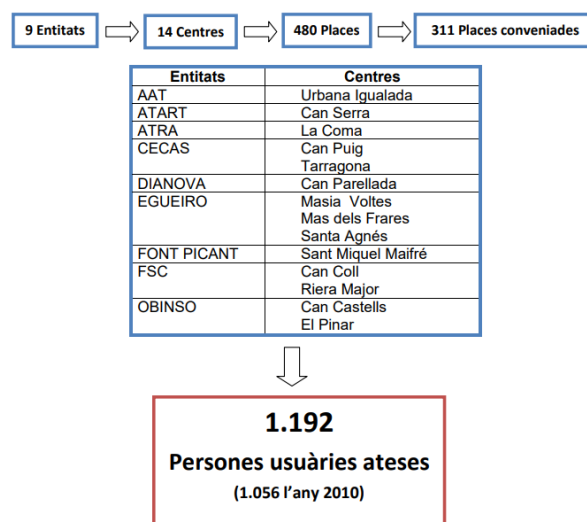
Parla també d'un segon recurs, els pisos de reinserció (PR), són un servei residencial de règim obert i d'estada limitada per a persones drogodependents, esmenta que aquests es tracten de dispositius orientats a facilitar i promoure la inserció i total integració social de les persones amb problemes de drogodependències i/o conductes addictives de llarga durada, persones que han dut a terme un procés de deshabitació i rehabilitació previ, o bé a una

C.T o a altres recursos de la xarxa externa, persones que presenten dificultats per reincorporar-se al seu medi familiar i/o al seu entorn social i necessiten continuar el seu procés terapèutic a través d'un recurs urbà des del qual puguin consolidar hàbits de convivència i habilitats socials, dirigits a aconseguir el major grau possible d'autonomia, així com la capacitat d'adaptació i maneig del seu entorn per anar consolidant el seu pla de futur. Explica també que aquest recurs es troba situat en un entorn comunitari per tal d'afavorir la total integració social dels usuaris.

A més, així com apunta Gencat.cat, aquest últim recurs, va dirigit a persones que mostren una motivació i voluntarietat pel tractament i per a persones que en cas de tenir un diagnòstic de patologia mental han d'estar compensades al entrar al Pis de Reinserció.

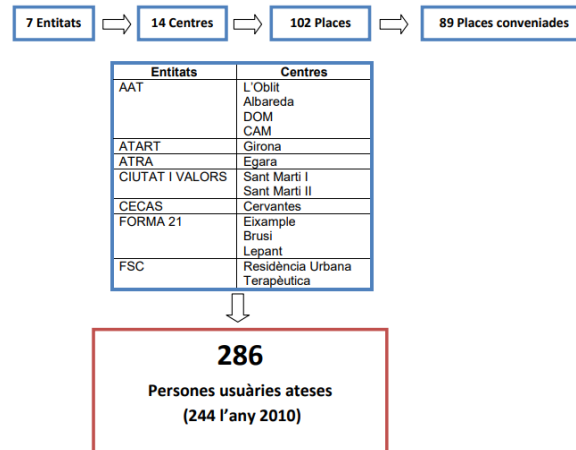
Finalment i seguint amb l'exposició dels recursos orientats al tractament de les addiccions: "El Centre de Dia (C.D.) és un recurs educatiu i terapèutic, d'estada diürna i continuada, destinat a la rehabilitació de persones afectades pel consum de drogues i altres addiccions que necessiten una intervenció integral sobre la conducta addictiva, treballant les àrees psicològica, emocional, social i d'inserció laboral, i que presenten un perfil prou adaptat per realitzar aquest procés de manera ambulatoria. Com a aspectes metodològics claus podem destacar la utilització de l'espai grupal com a recurs per a la transmissió de continguts i l'especial atenció que es dedica a la particularitat de cada cas, treball en xarxa i coordinació amb els professionals de referència per tal d'unificar estratègies d'intervenció i d'atenció individual." (Coordinadora de Comunitats terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de dia per a drogodependents de Catalunya, 2010). En la memòria de l'any 2010 de les Comunitats terapèutiques hi ha exposades una sèrie de dades significatives en relació a les persones ateses, a les Comunitats Terapèutiques i als Pisos Terapèutics.

Figura 2: Comparativa de les persones ateses per entitats i centres els anys 2010 i 2011 a Comunitats Terapèutiques de Catalunya.



Coordinadora de Comunitats terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de dia per a drogodependents de Catalunya, (2010).

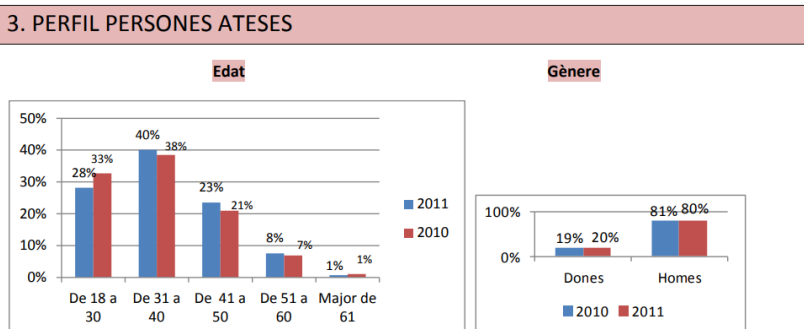
Figura 3: Comparativa de les persones ateses per entitats i centres els anys 2010 i 2011 a Pisos Terapèutics de Catalunya.



Coordinadora de Comunitats terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de dia per a drogodependents de Catalunya, (2010).

Podem veure que el percentatge de dones és molt reduït en comparació al dels homes, no obstant, veiem que el percentatge de dones augmenta en els Pisos Terapèutics i que el nombre de persones que continuen realitzant el tractament disminueix abundantment. Podem veure que l'augment de nombre de dones en els Pisos Terapèutics pot ser degut a la permanència d'aquestes en el tractament, mentre que possiblement hi ha percentatge d'homes que finalitzen el seu tractament un cop reben l'alta terapèutica a Comunitat Terapèutica.

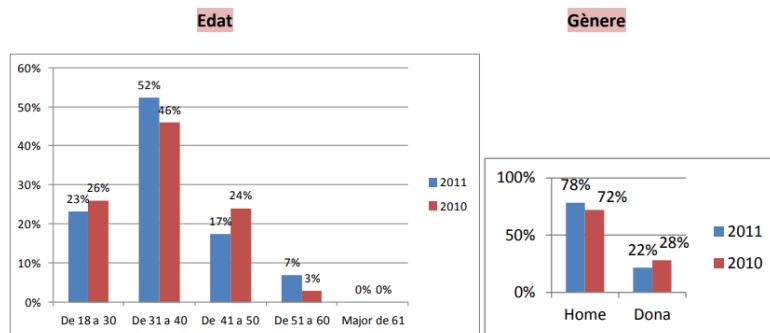
Figura 4: Taula comparativa de l'edat i el gènere de les persones ateses els anys 2010 i 2011 a Comunitats Terapèutiques de Catalunya.



Coordinadora de Comunitats terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de dia per a drogodependents de Catalunya, (2010).

Figura 5: Taula comparativa de l'edat i el gènere de les persones ateses els anys 2010 i 2011 a Pisos Terapèutics de Catalunya.

3. PERFIL PERSONES ATESES



Coordinadora de Comunitats terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de dia per a drogodependents de Catalunya, (2010).

3.3.2. La dona en tractament

D'acord amb Llopis, Castillo, Rebolida i Stocco (2005), els estereotips de gènere tenen molt a veure amb l'expectativa d'autoeficàcia que se li fa a la dona, i en concret als estereotips de gènere repercuteixen sobre la conducta de la dona i també de la dona addicta, en relació als aspectes de les cures, de salut i autoeficàcia percebuda com a resposta de la seva conducta addictiva. Els autors afirmen que és l'expectativa col·lectiva respecte la capacitat de la dona per la seva presa de decisions de manera autònoma, basada en l'atribució d'una conducta dependent típicament femenina, la que converteix a la identitat de gènere, en una possible barrera al tractament quan s'aplica a determinades conductes de salut com són les addiccions.

Stocco, Llopis et al (2000), citat a Llopis, Castillo, Rebolida i Stocco, (2005), apunten que l'actitud de submissió o subordinació de la dona addicta es reflecteix en les seves conductes d'addicció en es que habitualment depèn de la seva parella inclús a l'hora d'aconseguir la droga i administrar-la. A més, expliquen que aquesta dependència és també crucial en la demanda del tractament, igual que per a l'abandonament d'aquest i també com a determinant de recaigudes en consum.

Els autors Llopis, Castillo, Rebolida i Stocco (2005), anomenen aquest fet fent referència a tres autors diferents: "Entre las adictas, ésta conducta de sumisión ha dado lugar a diferentes definiciones como codependencia (Sirvent, 1995), bidependencia (Llopis, 1997),

o autofobia (Blazer, 1988) que en el fondo vienen a reflejar la falta de autonomía de la mujer que subyace en la violencia de género con mayor intensidad entre las mujeres adictas”.

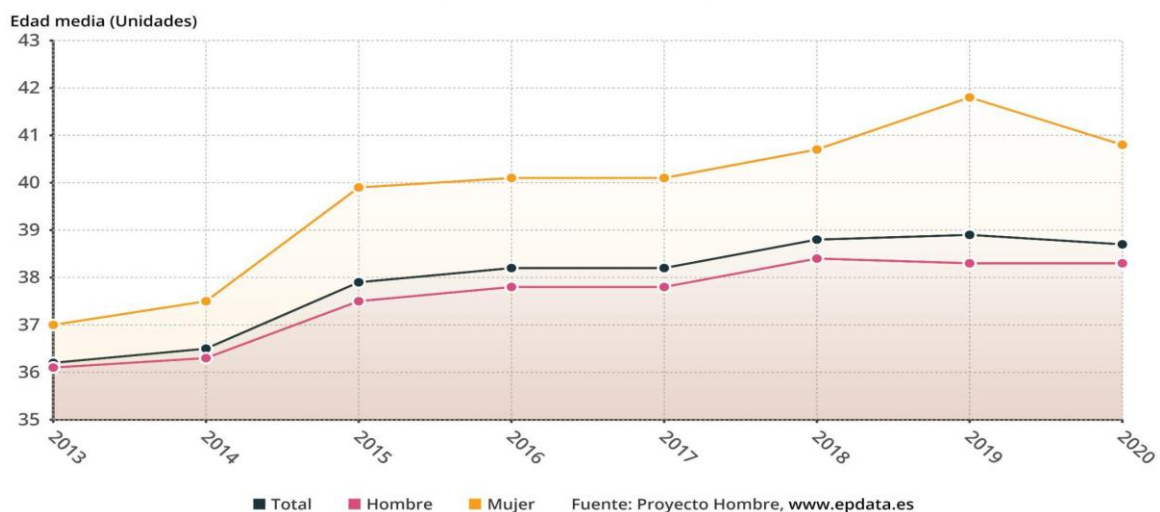
Seguint amb el mateix article de Llopis, Castillo, Rebollida i Stocco (2005), en un dels capítols parlen de la parella com a obstacle al tractament de la dona, com una altra forma de violència de gènere. El que exposen és el següent: “En l’estudi realitzat per valorar les “Barreres del tractament en dones addictes a Europa” (IREFREA, 2001), tronem que el 29% de les dones addictes que no rebien tractament opinaven que la seva parella no els hi permetia. El 48% d’aquest mateix grup de dones sense tractament afirmava que havia estat determinant en la seva decisió el que l’obliguessin a separar-se de la seva parella addicte per poder rebre tractament” (...) En molts casos la percepció que té la addicta de la seva relació de parella i de com li ha influït a ella, està francament distorsionada creant actituds que no beneficien al procés terapèutic i inclús que mantenen la espiral del maltractament físic i psicològic”

D’acord amb Epdata (2021), a nivell d’Espanya el 39,1 % de les persones que van buscar ajuda a Proyecto Hombre l’any 2020 va ser per consum de cocaïna i el 36,1% per consum d’alcohol.

