



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Facultat de Psicologia

**PROPOSTA D'INTERVENCIÓ AMB UN GRUP DE SUPORT
PER A DONES AMB TRASTORN PER ÚS DE SUBSTÀNCIES
DEL CENTRE DE DIA EN PROJECTE HOME**

Treball Final de Grau de Recerca

Psicologia Clínica

Període de Pràcticum: 05/02/2024-30/04/2024

Projecte Home

Tutora: Ana Adan Puig

Jiménez Ramos, Lucía

39439748S - 20418801

Curs 2023-2024

RESUM

Aquest treball pretén evidenciar la necessitat d'introduir en els programes de tractament dels trastorns per ús de substàncies (TUS) la perspectiva de gènere, donades les diferències que mostren les dones en l'inici, transcurs i conseqüències del consum respecte als homes. Es proposa una intervenció de tres sessions, que aborden el rol de la dona amb TUS en la societat, el suport i les relacions familiars i la salut sexual, realitzada amb les pacients en tractament al centre de dia de Projecte Home Montgat. Es tracta d'un grup de suport setmanal exclusivament femení amb el qual s'han obtingut dades satisfactòries pel que fa a la utilitat de la proposta, la generació d'un ambient segur i còmode per compartir experiències, la importància dels tòpics abordats per a la seva recuperació, així com el finançament de vincles terapèutics entre pacients i un augment de la motivació que afavoreix la seva retenció i accés al tractament. El resultat va en la línia de les troballes precedents a les investigacions actuals consultades, constatant la utilitat d'incorporar aquestes intervencions inclusives i integrades en els tractaments tant enfocats a deixar el consum com en la reducció de danys.

Paraules clau: trastorn per ús de substàncies, diferències de gènere, dones, factors socials, barreres d'accés al tractament, intervenció amb perspectiva de gènere.

ABSTRACT

This paper aims to demonstrate the need to introduce a gender perspective in treatment programs for substance use disorders (SUD), given the differences that women show in the onset, course and consequences of substance use compared to men. We propose a three-session intervention that addresses the role of women with SUD in society, family support and relationships, and sexual health, carried out with patients in treatment at the Proyecto Hombre Montgat day center. This is an exclusively female weekly support group with which satisfactory data have been obtained in terms of the usefulness of the proposal, the generation of a safe and comfortable environment to share experiences, the importance of the topics addressed for their recovery, as well as the strengthening of therapeutic links between patients and an increase in motivation that favors their retention and access to treatment. The result is in line with previous findings in the current research consulted, confirming the usefulness of incorporating these inclusive interventions and their integration in treatments focused on both cessation of consumption and harm reduction.

Keywords: substance use disorders, gender differences, women, social factors, treatment access barriers, gender-sensitive intervention.

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ	4
2. OBJECTIUS	10
3. PROPOSTA D'INTERVENCIÓ	12
4. RESULTATS	18
5. DISCUSSIÓ	22
6. CONCLUSIONS	25
7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	26
ANNEXES	30
ANNEX 1	30
ANNEX 2	31
ANNEX 3	33
ANNEX 4	34

1. INTRODUCCIÓ

L'addicció constitueix un trastorn mèdic complex on intervenen aspectes tant conductuals com cognitius i fisiològics, que presenten manifestacions diferents, i amb un curs clínic variable (Raketić et al., 2013) afectant a totes les facetes de la vida. Des de fa uns anys, la bretxa històrica en la diferent prevalença entre sexes del trastorn per ús de substàncies (TUS) s'està reduint, incrementant el nombre de dones amb aquesta problemàtica (McHugh et al., 2018). Tot i això, hi ha una subrepresentativitat de la dona en els programes de tractament de TUS (Meyer et al., 2019) que pot explicar-se per una menor proporció de dones amb addicció en comparació amb el gènere oposat i/o per l'estigmatització social que pateixen, reforçat pels enfocaments punitius legals i de benestar infantil que descoratgen la cerca d'assistència terapèutica i perpetuen el consum (Harris et al., 2022). Per altra banda, les barreres que es poden trobar les dones per accedir-hi al tractament i completar-ho un cop dintre també poden ser responsables d'aquest fenomen. De fet, la bretxa de representativitat és tan gran i visible que, durant el 2022, el 82,4% de les persones que van ser ateses per Projecte Home van ser homes i, només el 17,6%, dones (Projecte Home Catalunya, 2023).