A la primera gràfica podem veure la evolució de l’edat mitjana de les persones ateses amb problemes d’addicció a Proyecto Hombre a Espanya:

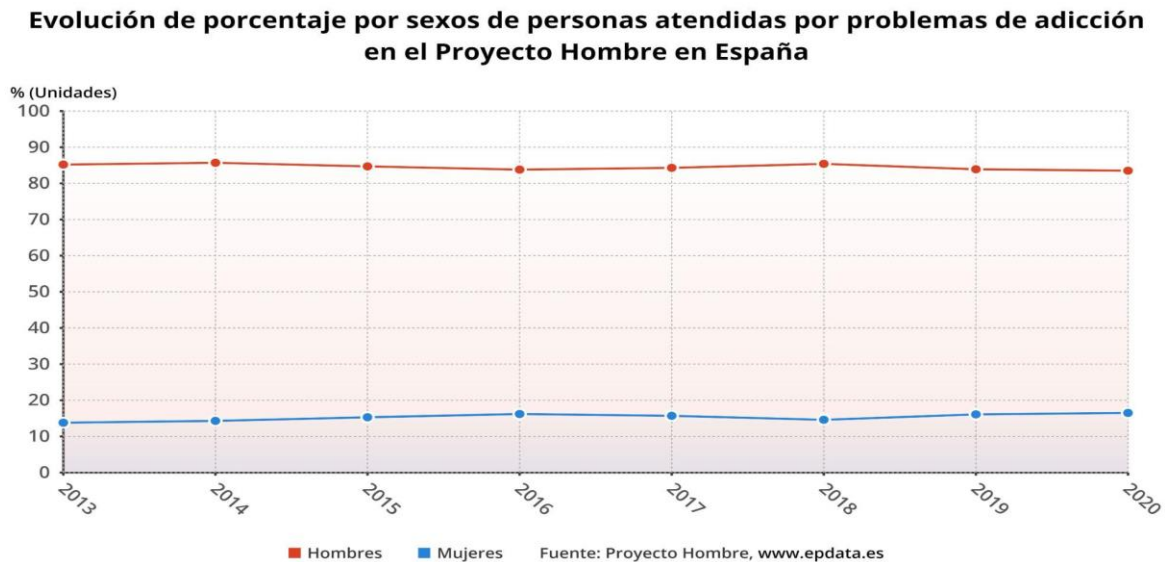
Figura 6: Evolució de l’edat mitjana de les persones ateses per problemes d’addicció a Proyecto Hombre a Espanya.

Evolución de la edad media de las personas atendidas por problemas de adicción en el Proyecto Hombre en España



A la següent figura el que podem veure és l'evolució de percentatge per sexes de persones ateses per problemes d'addicció a Proyecto Hombre a Espanya:

Figura 7: *Evolució de percentatge per sexes de les persones ateses per problemes d'addicció a Proyecto Hombre a Espanya*



A nivell de Catalunya l'Institut d'estadística de Catalunya (IDESCAT), mostra en el seu últim estudi realitzat l'any 2020, les dades de les persones que han accedit a un tractament per drogodependència a Catalunya aquest 2020. I fa una classificació per gènere, grups d'edat, tipus de droga principal, situació laboral i nivell d'instrucció.

A la primera classificació que duu a terme, per gènere i tipus de droga, senyalant els tres tipus de droga més significatius, podem veure que la xifra de persones que accedeixen a tractaments de drogodependència per abús d'alcohol és la més elevada amb un total (entre homes i dones) de 4.700 persones, de les quals, 1.278 són dones. La segona droga per la qual s'ha accedit més, després de l'alcohol a als tractaments de drogodependència ha estat la cocaïna. De 2.735 persones amb la cocaïna com a droga principal, 518 han estat dones. Per l'abús de Cannabis han accedit a tractament un total de 1.528 persones, de les quals, 384 han estat dones.

Amb aquestes dues fonts de dades que mostren el nombre de persones que han accedit a tractaments per consum de substàncies, fent diferència de gènere, es pot observar que hi ha una gran diferència entre les xifres de homes i dones que han accedit a tractaments de drogodependència.

Figura 8: Taula comparativa de persones en tractament per drogodependència l'any 2020.

Tratamiento por drogodependencia. 2020 Por tipos de droga, sexo, grupos de edad, situación laboral y nivel de instrucción							
	Heroína	Cocaína	Cannabis	Tabaco	Alcohol	Otros	Total
Por sexo	1.312	2.735	1.628	344	4.700	634	11.353
Hombres	1.135	2.217	1.244	173	3.422	491	8.682
Mujeres	177	518	384	171	1.278	143	2.671

Institut d'estadística de Catalunya (2020)

Al 23è Congrés de Patologia Dual realitzat al Novembre del 2021, un dels estudis que s'exposa diu el següent:

“El trastorno por uso de alcohol (TUA) supone un problema de salud pública y conlleva una elevada morbilidad. Aspectos biológicos y socioculturales contribuyen a la diferente relación que mantienen hombres y mujeres con el alcohol y a las consecuencias del consumo de éste en ambos géneros. Se describen las diferencias de género de variables sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados de TUA que realizan seguimiento en un centro de atención a drogodependencias en Barcelona.” (Garcia, 2021).

Així com explica Garcia (2021), per a la realització de l'estudi, s'han recollit dades de les històries clíniques dels pacients atesos de 2017 a 2021, i els resultats obtinguts han estat, en relació a demanda d'ajuda, dels 333 pacients en seguiment, 117 van sol·licitar ajuda per problemes relacionats principalment amb l'alcohol. El 24% d'aquestes 117 persones van ser dones de l'edat mitjana de 48 anys.

No va trobar diferències en l'estat civil, antecedents familiars de consum, nivell educacional, situació en l'habitatge i situació econòmica entre gènere. Però generalment les dones havien començat el consum problemàtic a una edat més avançada que els homes.

Si relacionem aquestes dades amb les cites anteriors que feien referència al tipus de consum que fan les dones que han estat o són víctimes de violència masclista, podem veure una clara relació, a més podem veure que hi ha un baix percentatge de dones que van sol·licitar ajuda, en relació al percentatge que hi ha d'homes.

Garcia (2021), explica que, en quant els motius desencadenants del consum problemàtic, un major percentatge de dones (57% vs. 23,4%) va referir motius relacionats amb la mitigació del malestar emocional/ansietat, mentre que un 37% no van ser identificats desencadenants. L'evolució del trastorn addictiu va ser similar en ambdós gèneres, al voltant del 80% presentaven bona evolució en el primer semestre del 2021.

La segona classificació que s'observa a l'IDESCAT, es tracta dels grups d'edat que accedeixen a recursos de tractament de la drogodependència a nivell de Catalunya, mentre que segons l'estudi realitzat per la Dra. Alexandra Garcia Guix, afirma que les dones inicien el seu consum a una edat més avançada que els homes.

Hem de tenir en compte la diferència entre home i dones que accedeixen a sol·licitar ajuda per a dur a terme un tractament de deshabituació de substàncies, i plantejar-nos les possibles raons que poden portar a aquestes dones a no fer aquest pas.

Segons el National institute on Drugs Abuse (2020), abandonar el consum pot ser difícil per qualsevol persona amb un trastorn per consum de substàncies. Si una dona embarassada tracta de deixar de consumir drogues o alcohol de manera abrupta i sense ajuda mèdica, aquesta pot posar en perill al fetus. Apunten que les dones en particular poden sentir por a de buscar ajuda durant o després de l'embaràs per por a possibles conseqüències legals o socials, o per por a no comptar amb cures pel nadó durant el tractament. A més s'exposa que les dones en tractament sovint necessiten ajuda per afrontar les càrregues de la feina, la cura de la casa, la cura dels fills i altres responsabilitats familiars.

Per part de la intervenció professional, també hi ha evidències d'una sèrie de factors que obstaculitzen el tractament de l'addicció en dones, i es que Márquez i Lorenzo (2016), apunten que es va constatar la limitació de recursos i la existència de prejudici professional en relació a les dones que pateixen el trastorn per consum de substàncies i amb fills al seu càrrec, com a factor determinant per la menor demanda i permanència d'aquestes en els programes de rehabilitació, en relació amb els homes.

Esmenten que es responsabilitza a les dones usuàries de dificultats que presenten en la cura dels seus fills, la qual cosa comporta la retirada de la custòdia i produint una desconfiança cap a els/les professionals perjudicial per a la seva rehabilitació.

3.4. Estigma social

Goffman (1963) defineix l'estigma com un atribut que desacredita profundament a la persona, que la contamina convertint-la en algú tacat, prescindible i que s'ha d'evitar o apartar.

L'estigma, d'acord amb Huici (1996), citat a Morales (2005), es tracta d'una construcció cultural de les societats, una elaboració basada en creences que tracten sobre els grups que es desenvolupen en aquesta. El seu contingut gira entorn a allò característic o diferencial d'un grup.

Goffman (1989) fa una distinció de tres formes d'estereotips, la primera l'anomena "abominacions del cos" i fa referència a les diferents deformitats corporals. Una segona forma d'estereotip l'anomena "Defectes del caràcter de l'individu" i fa referència a aquelles conductes pròpies a problemàtiques de salut mental, addiccions a drogues, alcoholisme, atur, homosexualitat, intents de suïcidi o conductes polítiques extremistes. La última forma d'estereotip Goffman l'anomena "estigmes trivials de raça, nació i religió, susceptible a ser transmès per herència i contaminat per igual a tots els membres d'una família".

Seguidament i fent aplicacions concretes en drogodependència, Touzé i Rossi (2001), citat a Morales (2005), fan una classificació de quatre tipus diferents d'estereotips. El primer es basa en el "propi concepte de la droga", en el que es remarca que és la lògica sociocultural la que impera sobre la científica i que per tant, és la societat la que determina quines substàncies es consideren drogues i quines no. (avui en dia en el món occidental es determinen com a substàncies il·legals el cànnabis, la cocaïna i els opiàcis).

En segon lloc Touzé i Rossi (2001), parlen d'una segona tipologia d'estereotip, la qual anomenen "Fetitxisme de la substància", aquest es basa en que les drogodependències són explicades com un agent extern de la societat i són identificades com una malaltia, ja que d'aquesta manera "s'ofereix una explicació més tranquil·litzadora a la societat". D'acord amb els autors "Esta es actualmente la postura reinante, atribuyéndose las causas a factores externos entendidos como agentes patógenos, por lo tanto, los esfuerzos giran en torno a la identificación, aislamiento y destrucción de la patología"

Un tercer tipus d'estereotip que tenen en compte Touzé i Rossi (2001), es basa en identificar a la droga com una expressió d'una "actitud individual o col·lectiva d'oposició a la societat", i per últim, centren el quart prejudici en "la imatge de l'usuari de les drogues", el qual es basa, segons Neuman (2001) "El drogodependent és considerat com una persona despreocupada respecte a la seva pròpia salut, s'entén que la droga l'ha conduït a la "degeneració física, psíquica, moral i va rumb indefectiblement a la mort".

D'acord amb Zegarra (2019), l'estigma és un atribut que des valoritza i degrada a la persona que és víctima del mateix. Des de l'antiguitat, l'estigmatització cap als trastorns mentals, ha ocasionat discriminació en les persones que els patien la qual cosa ha comportat una disminució de l'autoestima, han estat impedides o limitades per desenvolupar activitats com la resta de la població, han experimentat rebuig social i han internalitzat aquest estigma.

Thornicroft (2006), citat a Otatti, Bodenhausen i Newman (2005), parla dels estereotips en persones amb patologia mental, i destaca que sembla que el dolor, l'angoixa, la vergonya o la humiliació que pateixen o han patit persones amb malalties mentals al interactuar amb altres, pot reduir completament els seus intents de formar noves relacions que podrien proporcionar-les el suport que necessiten o desitgen, a l'hora que pot fer que deixin de buscar o sol·licitar feina, la qual resulta fonamental per a viure de manera digna.

Si amb aquest darrer fragment parlem del col·lectiu de les persones amb drogodependències i tenim en compte els tipus d'estereotips esmentats anteriorment, ens podem fer una idea de que l'estigma social cap a aquest col·lectiu pot obstaculitzar el procés de tractament de les persones drogodependents, pot crear grans barreres en el desenvolupament de les habilitats i potencialitats d'aquestes, pot reprimir algunes llibertats de les persones i pot modificar l'autopercepció d'elles mateixes, la qual cosa, pot fer que aquestes es sentin més incapacitades a l'hora de poder superar l'addicció o aconseguir un canvi significatiu en les seves vides.

Pérez, Utrera i Lopera (2014), parlen de l'estigma social associat les malalties mentals i identifiquen tres nivells d'estigma els quals interactuen entre si, l'estructural, el social i l'internalitzat. "L'estigma estructural o institucional es refereix a les discriminacions existents a nivell estructural en lleis i institucions. L'estigma social o públic, es refereix a la població en general respecte a diferents grups o característiques de les persones i finalment l'auto estigma o l'estigma internalitzat es refereix a l'estigma que sent cada persona."

3.4.1. Estigmatització de la dona addicta

Si parlem de l'estigma que hi ha cap a les dones amb el trastorn de consum de substàncies, podem veure que el Nacional Institute on Drug Abuse (2020) apunta que en el passat, la majoria de les investigacions exclouïen a les dones perquè es pensava que eren més complexes que els homes des de el punt de vista biològic, i que a més, estaven massa ocupades amb la cura dels fills per participar en els estudis. No obstant, aquesta exclusió de subgrups en una investigació genera coneixements que només són útils per una porció de la població. Parlen de que els organismes federals (entre els quals es troben els Instituts Nacionals de la Salut (NIH)), han insistit en que s'incloguin les dones en els assajos clínics. Assenyalen que aquests esforços han assegurat l'estudi de temes més amplis de salut

pública en relació al sexe i el gènere. Seguint amb l'estigma a aquest col·lectiu de dones, Márquez i Lorenzo (2016), diuen que la por d'aquestes dones a que la seva imatge pugui ser danyada i que el fet de reconèixer la seva addicció pot ser un motiu de rebuig per part de l'entorn familiar i social, pot ser una de les causes per les que moltes opten per negar el trastorn, o bé ocultar-lo durant molt més temps, ja que són elles mateixes les que tenen interioritzat l'estigma del que se les acusa, influenciant-les en la seva decisió de sol·licitar ajuda.

4. Metodologia

4.1. Pregunta inicial, hipòtesi i objectius

Pregunta inicial

- Quina és la realitat de les dones dins dels recursos mixtes de tractaments de deshabitació de drogodependències?

Hipòtesi

- Existeix una diferència entre homes i dones a l'hora de realitzar el tractament ja que les dones assumeixen certes responsabilitats i viuen una doble discriminació pel fet de ser dona i tenir addicció.

Objectiu general

- Analitzar la situació de les dones dins de recursos mixtes de tractament de drogodependències de Barcelona des d'una perspectiva de gènere.

Objectius específics

- Identificar desigualtats de gènere en els processos de tractament de drogodependència en dones.
- Recollir la visió i la vivència de la dona en els recursos mixtes de tractament de la drogodependència en relació al gènere.
- Analitzar l'autopercepció de l'estigma de dones en tractament de drogodependència

4.2. Disseny de la investigació

El disseny d'aquest treball de recerca aplicada és de tipus No Experimental; transaccional transversal i de tipus descriptiu.

“Es podria definir com la investigació que es realitza sense manipular deliberadament variables. És a dir, es tracta d'estudis en els que no fem variar en forma intencional les variables independents per veure el seu efecte sobre altres variables. El que fem en la investigació no experimental és observar fenòmens tal com es donen en el seu context

natural, per analitzar-los” (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009)”.

A més aquesta investigació serà de caràcter transaccional o transversal, descriptiu; degut a que la meua intenció és recaptar dades del moment i la situació actual. “El seu propòsit és descriure variables i analitzar la seva incidència i interrelació en un moment donat. És com “Fer una fotografia” d’alguna cosa que succeeix” (Hernández, Fernández i Baptista, 2014).

4.2.1. Fases de la investigació

Fase I:

Objectiu: Identificar desigualtats de gènere en processos de tractament de drogodependència en dones d’una Comunitat Terapèutica de Catalunya, la qual en cas necessari serà anomenada CT1.

Mostra: Dones d’una Comunitat Terapèutica (CT1), mixt i majors d’edat.

Criteris d’inclusió: Dones. Majors d’edat. Amb addicció a una o més substàncies. Han fet (al menys) un tractament de drogodependències en centres mixtes.

Criteris d’exclusió: Patologia dual. No necessàriament han d’haver patit violència de gènere.

Instrument: Grup de discussió

Procediment: Aquesta primera fase ha estat la que més temps ha ocupat en comparació a les demés, degut a que la preparació del grup de discussió, el recull de preguntes i temes a tractar ha hagut de ser en funció de la informació que es volia arribar a recaptar, d’aquesta manera ha requerit una llarga i curiosa preparació.

El contacte amb la CT1 ha resultat senzill i des del recurs, els professionals han estat disposats en ajudar-me i participar-hi, juntament amb les dones, que han estat les protagonistes d’aquesta fase. La recollida d’informació es va realitzar en la sessió del grup de gènere, el grup té una durada d’una hora i mitja, i em van proporcionar aquest espai per poder parlar amb les dones participants sobre totes aquelles temàtiques que podem trobar als annexos del treball, juntament amb les respostes de les dones.

Fase II:

Objectiu: Recollir la visió i la vivència de la dona en els recursos mixtes de tractament de la drogodependència en clau de gènere.

Mostra: Dues dones amb addicció que ha fet un o més tractaments de drogodependència en recursos mixtes a Comunitat Terapèutica, la qual serà anomenada (CT2) en cas necessari, i Pisos Terapèutics que seran anomenats en cas necessari (PT1 i PT2).

Criteris d'inclusió: Dones. Majors d'edat. Addictes a una o més substàncies. Han fet (al menys) un tractament de drogodependències en centres mixtes.

Criteris d'exclusió: Dones amb patologia dual, dones que no han patit violència de gènere

Instrument: Entrevista semi-estructurada.

Procediment: Aquesta segona fase, en comparació de la primera, va ocupar molt menys espai, ja que vaig contactar amb les dues dones entrevistades a partir de contactes que tenia a nivell personal. La primera dona entrevistada va participar en l'entrevista de manera presencial, mentre que la segona va participar-hi contestant aquelles preguntes proposades per escrit. Totes dues parts van estar disposades a participar-hi des d'un primer moment.

Fase III:

Objectiu: Analitzar l'autopercepció de l'estigma de dones en tractament de drogodependència que han estat o estan en recursos mixtes.

Mostra: Les dones que vulguin participar-hi (en els moments de treballar les dues fases anteriors)

Criteris d'inclusió: Dones amb addicció que estan fent un procés de deshabituació de substàncies.

Criteris d'exclusió: Dones que pateixen patologia dual. (ja que penso que això podria suposar una doble causa d'estigma social)

Instrument: Escala d'autopercepció d'estigma social

Procediment: Finalment, aquesta tercera fase s'ha basat en la construcció de l'escala d'autopercepció de l'estigma social, instrument el qual es troba al document d'annexos i l'aplicació d'aquest instrument en el mateix moment en que s'han realitzat les entrevistes i el grup de discussió i amb les mateixes dones participants de les fases 1 i 2.

4.2.2. Instruments d'investigació

4.2.3. Selecció de la mostra

La mostra de la població que ha fet possible aquesta investigació aplicada han estat sis dones, dues de les quals han realitzat un o més tractaments de drogodependència en recursos mixtes com Comunitats Terapèutiques i/o Pisos Terapèutics en el passat i actualment es troben rehabilitades. Mentre que les quatre participants restants són dones

que es troben actualment realitzant un tractament en una Comunitat Terapèutica de Catalunya .

Totes sis són dones espanyoles i majors d'edat les quals es troben entre els 30 i els 60 anys aproximadament.

Les quatre dones que formen part del grup de discussió realitzat en la primera fase de la metodologia del treball es tracta de les quatre úniques dones que actualment estan realitzant el procés en la Comunitat Terapèutica.

4.2.4. Aspectes ètics

4.2.4.1. Privacitat, confidencialitat i consentiment informat

La relació entre l'investigador i la persona atesa en un context de recerca, s'ha de basar en la confidencialitat i la preservació de la intimitat de les persones.

Des del punt de vista ètic destaquem tres grans principis que es deriven de l'informe Belmont de 1979, els principis són el respecte a les persones, la beneficència i la justícia.

El respecte a les persones o el principi d'autonomia es basa en considerar a la persona atesa com un subjecte autònom amb criteri i llibertat per prendre les seves decisions i que totes aquelles persones amb una autonomia disminuïda tenen dret a ser protegides. En segon lloc el principi de beneficència defensa que el professional té el deure de generar el major bé possible en les seves actuacions, finalment és el principi de justícia el que es basa en que la relació s'ha de basar sempre en criteris d'imparcialitat, equitat i no discriminació.

Segons la Declaració de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), s'apunten una sèrie de principis ètics per les investigacions mèdiques en éssers humans. En relació a la privacitat i confidencialitat apunten que s'ha de prendre tota classe de precaucions per resguardar la intimitat de la persona que participa en la investigació i amb la confidencialitat de la seva informació personal.

El primer principi descrit anteriorment, principi de respecte a les persones o d'autonomia, queda recollit a través del consentiment informat, el qual es tracta d'un document que rep la persona participant i que recull tota la informació sobre el treball al que se la ha convidat a participar. El document ha d'estar escrit de manera que resulti comprensible per a tots els participants, que els permeti aclarir dubtes i decidir lliurement si volen participar en el projecte d'investigació.