Aquestes dades posen de manifest les dificultats encara existents amb les quals topen les dones a l'hora d'accedir a les xarxes d'ajuda i tractament, i que no es tenen en compte en els programes tradicionals existents, ja que aquests han estat dissenyats per homes i dirigits cap a ells basant-se en normes majoritàriament masculines (Meyer et al., 2019) a partir de perspectives fonamentades en investigacions amb població masculina amb TUS (Raketić et al., 2013). Factors com ara la falta de perspectiva de gènere, entès com l'atenció centrada en el i la pacient considerant l'efecte dels rols i comportaments construïts socialment en l'ús i tractament de drogues, tenen implicacions importants en el desenvolupament d'intervencions, ja que les característiques individuals i els models de tractament poden afectar de manera diferent als resultats obtinguts segons el gènere (Campbell et al., 2018). En aquesta línia, diverses investigacions han observat que als programes de tractament mixtos es poden minimitzar les necessitats terapèutiques de les dones sense tenir en compte que el seu abordatge és útil pels resultats, la recuperació i la prevenció de recaigudes (Greenfield et al., 2013). Per aquest motiu, és essencial adaptar aquests programes per tal d'oferir un servei ajustat a les demandes socials, igualitari per a tots els usuaris i usuàries que freqüenten aquests recursos i adient a les seves necessitats, les quals varien segons el gènere i requereixen d'abordatge (Greenfield et al., 2014). Per a poder aconseguir-ho, són indispensables reformes en els serveis d'ajuda on es programin activitats dintre del pla

terapèutic que puguin donar cabuda a les necessitats específiques de cada grup poblacional, ja que pot proporcionar beneficis addicionals i millors resultats del tractament per a les dones, com ara una major reducció del consum després del tractament (Greenfield et al., 2014). Per tant, és imprescindible una formació adient als i les professionals de l'àmbit orientada a la sensibilitat de gènere en aspectes relacionats amb TUS per poder abordar els temes requerits de la manera adient.

Pel que fa a les diferències de gènere en el context d'addicció, aquestes van des de l'inici i el curs del trastorn fins als patrons d'ús de la substància, els seus efectes fisiològics i la demanda d'ajuda. Això és el producte de la combinació de factors genètics, neurobiològics i de l'entorn social, seguint el Model Biopsicosocial representat a la Figura 1 (Buchman et al., 2010), els quals també poden predir l'ingrés, la retenció i els resultats del tractament en les dones (Campbell et al., 2018; Meyer et al., 2019). Aquestes diferències, doncs, travessen molts aspectes relacionats amb la problemàtica del TUS com ara; l'epidemiologia, el transcurs de la dependència, les respostes biològiques i conseqüències mèdiques així com la prevalença de patologia dual, terme referit a la coexistència d'un TUS com a mínim i un altre trastorn mental (World Health Organization, 1994 citat en Torrens & Adan, 2023), les característiques socials que les envolten, els factors de risc de dependència i recaiguda, les barreres que es troben les dones a l'hora d'accedir al tractament i per al compliment d'aquest (Greenfield et al., 2007b; Fonseca et al., 2021). A continuació es donarà una visió global de cadascun d'aquests aspectes i, en major profunditat, aquells elements en els quals se centra i pretén abordar la proposta d'intervenció plantejada més endavant mitjançant la teràpia grupal.

Figura 1

El Model Sistèmic Biopsicosocial d'Addicció.

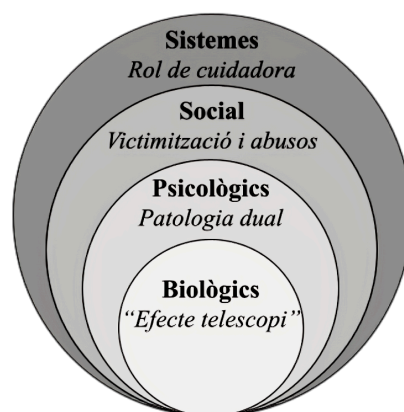


Figura 1. Variables principals del model es mostren en negreta i els factors específics de les dones que els exemplifiquen en cursiva. Adaptada de Buchman et al. (2010).

Les substàncies principals de consum són diferents entre sexes. Segons les dades publicades per l'informe sobre alcohol, tabac i drogues il·legals a Espanya (Ministerio de Sanidad, 2023), l'abús dels hipnosedants i analgèsics opioides amb recepta o sense, representen l'única substància més consumida per dones, situant-se per darrere de l'alcohol, el tabac i el cànnabis, en aquest ordre. En el cas dels opioides, tenen més probabilitats de començar a consumir per preinscripció legal com a tractament del dolor (Fonseca et al., 2021). En canvi, en els homes les substàncies més consumides són l'alcohol, el tabac i, de les il·legals, majoritàriament el cànnabis i la cocaïna. L'edat d'inici del consum en les dones és més avançada, així com la demanda del primer tractament (Ait-Daoud et al., 2019) i, tot i que el seu consum sol ser a dosis més baixes, la progressió fins a arribar a la dependència és més ràpida, anomenat "*efecte telescopi*" (McHugh et al., 2018; Meyer et al., 2019). Aquest efecte pot explicar que s'iniciï el tractament amb problemes mèdics, conductuals, psicològics i socials més greus i una disminució de la funcionalitat més ràpida (Agabio et al., 2016). A més, els motius de consum també presenten diferències entre homes i dones. Les dones és freqüent que consumeixin impulsades per les seves parelles, podent arribar a fer-ho de vegades obligades, o per l'ambient d'abús de drogues en el que es crien, ja que és habitual que algun familiar pateixi també aquest trastorn (Tuchman, 2010; Fonseca et al., 2021). Igualment, tenen més probabilitat de començar o mantenir el consum de substàncies per generar relacions íntimes o per afrontar trastorns de l'estat d'ànim i situacions negatives (McHugh et al., 2018).