En relació al principi del consentiment informat, tal i com s'apunta a la Declaració de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), la participació ha de ser totalment voluntària, i que cada participant ha de rebre la informació del projecte en el que participa en la seva totalitat.

4.2.4.2. Consentiments informats emparats en la investigació

Per al desenvolupament de les entrevistes i del grup de discussió s'ha dut a terme dos models de consentiment informat per tal de que les participants, així com en el cas del grup de discussió els professionals del centre, poguessin conèixer la finalitat de la informació donada i poguessin tenir la seguretat de que la informació seria totalment confidencial.

El document de consentiment informat emparat en la recerca es pot trobar en el document d'annexos.

5. Resultats

5.1. Objectiu específic 1:

El primer objectiu específic, consta en identificar desigualtats de gènere en processos de tractament mixtes de drogodependència.

Aquest primer objectiu s'ha treballat a partir d'un grup de discussió en el qual hi han participat quatre dones que actualment es troben realitzant un tractament en una Comunitat Terapèutica mixta de Catalunya.

S'apuntaran els resultats obtinguts en l'anàlisi de la transcripció del grup de discussió en relació al primer objectiu específic del treball. En aquesta fase ens referim a quatre dones participants del grup amb $D(x)$, sent D la dona participant i x (1, 2, 3 i 4) el nombre assignat a cada una d'elles per tal de preservar l'anonimat de les participants. A més en el grup de discussió ha participat l'educadora que porta el grup de gènere, em refereixo a ella amb *Educadora*.

Centrant-nos en la incorporació al recurs podem veure, en base a les intervencions de les dones en el grup de discussió, que existeixen una sèrie de factors interns que han dificultat, obstaculitzat o endarrerit l'accés al recurs.

El primer factor, podem veure a continuació que una d'elles expressa que pel fet de ser dona no hauria de poder consumir substàncies, perquè està molt més normalitzat el consum en homes.

D1: *“A mi em va costar més a l'hora d'iniciar el tractament perquè tinc un germà bessó que ja ha sigut drogodependent i igual estava més normalitzat el fet de que ell fos drogodependent i a mi em va costar moltíssim “sortir de l'armari”, “Hemos crecido en una Sociedad muy masculinizada en la cual los hombres tienen ciertos derechos”, “Y yo por ser mujer tenía unas obligaciones. Entonces yo por el hecho de ser mujer no me permitía el derecho de ser adicta, me avergonzaba mucho, por eso lo negaba”.*

“Te avergüenzas de ti misma, de éste problema, es decir, no se, seguramente cómo hombre no sé si lo vivirán de la misma forma, pero tengo mis dudas. Hay esta vergüenza por el hecho de, tú ser mujer y tener esta adicción o este problema. Yo veo mucha diferencia.”

Dues de les quatre dones coincideixen en que el fet de pensar en que es tractava d'un recurs mixt els suposava un obstacle per l'ingrés.

D1: *“Mi hermano me había contado su experiencia, que eran todo hombres y cómo eran (...) y sabía que no era igual que dónde había ido él, pero tenía un concepto muy diferente a lo que me encontré... Pero vamos que me frenaba muchísimo”.*

“Igual una cosa que me hubiera ayudado mucho a mí a la hora de la entrevista, y que me hubiera ayudado a dar el paso antes, es saber que había más mujeres”, “Durante la entrevista, si me hubieran dicho que no sería la única mujer, igual hubiera hecho el paso antes”.

D2: *“Yo cuando decidí entrar, lo primero que pregunté fué que cuantas mujeres había, me daba pánico pensar que no hubiera o que en el momento que yo entrara me quedara sola y no hubiera más mujeres”, “No sé si hubiera sido yo la única mujer, no creo que hubiera durado mucho”.*

“A la mujer yo creo que por A o por B, le cuesta más ingresar, por eso, porque tiene hijos, por la vergüenza, por qué lo están ocultando todavía... es decir como nosotras hay montones, pero ocultamos más”.

En canvi, una tercera dona apunta que des del seu punt de vista no va resultar cap inconvenient a l'hora d'ingressar el fet de que es tractés d'un recurs mixt, ja que sentia una gran necessitat d'iniciar el tractament, podem veure-ho a continuació:

D3: *“A mí me dijeron en un principio que era mixto y yo no me sentí mal en ningún momento, porque estaba tan mal fuera que me daba igual que hubieran dos chicas, que hubieran diez... es decir estaba tan mal que me daba igual dónde estar por no estar fuera.”, “No me suponía ningún miedo, el miedo lo tenía fuera.”*

En segon lloc una d'elles ens parla d'una segona por que va sentir abans d'entrar al recurs, i es tracta de l'edat, en aquest cas, la dona apunta:

D2: *“A mí me daba miedo la edad de las mujeres que habría, porque yo ya tengo la mía y no es lo mismo sesenta que encontrar a mujeres de veinte años”, “Imagínate que estas tu sola con chicos de veinte años. Claro yo sé que los chicos más jóvenes explicaran sus cosas a ellas que son más jóvenes, antes que mí, no pasa nada, es normal”, “No es lo mismo entrar con gente joven que con mujeres de unos cuarenta o cincuenta...”*

La **D4** en canvi, manifesta que allò que més la va obstaculitzar en el seu procés d'acceptació de la problemàtica i en conseqüència, la incorporació a la Comunitat Terapèutica, va ser els seus rols de filla, mare i treballadora.

La dona apunta: *“Lo que más me impedía venir aquí eran las responsabilidades, aunque sabía que no estaba haciendo bien el rol de madre, yo sabía que tenía que estar con mi hija”, “Como hija, sabía que tenía que estar con mi madre porque ella es mayor”, “Y luego cómo trabajadora, estaba de baja pero pensaba en disminuir el consumo y ponerme a trabajar”.*

Ella expressa que la maternitat ha estat un impediment per l'ingrés i apunta: *“Cuando pensaba en ingresar, sentía que dejaba a mi hija sola y abandonada”.* Manifesta també que durant el procés aquest sentiment ha estat present i ha esdevingut una dificultat per

mantenir-se en tractament. La **D4** ho descriu de la següent manera: *“He tenido arranques fuertes de decir, me voy”, “Pero lo que me está costando más de estar aquí es esto (...) el hecho de tener a la niña fuera.”, “Y cuando le pasa algo, a mí me mata que la niña tenga que elegir entre ir a ver a su madre aquí o hacer actividades que le gustan (...) la niña no tiene que pasar por esto”.*

A les dones se li pregunta en quina mesura senten que han patit violències o discriminació pel fet de ser dona en el tractament, i es comença tractant el tema des de la vivència en el grup d'iguals, és a dir, les desigualtats i violències patides per part dels companys de procés de la Comunitat Terapèutica.

La **D3** apunta: *“Violència física no, però ambiental sí, sobretot mirades”,* mentre que la **D4** dóna la raó a la seva companya dient *“miradas y comentarios”.* La **D3** segueix explicant: *“Si, comentarios que estan fora de lloc moltes vegades, jo a vegades els escolto i faig que no els he escoltat, a vegades m’hi fico i no m’hauria de ficar però també han de saber el que sentim.”*

En aquest cas, les quatre dones coincideixen en que totes quatre han pogut presenciar moments en els que s’han sentit violentades i discriminades per part dels seus companys, tot i que expressen que no per part de tots els companys, però si que deixen clar que per una gran part d’ells. Les dones relaten algunes de les situacions viscudes:

La **D4** apunta: *“... jugando a un juego de actividad física, que teníamos que encontrar unos conos, me agaché y el primer comentario que me hizo un compañero fue “Joder, si lo llevo a saber te meto mano”. Esto a parte de las miradas.”* Una segona vivència relatada per ella és la següent: *“me abracé con un chico y me hizo cosquillas con la barba y se me puso la piel de gallina pero por el cosquilleo, y vino otro compañero diciendo “pues anda que si te llega a dar un beso...”. Y allí ya no me callé y le dije que creía que este comentario sobraba y que ya no era uno, sino que ya iban varios”.*

La **D2** apunta: *“Si, las miradas matan”, “Se fueron unas compañeras y dije que nos quedábamos tres contadas y un compañero comentó “bueno pues a más hombres tocáis”, y esto sobra, no estamos aquí... no somos un objeto que repartir”*

Un altre comentari del mateix estil és relatat per la **D1**: *“Un compañero dijo “Hombre... pues si se van las bellezas del grupo, ¿ahora qué será de nosotros?””.*

En aquesta època de l’any ja fan ús de la piscina de la Comunitat Terapèutica i la **D3** relata la seva vivència en relació a aquesta, apunta el següent: *“Yo todavía ni la he probado, ni me he metido, ni me he puesto a tomar el sol”, “Me han dicho en varias ocasiones (mis compañeros), “¿Bueno qué?, ¿Cuándo vas a venir a la piscina?, ¿Cuándo vas a tomar el sol, ¿Que tienes vergüenza? Yo vergüenza no tengo, igual lo que me puede llegar a*

molestar es que cuando vaya a la piscina me miréis de una cierta manera". "Y por ese motivo no he bajado aún porque me he sentido cohibida"

La **D1** dona la raó a la seva companya dient *"Es que al final están esperando el momento".* En canvi, en relació a la piscina, la **D4** comenta *"Yo en este sentido la verdad es que paso, porque si te tienes que reprimir de poder tomar el sol o pegarte un baño, llega un momento que dices que no. Al final lo pasan peor ellos que yo"* Amb aquesta intervenció podem entendre que la **D4**, mostra una actitud diferent la **D3** però que no nega que existeixi aquesta situació.

Seguint amb aspectes de la quotidianitat en la Comunitat Terapèutica. La **D3** apunta: *"Luego también está el tema de la cocina (...) si estamos una chica y dos chicos, cómo por ejemplo el otro día dijeron "Bueno... como tú sabes...". "Entonces a mí me molesta, llega un momento en el que te tienes que posicionar porque si no te toman el pelo"*.

La **D1** menciona altres aspectes en el que hi veu una clara desigualtat, apunta: *"Al principio también con los juegos, en las actividades grupales, se elegían los juegos más masculinos, hasta que llegó un momento que éramos bastantes más y propusimos elegir un juego que nos gustase a todos", "Igual que la tele que el mando no lo he tocado en ningún momento", "A veces queremos ver una película romántica de llorar y ¿por qué tenemos que ver siempre lo que ellos quieren?"*

La presència de companys a l'hora de realitzar activitats o de parlar i expressar certs temes que formen part de la vida de les dones, ha resultat en forces ocasions una dificultat i un impediment. Tal i com expressen les dones:

La **D1** apunta: *"Yo en expresión corporal, hay veces que no me acabo de soltar (...) porque con vosotras yo puedo sentirme libre y sé que es un espacio de no juicio y no crítica, pero siempre hay alguno que ... ves los ojos ahí mirándote...". "Y yo lo que hablo aquí en genero no lo saben mis compañeros"*

Dues de les dones, la **D2** i la **D4** mostren un cert respecte a llegir la "intro", document el qual escriuen i llegeixen a la resta del grup i que fa referència a aspectes de la seva vida privada, l'educadora relata un fet succeït a una de les dones del grup en relació a compartir experiències.

L'educadora apunta: *"Ésta mañana, entre muchas de las cosas, en un grupo que ha hecho una de ellas, han salido muchos temas, pero uno de ellos era el cómo se sentía por la no maternidad y la presión que ejercía la familia por no ser madre, y luego pues hacían preguntas de todo lo que había hablado, y es que éste tema ha salido no sé cuántas veces que al final he tenido que cortar."*

En base al comportament dels companys, han sorgit certes inseguretats i/o pors en les dones que han d'explicar vivències les quals poden resultar un tema que els companys

puguin comentar o fer “preguntes en excés” tal i com ho expressen elles. A més, podem veure a l'hora d'expressar-se que elles ja donen per fet que els seus companys jutjaran allò que diguin.

La **D4** apunta: *“yo cuando lea la intro, me va a costar (...) que me juzguen si que me va a molestar, bueno... me va a costar, y que no pase lo que ha pasado hoy con...”* (Referint-se al fet relatat anteriorment per l'educadora).

Expressa la **D2**: *“Yo también tengo miedo”, “Yo sobre el primer tema no quiero que me digan nada”*

Les dones coincideixen en que els comentaris i comportaments dels companys poden afectar a la convivència, la qual cosa, podria afectar al seu procés. Veure reaccions d'alguns companys poden fer que es replantegin el fet de compartir certes vivències o pensaments. A més coincideixen també en que alguns comentaris poden reduir la llibertat d'expressar-se o actuar dins de la Comunitat.

Finalment, fent referència a la relació i el vincle entre les dones i les figures professionals masculines, trobem que totes mostren indiferència tot i que algunes sempre s'inclinen més, en cas de poder triar, en tenir a figures professionals femenines. Les quatre insisteixen que no troben diferència entre els professionals homes i dones.

No obstant, fent referència a la relació amb els professionals, es manifesten dos fets significatius, per una banda dues de les dones coincideixen en que quan el professional encarregat de fer les analítiques és un home, les incomoda molt.

La **D3** i la **D4** apunten: *“Hombre a mi lo que me incomoda mucho es cuando hacemos analítica, cuando el educador es un hombre a mí me cuesta horrores”, “a mí me ha pasado también y con la menstruación a demás...”*.

L'educadora explica que fins feia poc, havia hagut una dona al recurs que tenia molts problemes si a les nits necessitava alguna cosa i només hi havia un educador home.

5.2. Objectiu específic 2:

El segon objectiu específic és recollir la visió i la vivència de la dona en els recursos mixtes de tractament de la drogodependència en relació al gènere, a continuació s'apuntaran els aspectes més significatius per a l'objectiu específic, obtinguts a partir de les entrevistes realitzades a dues dones les quals han realitzat un tractament de drogodependència en recursos mixtes.

Ens referim a les dues entrevistades amb E(x), essent E la dona entrevistada i x (1 i 2) el nombre assignat a cada una d'elles per la preservació de l'anonimat de les entrevistades.

S'empraren dos noms (Javi i Marta), els quals són noms inventats en substitució dels reals per tal de fer més entenedora la lectura i poder preservar l'anonimat d'aquestes persones.

Els recursos mixtes de drogodependències en els que ha estat la E1 i els quals fa referència al llarg de l'entrevista es tracten d'una Comunitat Terapèutica de Catalunya, i de dos Pisos Terapèutics de la ciutat de Barcelona.

La **E2** fa referència únicament a un Centre de dia mixt també situat a la ciutat de Barcelona. Les dues entrevistades coincideixen que en els recursos que han estat, sempre hi havia molts més homes que dones. La **E1** apunta que en tots els recursos en els que va ser, un 15% de les persones ateses eren dones i el percentatge restant homes, mentre que la **E2** calcula que per cada 10 o 15 homes hi havia una dona.

La E1 descriu la relació amb els companys de la Comunitat Terapèutica apuntant: *“Jo em portava millor amb homes que amb dones”, “Sobretot per la meua manera de ser impulsiva, xocava en general amb dones, amb varies d’elles”,* mentre que la E2 descriu la seva relació amb els companys del centre de la següent manera: *“El tracte era igual de bo, tots érem companys i fèiem pinya”.*

La E2 manifesta en resposta en si ha sentit sentiment d'inferioritat o desigualtat per ser dona: *“No, la única diferència, i era en relació a l'època del consum, és que les noies ens havíem prostituit i els homes no. Pot ser m'hagués agradat tenir més companyes noies.”*

A més esmenta que el fet de ser dona no va ser facilitador per al tractament, apunta: *“No, al contrari, penso que les dones quan consumim tenim més recursos que els homes, doncs sempre podem recórrer al sexe per aconseguir tòxics”*

En relació a la Comunitat Terapèutica, la **E1** parla d'una sèrie de situacions entre ella i un grup compost per companys i companyes i un professional, els quals li llançaven comentaris que la feien sentir incòmoda. La dona apunta: *“quan jo anava era com que tots se'm quedaven mirant, em sentia intimidada, com que sobrava, no sé, no estava a gust”.*

A més relata també un cop, en la repartició d'activitats de la Comunitat Terapèutica, quan li va tocar cuidar de l'hort va rebre comentaris per part dels seus companys com ara: *“Buah... aquesta ja veuràs, en dos dies surt...”.*

En canvi en el Pis Terapèutic la **E1** fa referència a varies situacions que la van fer sentir realment incòmoda, en primer lloc per part de les seves companyes.

La **E1** apunta: *“Si, per part de la Marta i una altra que hi havia allà, em van dir que sentien rebuig per mi, que em rebutjaven, a més m'ho van dir en el taller de gènere. Jo en aquell moment em vaig posar a plorar”, “... i totes les ties es van posar d'acord, amb la “cabezilla”, que era la Marta aquesta, per dir que totes sentien rebuig cap a mi”.*

En relació als companys homes, com a resposta de si va rebre comentaris de caire masculista, la **E1** afirma: *“el que si que rebia molt sovint eren comentaris per part de nois que em deien que si estava guapa, opinaven sobre el meu físic, em deien que de x manera estaria més guapa i moltes varies opinions sobre el meu aspecte físic.”*

La **E2**, destaca que un cop va rebre un comentari de caire masclista per part d'un company, explica: *“El vaig contestar, en cap moment vaig sentir que m’hagués de fer petita. A més la resta de companys em van donar suport”*.

Cal remarcar un fragment en el que la **E1**, relata un fet succeït entre un home i una dona del Pis Terapèutic. Apunta: *“Si et dic la veritat no recordo ni els nois que hi havia allà, Bueno hi havia un que no recordo el nom que va tenir una discussió amb la Marta i li va donar un cop de puny a a la porta. Es que hi havia unes relacions molt besties allà, era molt exagerat”, “els homes ho magnifiquen tot més, més cops, més insults i agressivitat, tot i que les dones tampoc ens quedem curtes.*

En relació a les instal·lacions i els espais d'intimitat dels recursos les dues entrevistades comparteixen que en els recursos residencials les dones tenien lavabos exclusivament per a dones, la qual cosa feia que en aquest aspecte poguessin tenir intimitat, la **E1** comenta : *“Al Pis Terapèutic jo mai compartia lavabo amb homes, sempre amb dones ja que o bé teníem planta de dones, o teníem lavabo a la habitació o estàvem soles a la única habitació de la planta”*.

No obstant, la **E1** fa una diferenciació parlant de la Comunitat Terapèutica: *“llavors, sí que al menjador hi havia un lavabo públic, unisex sense pestell, jo tenia els meus prejudicis de que ningú em veiés i no sé jo sentia incomoditat, hagués preferit que hi hagués pestells...”*

La E1 comparteix situacions en les que ha sentit incomoditat en moments íntims com el fet de canviar-se de roba o vestir-se.

Fent referència a la Comunitat terapèutica apunta: *“També a la habitació que em va tocar donava a la terrassa, que a la terrassa hi podien ser els nois, llavors al canviar-me de roba... (Dona a entendre que els nois podien veure com es canviava de roba, la qual cosa la feia sentir incòmoda).*

Fent referència a espais íntims en el Pis Terapèutic, la **E1** apunta: *“Allà sí que hi havia pestells, en aquest aspecte molt millor”, “en una habitació en la que vaig estar, que tenia un balcó compartit amb una habitació de nois, la finestra no tenia persiana i a la habitació de costat hi havia el noi del cop de puny (mencionat anteriorment), que estava tot el dia mirant. El noi estava mirant-me tota l'estona, no hi havia persiana i amb aquella cortina es veia tot, i clar, si ho feies així sense adonar-te... sempre havies de pensar on et posaves, i no ho sé... era incòmode”*

La **E2** explica: *“A l'ingrés, teníem habitacions només de noies i per tant teníem privacitat”, “Al centre de dia on em vaig recuperar eren mixtes”*.

Les dues dones entrevistades, al llarg de l'entrevista fan referència al fet de mantenir relacions de caire amorós o sexual amb els companys del centre.

La **E2** comenta *“la única norma que teníem en qüestió al gènere, era que no podíem mantenir relacions sentimentals amb els companys”, “Si mai ha hagut algun problema (de convivència en relació al gènere dins del centre), ha estat de caire amorós. És a dir, embolics romàntics entre pacients, els quals s’han descobert, i aleshores, un dels dos, indiferentment del sexe, ha estat derivat a un altre centre”*.

La **E1**, quan parla de la seva curta estança al primer Pis Terapèutic en el que va ser després d’haver estat a la Comunitat Terapèutica, explica que el motiu pel que va estar tant poc temps en aquell pis va ser una relació amb un dels companys, apunta: *“jo quan estava en aquest primer pis, estava pensant amb liar-me amb el Javi i ja està”*. En resposta a si aquell fet va fer que el seu procés es veiés interromput, la **E1** contesta: *“Si, totalment, i jo pensava que ho sabia tot i volia buscar un pis fora per anar-me’n amb ell a viure, pensava que no recauria mai i ja està”, “teníem un pis buscat, que després no va sorgir, jo crec que va ser el destí, però me’n vaig anar a un pis de Airbnb i ell va recaure”, “Quan el Javi va recaure jo estava fatal, vaig dir que si ningú m’ajudava jo anava darrere”, “em sentia fatal perquè no parava de pensar que no havia acabat el tractament, que podia estar bé, que per una tonteria ho havia deixat tot a mitges...”*.

La **E1** explica que abans de deixar el tractament es sentia de la següent manera: *“M’estava deixant emportar per ell, tenia una dependència emocional del Javi, jo em deixava manipular molt, i no és que em manipulés del tot sinó que jo tenia molta dependència emocional i em deixava portar, al final l’altra no feia res, feia la seva”*.

La **E1** expressa que està totalment d’acord amb la norma de que no es poden mantenir relacions sentimentals amb els companys del recurs.

Les dues dones entrevistades en relació amb el vincle creat amb els professionals mostren indiferència i no fan cap distinció significativa.

5.3. Objectiu específic 3:

El tercer objectiu tracta d’analitzar l’autopercepció de l’estigma social de dones en tractament de drogodependència que han estat o estan en recursos mixtes. A partir d’una escala d’autopercepció de l’estigma social podrem veure a continuació en quin grau d’acord es troben les participant respecte a dotze afirmacions, en aquest cas, comptem amb la participació de les 4 dones de les que s’ha parlat en l’objectiu específic 1 i de les dues dones entrevistades per a l’objectiu específic 2. En total s’exposaran les respostes de les 6 dones participants. En el document d’annexes del treball trobem el gràfic de barres de cada una de les respostes a les afirmacions de l’escala de percepció de l’estigma social.

En general tres de les sis dones senten que porten una etiqueta d’addictes, una gran part d’elles (quatre de les sis dones) es senten més insegures que els demás pel fet de tenir

addicció. En relació a l'entorn social de les dones, cap d'elles sent que l'evitin des que han compartit que tenen addicció i generalment quatre de les sis dones han explicat la seva problemàtica amb l'addicció al seu entorn social. Les sis dones coincideixen en que no poden tenir les mateixes responsabilitats que una persona que no té addicció.

Tres de les sis dones senten que els seus familiars o persones del seu entorn les deixa prendre decisions tot i la seva addicció, una d'elles no hi està ni d'acord ni en desacord i dues estan lleugerament d'acord en que no se les deixa prendre decisions pel fet de tenir addicció.

La meitat de les dones generalment s'han allunyat de certes persones per tal d'evitar bromes o comentaris que les puguin ferir, en canvi, l'altre meitat de les dones no ho han fet. Quatre de les sis dones pensen que la gent té por de que perdin el control, mentre que les dues restants no ho pensen, seguint amb el mateix nombre de dones, la creença de que són una càrrega pels demés és compartida també per quatre de les sis dones, les altres dues no ho creuen.

La gran majoria de les dones no diuen que tenen addicció quan coneixen a algú per por a que les rebutgin.

Quatre de les sis dones, pensen (lleugera i moderadament) que la gent els hi té por si diuen que estan fent un tractament de drogodependència, les dues altres dones no ho viuen de la mateixa manera. Finalment, en general, les sis dones coincideixen en que intenten distanciar-se de les persones que creuen que no les entendran.

6. Anàlisi i discussió de resultats

6.1. Obstacles en l'accés al recurs

En quant a l'accés al recurs, es poden identificar tres factors interns que inicialment han pogut endarrerir i dificultar el procés de tractament de les dones. Aquests tres factors són els prejudicis, la por a no compartir el tractament amb altres dones i la maternitat. No obstant, els símptomes de l'addicció resulta ser un dels principals factors interns que dificulten l'accés al tractament.

Per algunes intervencions realitzades durant el grup de discussió, existeix una normalització del consum d'alcohol, sobretot en homes, la qual ha endarrerit en alguns dels casos l'acceptació de la problemàtica. Tenint en compte el marc teòric del present treball, d'acord amb Pons Diez (2008), parla del model de la distribució del consum, el qual considera que la problemàtica del consum d'alcohol i altres drogues pot ser compresa a partir de considerar la major o menor facilitat d'accés dels ciutadans a aquestes.

La majoria de les dones, han tingut una gran barrera a l'hora de demanar ajuda, la qual ha estat els prejudicis de la societat. Podem veure en l'apartat de resultats del present treball, que una de les dones apunta: *“Buena porque hemos crecido en una sociedad muy masculinizada, en la cual los hombres tienen ciertos derechos a lo mejor, que son derechos al final sociales porque no están escritos en ningún lado, pero yo tengo muchas creencias de este tipo, es decir, yo lo he vivido muy en primera persona, el hecho de que mi hermano por ser hombre tenía unos derechos y yo por ser mujer tenía otros, y tenía unas obligaciones incluso. Entonces yo a mí misma no me permitía el derecho de ser adicta, me avergonzaba mucho, es decir, “no, no me lo puedo permitir” por eso lo negaba.”*, *“Te avergüenzas de ti misma, de este problema, es decir, no se seguramente cómo hombre no se si lo vivirán de la misma forma, pero tengo mis dudas. Hay esta vergüenza por el hecho de, tú ser mujer y tener esta adicción o este problema. Yo veo mucha diferencia.”*

Aquest és un clar exemple de que una de les dificultats que viuen les dones a l'hora d'accedir a un recurs, de demanar ajuda o de negar la problemàtica, és la creença que tenen i la por als prejudicis que tenen cap a elles mateixes i que té la societat en relació a la dona amb addicció. No obstant, es comenta també que l'autoestima i la por de sortir de la zona de confort no deixen de ser barreres per a l'ingrés. En aquest cas i fent referència al marc teòric del present treball, Márquez i Lorenzo (2016), diuen que la por d'aquestes dones a que la seva imatge pugui ser danyada i que el fet de reconèixer la seva addicció pot ser un motiu de rebuig per part de l'entorn familiar i social, pot ser una de les causes per les que moltes opten per negar el trastorn, o bé ocultar-lo durant molt més temps, ja que són elles

mateixes les que tenen interioritzat l'estigma del que se les acusa, influenciant-les en la seva decisió de sol·licitar ajuda

Dues de les dones que estaven presents al grup de discussió van coincidir i remarcar en la importància de compartir el procés amb altres dones. Una d'elles mostra aquesta importància dient amb seguretat, que si hagués estat la única dona en el recurs, no hagués pogut acabar el procés. L'altra comenta que si en moments previs a l'ingrés, moments com l'entrevista, les haguessin informat de que conviurien amb més dones, hagués iniciat abans el tractament, la qual cosa vol dir que el no conèixer que estaria amb altres dones, la va frenar.

Podem entendre aquests dos aspectes relacionant el que comparteixen les dones amb el marc teòric del present treball, d'aquesta manera, així com esmenten Llopis, Castillo, Rebollida i Stocco (2005), els estereotips de gènere tenen molt a veure amb l'expectativa d'autoeficàcia que se li fa a la dona, i en concret als estereotips de gènere repercuteixen sobre la conducta de la dona i també de la dona addicta, en relació als aspectes de les cures, de salut i autoeficàcia percebuda com a resposta de la seva conducta addictiva.

Seguint amb els autors, aquests afirmen que és l'expectativa col·lectiva respecte la capacitat de la dona per la seva presa de decisions de manera autònoma, basada en l'atribució d'una conducta dependent típicament femenina, la que converteix a la identitat de gènere, en una possible barrera al tractament quan s'aplica a determinades conductes de salut com són les addiccions.

La D3 i la D4 al parlar de dificultats a l'hora de decidir realitzar un tractament, parlen de la por a sortir de la zona de confort, de la manca d'autoestima i del seu estat psicològic el qual es veu fortament afectat en moments de consum i sobretot en els períodes de temps previs a l'ingrés. Podem veure breus fragments dels relats de les dones participants que exemplifiquen aquest estat; les dones apunten: , *“y entonces el consumo era una manera de aliviar lo que tenía dentro, y al mismo tiempo me hacía culpable. Era el pez que se muerde la cola.”*, *“no quería salir de mi zona de confort, no quería salir de mi casa, de mi habitación. Quería seguir con lo mismo, era negarme”*. Aquest fet pot esdevenir més entenedor si es relaciona amb el mar teòric del treball, d'acord amb Washton i Boundy (1991), quan parlen a nivell de salut, expliquen que les persones addictes solen patir seqüeles psicològiques, com estats d'ànim negatius, irritabilitat, actituds defensives, pèrdua d'autoestima, així com també sentiments de fracàs, impotència, depressió i desesperació. Parlen de que quan la persona es troba en aquesta situació, entren en un procés circular, en el qual, aquestes persones tenen ganes de voler consumir.

Finalment, una de les desigualtats identificades que ha esdevingut un obstacle pel procés de tractament, a l'hora d'acceptar la problemàtica, de demanar ajuda i de realitzar el procés,

ha estat en relació al rol de dona i de les responsabilitats socialment assignades a la dona. Una d'elles apunta: *“Lo que más me impedía venir aquí eran las responsabilidades, aunque sabía que no estaba haciendo bien el rol de madre, yo sabía que tenía que estar con mi hija”, “Como hija, sabía que tenía que estar con mi madre porque ella es mayor”, “Y luego cómo trabajadora, estaba de baja pero pensaba en disminuir el consumo y ponerme a trabajar”*. La dona, comparteix que, sobretot, és el rol de mare el que més la ha frenat a l'hora d'entrar i de realitzar el tractament, comenta que en molts moments ha volgut marxar del recurs i abandonar el tractament ja que sentia que havia abandonat a la seva filla. Relacionant aquest factor intern, que esdevé un obstacle per al tractament, que és el rol de la dona, amb el marc teòric del present treball, i d'acord amb Rodríguez (2021), en quant els rols que la societat estableix per a les dones, s'han caracteritzat per presentar certa desigualtat de gènere. Entre els papers que socialment se li assignen, a la dona se li atorga el rol reproductiu, se la relaciona amb les labors domèstiques, s'encarreguen de la cura dels fills, del seu marit, la qual cosa li ha de resultar satisfactòria. A més se li assignen característiques de subordinació en relació al rol masculí.

6.2. Situació de les dones dins dels recursos

Es destaca una sèrie de definicions en relació a la violència de gènere, en primer lloc, l'organització mundial de la salut (OMS) exposa que les Nacions Unides defineixen la violència contra la dona com “Tot acte de violència de gènere que resulti, o pugui tenir com a resultat un dany físic, sexual o psicològic per a la dona, incloses les amenaces d'aquests actes, la coacció o la privació arbitrària de llibertat, tant si es produeix en la vida pública com en la privada”, la ONU Mujeres defineix la violència emocional dient que consisteix en danyar l'autoestima d'una persona a través de crítiques constants, infravalorant les seves capacitats, insults o sotmetent-la a altres tipus d'abusos verbals.

Seguint amb les definicions que fan referència a la violència de gènere i en concret les que corresponen a les vivències de les dones participants, tal i com podem veure en el marc teòric l'article 5 de la Llei 17/2020 del 22 de desembre, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, fa referència a les diferents àmbits de violència masclista. Si parlem de la violència en l'àmbit institucional, aquesta és descrita com accions o omissions de les autoritats, el personal públic i els agents de qualsevol organisme o institució pública que tingui per finalitat endarrerir, obstaculitzar o impedir l'accés a les polítiques públiques i a l'exercici dels drets que reconeix la present llei per assegurar una vida lliure de violència masclista.

Aquest article parla també de la violència en l'àmbit educatiu, la qual es tracta de qualsevol tipus de violència que es produeix en l'entorn educatiu entre els membres de la comunitat educativa. Aquesta es pot produir entre iguals, de major d'edat a menor d'edat o viceversa. Aquesta violència inclou l'assetjament, l'abús sexual i el maltractament físic, sexual i psíquic o emocional.

Finalment en l'article s'apunta que es considera també violència masclista qualsevol altra forma anàloga que lesionin o puguin lesionar la dignitat, la integritat o la llibertat de les dones.

Es té en compte per últim la violència sexual, així com podem veure en el marc teòric del present treball, l'Organització Panamericana de la Salut (OPS), defineix la violència sexual com a qualsevol acte sexual, la temptativa de consumir l'acte sexual o altres actes dirigits contra la sexualitat d'una persona mitjançant la coacció per una altra persona, independentment de la seva relació amb la víctima, en qualsevol àmbit

D'aquesta manera podem relacionar els fets manifestats per les dones participants en relació a les experiències relatades tant en el grup de discussió com en una de les entrevistes. Així com podem veure en l'apartat de resultats del present treball i fent referència primerament als testimonis del grup de discussió, les quatre dones, les quals en formen part i alhora esdevenen les úniques dones de la Comunitat Terapèutica en la que es troben, coincideixen en que en el recurs existeix una violència verbal per part dels seus companys cap a elles. Comenten que aquesta violència existeix ja que reben a diari comentaris els quals tenen un impacte el seu benestar i en la seva convivència amb els companys. En relació al grup de discussió, tots els comentaris han estat manifestats per part dels usuaris homes de la Comunitat Terapèutica i dirigits a les quatre dones que s'hi troben realitzant el tractament.

La D3 manifesta que el comportament dels seus companys han condicionat el fet de que ella pugui gaudir de la piscina, una de les estàncies que conté la Comunitat Terapèutica i que està destinada per a totes les persones ateses, la dona apunta: *"Yo todavía ni la he probado, ni me he metido, ni me he puesto a tomar el sol", "Me han dicho en varias ocasiones (mis compañeros), "¿Bueno qué?, ¿Cuándo vas a venir a la piscina?, ¿Cuándo vas a tomar el sol, ¿Que tienes vergüenza? Yo vergüenza no tengo, igual lo que me puede llegar a molestar es que cuando vaya a la piscina me miréis de una cierta manera". "Y por ese motivo no he bajado aún porque me he sentido cohibida".*

Aquest relat exemplifica la privació de llibertat que viu la dona en conseqüència del comportament d'alguns dels companys. Totes estan d'acord en que aquesta situació es dona dins del recurs, tot i que cada una la afronti d'una manera diferent. Podem veure que a

la dona que més l'afecta i a la que li ha impedit per complet poder sentir-se còmode a l'hora de gaudir de la piscina, és la dona que rep els comentaris d'una manera més directa.

La D1 explica que no se sent còmode en moments d'activitats d'expressió corporal ja que, tot i que la norma digui que els demés companys han de tancar els ulls, ella veu com hi ha companys que deixen els ulls oberts, per tant sent les mirades i això la incòmoda. Veiem que aquesta incomoditat la rep únicament pels seus companys homes:

La D1 apunta: : *“Yo en expresión corporal, hay veces que no me acabo de soltar (...) porque con vosotras yo puedo sentirme libre y sé que es un espacio de no juicio y no crítica, pero siempre hay alguno que ... ves los ojos ahí mirándote...”*

A més les dones de la Comunitat Terapèutica mostren por i inseguretat a l'hora de compartir amb els companys certs aspectes de la seva vida privada, manifesten que en moltes situacions els seus companys fan moltes preguntes sobre temes que pertany a la seva intimitat, la qual cosa les fa sentir jutjades. A més, donen per fet que en funció del que diguin i comparteixin rebran comentaris negatius o que les farà sentir-se incòmodes. Amb aquesta incomoditat i inseguretat coincideixen les quatre dones, per exemplificar-ho podem destacar les següents expressions manifestades per elles: *“Y yo lo que hablo aquí en genero no lo saben mis compañeros”, “yo cuando lea la intro, me va a costar (...) que me juzguen si que me va a molestar”, “Yo también tengo miedo”, “Yo sobre el primer tema no quiero que me digan nada”.*

Així com consta en l'apartat de resultats, les dones participants del grup de discussió estan d'acord en que molts dels companys han fet comentaris de caràcter sexual, la qual cosa les ha posat en una situació d'incomoditat i de indignació, ja que s'han sentit mal interpretades i tractades com a un objecte. Altres conductes dels companys que mostren una desigualtat entre homes i dones dins del recurs, tal i com s'explica a l'apartat de resultats del present treball, l'ús de la televisió o la tria dels esports són espais dominats pels companys de la Comunitat Terapèutica. Es pot veure que les conductes que mostren els companys de la Comunitat Terapèutica van molt lligades a les conductes que se li assigna al rol del gènere masculí, així com podem trobar en l'apartat del marc teòric del present treball i d'acord amb Rodríguez (2021), *“Según la perspectiva de género que presenta la sociedad, los hombres deben mantener los siguientes patrones: Su rol es productivo, son los responsables económicos de la familia, se caracterizan por ser dominantes y tener autoridad, deben reprimir sentimientos y se encarga de la toma de decisiones de importancia”.*

En relació a la primera dona entrevistada, podem veure que ha patit també una sèrie de situacions en la que s'ha sentit violentada i jutjada pels seus companys del recurs.

En primer lloc, parla de comentaris que fan referència al seu aspecte físic per part dels seus companys, per una altra banda, parla també de comentaris de caire masculista. Cal destacar, que la E1, va sentir-se jutjada i incomodada també per part de les seves companyes que la van acompanyar tot el procés. Per altra banda, tenint en compte el testimoni de la primera dona entrevistada, tant a la Comunitat Terapèutica com al Pis Terapèutic, durant el tractament es va trobar en situacions en les que es va sentir intimidada, jutjada i incòmode. En ocasions va sentir falta de privacitat i d'intimitat en espais com el lavabo o moments d'intimitat com canviar-se de roba.

Per tant, en base a les vivències relatades per les dones, es pot dir que aquestes pateixen violència de gènere de caràcter psicològic i sexual, aquesta violència s'exerceix en forma de comentaris sobre el seu aspecte físic, sobre situacions en les que se les sexualitza o sobre el fet d'assumir tasques que se les assigna pel rol de dona, com per exemple la cuina. Alguns dels comentaris també provoquen que les dones es sentin cohibides i condicionades a l'hora d'actuar i per tant, les priva de llibertat.

Respecte els professionals, cap de les dones ha sentit diferències a l'hora de crear vincle entre usuari i professional, com podem veure a l'apartat de resultats del present treball, en general cap de les dones ha trobat problema en ser atesa per professionals que són homes. No obstant, constata l'educadora que era present en el grup de discussió, l'existència de casos en que hi ha dones que tenen grans problemes per ser ateses per figures professionals masculines en certs moments.

Finalment i seguint amb la relació amb els professionals, dues de les dones participants del grup de discussió parlen de la incomoditat que senten en moments com el de l'anàlítica, en moments en que el professional que realitza l'anàlítica és un home. Comenten, a més que se'ls fa molt més difícil en moments en que les dones tenen la menstruació i l'educador que s'encarrega és un home.

Finalment, el relació a la norma que tenen els recursos de tractament de drogodependència en els que s'ha realitzat l'estudi, la qual prohibeix les relacions de parella entre usuaris, les dues dones entrevistades en fan referència. En primer lloc, la E2 apunta que ha viscut casos en que dos dels seus companys han mantingut relacions més enllà de companys de tractament, i considera que el fet de que això hagi passat ha estat un dels únics problemes que ha viscut en relació al gènere. Per altra banda, la E1 relata en primera persona el fet d'haver mantingut una relació amb un company del recurs. Ella parla d'una dependència emocional cap a un dels seus companys, dependència la qual, la va dur a abandonar el procés de tractament i va estar al límit de la recaiguda. Si tenim en compte el marc teòric del present treball, Stocco, Llopis et al (2000), citat a Llopis, Castillo, Rebolida i Stocco, (2005),

apunten que l'actitud de submissió o subordinació de la dona addicta es reflecteix en les seves conductes d'addicció en es que habitualment depèn de la seva parella inclús a l'hora d'aconseguir la droga i administrar-la. A més, expliquen que aquesta dependència és també crucial en la demanda del tractament, igual que per a l'abandonament d'aquest i també com a determinant de recaigudes en consum.

6.3. Autopercepció de l'estigma social de les dones

Una gran part de les dones entrevistades i que han donat resposta a l'escala d'autopercepció de l'estigma social, consideren que porten l'etiqueta d'addicte, motiu pel qual es mostren més insegures a l'hora de relacionar-se amb els demés.

Es destaca que algunes d'elles tenen por a que les persones del seu entorn les evitin i a que el seu entorn pugui creure que poden perdre el control en un moment donat. Fet que provoca que a vegades no diguin al que tenen addicció ni que estan realitzant un tractament de drogodependència. Podem veure que és aquesta internalització de l'estigma juntament amb els obstacles i desigualtats de gènere que viuen dins i fora del tractament, el que pot provocar que tinguin més dificultats a l'hora de realitzar el tractament.

En l'apartat del marc teòric es pot veure que Zegarra (2019), explica que des de l'antiguitat, l'estigmatització cap als trastorns mentals, ha ocasionat discriminació en les persones que els patien la qual cosa ha comportat una disminució de l'autoestima, han estat impedides o limitades per desenvolupar activitats com la resta de la població, han experimentat rebuig social i han internalitzat aquest estigma, a més, Thornicroft (2006), citat a Otatti, Bodenhausen i Newman (2005), parla dels estereotips en persones amb patologia mental, i destaca que sembla que el dolor, l'angoixa, la vergonya o la humiliació que pateixen o han patit persones amb malalties mentals al interactuar amb altres, pot reduir completament els seus intents de formar noves relacions que podrien proporcionar-les el suport que necessiten o desitgen, a l'hora que pot fer que deixin de buscar o sol·licitar feina, la qual resulta fonamental per a viure de manera digna. Les respostes de les dones en les escales d'autopercepció de l'estigma social corroboren que generalment es senten d'aquesta manera, amb inseguretats, pors i en molts casos no fan l'intent de relacionar-se per por a no sentir-se compreses o a ser ferides.

7. Conclusions

Amb aquest treball de final de grau, tenia com a finalitat poder parlar de la relació entre el consum de substàncies i la violència de gènere. No obstant, a mesura que vaig anar desenvolupant el treball, vaig canviar els objectius i la hipòtesi, vaig començar a enfocar el treball cap una altra perspectiva, fins que vaig acabar parlant de violència de gènere dins dels recursos de tractament de drogodependència mixtes i recollint informació sobre la vivència de les dones dins d'aquests, ja que considero que des de l'educació social, pot resultar una gran problemàtica a abordar en recursos residencials mixtos.

Fins al moment, mai m'havia arribat a plantejar que hi hauria tanta desigualtat en recursos de tractament de drogodependència, entre homes i dones, i és que no parlo de desigualtats aplicades per part de les institucions, sinó que parlo de la situació de la dona en la convivència amb els companys dels centres, entre altres factors que dificulten el procés de tractament de les dones.

En primer lloc, una de les conclusions que podem extreure, tot i tenir una petita mostra, és que s'ha pogut veure una clara diferència entre la vivència de les dones que han realitzat el tractament en un recurs residencial, i la dona que ha realitzat el tractament en un centre de dia. Aquesta diferència pot ser donada a que una gran part de les desigualtats identificades en els recursos residencials es donen en moments o aspectes que fan referència a la convivència. No obstant, la mostra d'altres dones que haguessin estat en recursos de dia, podria haver verificat el fet de que es donen més desigualtats en recursos residencials que en recursos no residencials.

En segon lloc, amb aquesta investigació hem pogut veure que tant en les Comunitats Terapèutiques com en els Pisos Terapèutics, es realitza una bona feina per part dels professionals per evitar situacions de violència contra les dones, el tracte dels professionals és totalment igualitari tant per homes com per dones i es té en compte la cultura patriarcal, actuant amb diverses accions per erradicar-la dins del recurs i poder proporcionar un espai segur i just a totes les persones ateses. A més cuiden cada detall, tenen en compte la importància de realitzar grups de gènere fent així que tant les dones com els homes puguin sentir-se a gust compartint i obrint-se.

Tot i que per part dels professionals hi hagi igualtat en el tracte cap a les persones ateses homes i dones, podem veure que per part dels companys, s'estableix un funcionament que provoca que les dones, en molts dels casos, es sentin jutjades, mal interpretades i/o menyspreades per part dels seus companys. També viuen situacions d'abusos verbals, a partir dels quals senten impotència i han de lluitar perquè no se'ls hi passi per sobre en alguns casos. No obstant, s'han trobat en situacions en que aquesta violència sexual

emparada amb comentaris, ha fet que perdin llibertat a l'hora d'actuar i de viure dins la comunitat.

El fet de rebre aquests abusos, en la majoria de casos sembla que ho han arribat a normalitzar, i que moltes d'elles ja compten amb que han de mesurar les seves paraules per evitar les preguntes i comentaris, compten en que se sentiran jutjades o en que se sentiran incòmodes en funció del que facin o diguin. Per tant, podem veure que s'ha arribat a normalitzar aquest tracte.

D'aquesta manera, podem veure que la vida tant en una Comunitat Terapèutica, com en un Pis Terapèutic, és un reflex de la societat. Un reflex dels abusos i violències contra les dones que existeixen a la societat, podem veure com, el que viuen les dones dels recursos, esdevé una mostra del que viuen també les dones fora del recurs, en la seva quotidianitat.

Si fem referència al tercer objectiu, en base a les escales d'autopercepció de l'estigma social, podem arribar a la conclusió de que en general totes les dones tenen una alta autopercepció de l'estigma social, tot i que unes molt més que altres. A més les dones coincideixen en que han sentit dificultats a l'hora de formar noves relacions o d'apropar-se a persones per por a ser ferides o a no sentir-se compreses, la qual cosa, representa un altre obstacle en el tractament d'aquestes.

La darrera conclusió que vull fer en relació als resultats obtinguts en la investigació, és que les dones en tractaments mixtes de drogodependència, a part de lluitar a diari per millorar la seva qualitat de vida i aprendre a viure de manera autònoma i amb hàbits saludables, superant l'addicció, han de lluitar a diari contra uns estereotips marcats per la societat i que elles mateixes porten interioritzats.

Penso que pot resultar molt interessant seguir investigant sobre aquesta problemàtica, ja que realment considero que tant aquesta doble estigmatització que viuen les dones amb addiccions com els obstacles que són conseqüència d'una societat la qual adjudica a les dones unes responsabilitats i unes suposades conductes, que perjudiquen el seu procés. D'aquesta manera podria ser molt positiu seguir investigant més a fons sobre les diverses situacions que es donen en els diferents recursos mixtes de tractament de drogodependència. Considero que el fet d'entrevistar a professionals que treballen en recursos mixtes de deshabitació podria donar una visió molt més àmplia de la problemàtica tractada, ja que aquests parlarien des de l'experiència d'haver tractat amb moltes dones en diverses situacions, ens podrien afirmar si, en base a la seva experiència, la majoria de dones ateses fins el moment havien patit situacions de violència o havien trobat més obstacles que els homes, pel fet de dones i tenir una sèrie de rols que van lligats a responsabilitats i estereotips.

També seria de gran interès poder estudiar la situació de les dones amb addicció que es troben realitzant el tractament en recursos únicament destinats per a l'atenció a dones. Si es fes la comparació d'aquests dos tipus de tractament, possiblement es trobarien diferències significatives en les vivències de les dones.

Per una altra banda, podria resultar molt interessant conèixer la vivència de dones que han estat anteriorment víctimes de violència masclista per part de la seva parella. D'aquesta manera podríem conèixer si el comportament dels companys del mateix recurs, afecta d'una manera més significativa al procés d'aquestes, i així es podria valorar, si en cas de que això passés, si seria més positiu per a elles, la realització del tractament en un servei orientat a dones exclusivament.

Un altre factor que podria ampliar la informació, i per tant es podria tenir una visió més global de les diferències de les vivències entre homes i dones en recursos mixtes de deshabituació, podria haver estat entrevistar a homes usuaris d'aquests recursos.

Així com vaig dir en el primer apartat del present treball, d'introducció i justificació, des d'un inici esperava que aquest treball servís per a millorar la intervenció dels professionals en el procés de tractament de drogodependències en dones amb addiccions. Creia que poder tenir informació sobre la realitat d'aquestes dones podia ajudar en la millora dels serveis i de les intervencions que es duen a terme en els recursos mixtes, i si més no, en l'ajuda per la visibilització de la realitat d'aquestes dones i en trencar estigmes i barreres que perjudiquen a la seva recuperació. Per tant, em vaig plantejar la següent pregunta inicial per a poder iniciar la investigació : *Quina és la realitat de les dones dins dels recursos mixtes de tractaments de deshabituació de drogodependències?*

Considero que amb aquesta recerca he pogut donar resposta a aquesta pregunta inicial, a més he pogut concloure els objectius plantejats, doncs hem pogut ser conscients que les dones esdevenen una minoria en els recursos de tractament de drogodependència, que elles viuen una doble estigmatització, com a dona i com a persona amb addicció. També hem pogut conèixer que les desigualtats que viuen aquestes dones es tracta d'una de les conseqüències de les violències que es donen per part dels companys del recurs.

En relació a l'anterior fragment, en el que he parlat del que esperava aportar a nivell professional amb aquest Treball de Final de Grau, espero haver aportat canvis significatius o consciència de la problemàtica a les dones i professionals participants del grup de discussió, a més, espero que es pugui seguir fent estudis en relació a l'abordatge d'aquesta problemàtica per facilitar el procés de recuperació de les dones.

8. Bibliografía

Abril, C. (2018). Violencia institucional. Confederación Intersindical. Organización de Mujeres. <https://organizaciondemujeres.org/violencia-institucional/>

Asociación Médica Mundial. (2017). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

Corominas Roso, M., Roncero Alonso, C., Bruguera Cortada, E., & Casas Brugué, M. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revista de Neurología*, 44(1), 23. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>

Blanco Zamora, P., Sirvent Ruiz, C., Palacios Ajuria, L. (2005). Diferencias de género en la adicción de implicaciones terapéuticas. *Salud y drogas*: 3(2), 81-98. <https://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2005/02/Diferencias-de-genero-en-la-adiccion-e-implicacion-terapeutica.pdf>

Castañós, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., Tubert, S., (2007). Intervención en drogodependencias con enfoque de género. *Instituto de la Mujer* <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Intervdr ogodep.pdf>

Coordinadora de Comunitats Terapèutiques, Pisos de Reinserció i Centres de dia per a drogodepenents de Catalunya. (2010). Document definició model de les Comunitats Terapèutiques. <https://fontpicant.com/data/documents/CCTT-revisio-desembre-2010.pdf>

Epdata. (2021). Tratamiento y consumo de sustancias, en datos y gráficos. <https://www.epdata.es/datos/tratamiento-consumo-drogas-datos-graficos/400>

Franco, L., Benzodiacepinas y el dolor de vivir. (2018). *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 23 (1), 35- 48 <https://publicacions.antropologia.cat/quaderns-e/article/view/11/4>

García Guix, A. (25-27 de Noviembre de 2021). Trastorno por uso de alcohol: Diferencias de género en la situación sociodemográfica y clínica en una muestra de pacientes en tratamiento ambulatorio. 23º Congreso de Patología Dual, Sevilla, España. https://patologia-dual.com/wp-content/uploads/2021/11/patologia-dual2021_libro-comunicaciones.pdf

Gencat, Departament de drets socials. (2010-2011). Cartera de Serveis Socials. <https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits-tematics/serveis-socials/la-cartera-de-serveis-socials/acces-a-laplicatiu/>

Gencat, drogas. (2014). Pisos de reinserción. <https://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa-de-recursos-assistencials/pisos-de-reinsercio>

Goffman, E., (2006). Estigma: La identidad deteriorada. Amorrortu editores S.A.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Instituto de Estadística de Cataluña. (2020). Tratamiento por drogodependencia. Por tipo de droga, sexo, grupos de edad, situación laboral y nivel de instrucción. <https://www.idescat.cat/pub/?id=aec&n=822&lang=es>

Ley 17/2020, de 22 de diciembre, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (2020). *Boletín Oficial del Estado*, núm. 8303, pp.1-19 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-464>

Llort, A., Ferrando, S., Borrás, T., Purroy, I., (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: Estudio cualitativo sobre un Grupo de Auto Apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*. Vol (20), 9 – 22. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/33646/6/Alternativas_20_01.pdf

Lobos Palacios, M^a A. Trastornos por usos de sustancias y violencias contra las mujeres. *Dianova* <https://www.dianova.org/wp-content/uploads/2017/03/201703-Usos-de-sustancias-y-violencias-contra-las-mujeres-M-de-LA-Lobos-Palacios.pdf>

Manzisor, E. (2018). *La autopercepción del estigma social en las personas usuarias de Proyecto Hombre* [Prezzi]. Presentación diapositivas. https://prezi.com/izdyxnalq_bu/la-autopercepcion-del-estigma-social-en-las-personas-usuaria/

Márquez L., Lorenzo, A. (2016). Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género. *Respuestas Transdisciplinares En Una Sociedad Global: Aportaciones Desde El Trabajo Social*. https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC025.pdf

Mendoza, Y., Vargas K., (2017) Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas: *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 20, (1) p.139-162 <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2017/epi171h.pdf>

National Institute on Drug Abuse: Advancing addiction science. (2020). *El consumo de sustancias en las mujeres: Drug Facts*. <https://www.drugabuse.gov/es/download/19238/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres-drugfacts.pdf?v=8e3444077b0c0e237d1413403790818a>

Observatori de Bioètica i Dret. Parc científica de Barcelona. El informe belmont: *Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamient*. <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

ONU Mujeres. (2022). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización Mundial de la Salud. (2021). La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). Violencia contra la mujer: Los factores de riesgo de violencia de pareja y violencia sexual son de carácter individual, familiar, comunitario y social <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>

Pérez, L., Utrera, E., Lopera, M. (2014). Influencia del Autoestigma o el Estigma Internalizado en el Funcionamiento Social y Apoyo Social en pacientes con Enfermedades Mentales atendidos en la Comunidad Terapéutica de Salud Mental. *Nure Investigación*. Vol. (72), pp. 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6260175>

Pons, X. (2018). Modelos interpretativos del consumo de drogas, *vol. (4)*, 157-186. <http://www.scielo.org.mx/pdf/polis/v4n2/v4n2a6.pdf>

Rengel, D., (2005). La construcción social del 'otro'. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. *Gazeta de antropología*, *vol (21)*. https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/7197/G21_25Daniel_Rengel_Morales.pdf?sequence=10&isAllowed=y

Rodríguez, D. (31 d'octubre de 2021). Definición de Género. <https://conceptodefinicion.de/genero/>

Rokach, A. (2014). Loneliness of the Marginalized. *Scientific Research*. *vol (3)*, 147-153. https://www.scirp.org/pdf/OJD_2014082708532413.pdf

Rubio, G. Unidad de Conductas Adictivas. Servicio de psiquiatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid. Vol 2, Nº 3 (2000) <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/187/415>

Washton, A., y Boundy, D. (1991). *Querer no es poder: Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona, España: Paidós.

Zegarra, M. (2019). Nivel de autopercepción del estigma en pacientes con esquizofrenia en el Instituto Nacional de Salud Mental (Tesi Doctoral). Universidad Peruana Cayetano Heredia. https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_28c48d72f194100e72a856ebbcce78b1