Els patrons de consum de les dones acostumen a ser en solitari, aïllades a casa (Greenfield et al., 2013) i tenen una major probabilitat de recaiguda després de l'abstinència, ja que són més susceptibles al desig i la recaiguda, fases clau de l'addicció, i mostren més símptomes fisiològics d'abstinència (Fonseca et al., 2021). En canvi, els homes acostumen a consumir acompanyats i freqüenten els bars amb intenció de potenciar les emocions positives, d'adaptar-se socialment a un grup o cercar sensacions noves (Greenfield et al., 2010; Fonseca et al., 2021). Pel que fa a la manera en la qual acostumen a sustentar els seus hàbits de consum, les dones són més propenses a fer-ho exercint la prostitució o perpetrant petits robatoris, mentre que els homes o fan a través dels robatoris inclús amb violació de domicili i estafes (Tuchman, 2010). Els riscos en la salut sexual i reproductiva són majors també en les dones, per exemple enfront del virus de la immunodeficiència humana (VIH) en les que consumeixen drogues per via intravenosa (Olivari et al., 2022).

Cal destacar el gran impacte que poden patir les dones en la salut a causa del consum, com problemes hepàtics, hipertensió, anèmia i trastorns gastrointestinals (McHugh et al., 2018) i alguns específics de gènere com el risc d'infertilitat, infeccions vaginals, avortaments espontanis repetits i parts prematurs, els quals també tenen efectes psiquiàtrics (Fonseca et al., 2021). En aquesta línia, les dones mostren taxes més elevades i de major gravetat en certs trastorns psiquiàtrics concurrents (Greenfield et al., 2013; Ait-Daoud et al., 2019), especialment si s'ha experimentat violència de parella. Les dones en tractament mostren major prevalença en trastorn bipolar, depressió major i distímia, ansietat i estrès posttraumàtic (Santos de Pascual et al., 2020; Harris et al., 2022), amb una evolució més greu, major severitat dels símptomes i més intents de suïcidi (Fonseca et al., 2021).

Respecte a les característiques socials que envolten a les dones amb TUS que busquen tractament, aquestes presenten un major concepte negatiu de si mateixes, traduint-se en una baixa autoestima i més culpabilitat (Ashley et al., 2003), major exposició a experiències vitals negatives com el trauma, abús físic i sexual en comparació a la població de dones no consumidores (Olivari et al., 2022) i més vulnerabilitat enfront de les influències socials com l'estigma, les expectatives socials i el silenciament de l'addicció (Campbell et al., 2018). Les disfuncions i desestructuració en la seva família d'origen també són més comuns i repercuteixen, en un futur, en la falta de models adients per a la criança dels seus fills i filles que pot provocar interaccions dolentes i ser una font d'estrès important (Fonseca et al., 2021). A més, el consum de drogues augmenta el risc de perpetració i victimització per violència sexual (McHugh et al., 2018) i tenen més possibilitats de tenir relacions de dependència dominades per la parella, restringint així la seva autonomia i capacitats per autoadministrar-se econòmicament, planificar el futur o, fins i tot, prendre la iniciativa de buscar tractament (Ashley et al., 2003; Harris et al., 2022). També assumeixen, amb més probabilitats que els homes, conductes de risc relacionades amb l'ús de substàncies i la pràctica sexual com injectar-se drogues i compartir eines de consum, intercanviar sexe per diners o drogues i tenir dificultats per acordar l'ús de protecció amb les parelles sexuals (Meyer et al., 2019), especialment si han experimentat victimització per violència de parella (Fonseca et al., 2021). Per altra banda, poden experimentar més problemes relacionats amb la família i la vida social (Santos de Pascual et al., 2020).

Una altra qüestió important són els factors de risc de dependència i recaiguda específics del gènere. Les dones tenen un historial de responsabilitats familiars excessives i solen atribuir el consum a un esdeveniment estressant o traumàtic per abús, tendint a adoptar conductes

autodestructives (Ait-Daoud et al., 2019), a emocions negatives i problemes en la relació com ara divorcis, discòrdia matrimonial i conflictes interpersonals en major grau que els homes. Factors com l'estrès interpersonal, els conflictes en les relacions, la violència de parella o que aquesta consumeixi augmenten el risc de recaigudes, i les teràpies que tracten aquests problemes poden ser beneficioses (Meyer et al., 2019).

Finalment, tot i que la tendència de les dones és iniciar el tractament abans que els homes un cop adquirit el TUS, la seva entrada en aquests és menys probable (McHugh et al., 2018) a causa de les barreres de tractament. Això es deu al fet que les dones consumidores presenten majors probabilitats, en comparació amb els seus homòlegs masculins, d'enfrontar múltiples obstacles que afecten l'accés i l'entrada als tractaments per TUS, necessitant més adaptacions per entrar i romandre-hi (Ait-Daoud et al., 2019). L'estigma i els complexos rols de cuidadora associats a la dona en són responsables, ja que creen unes expectatives comportamentals difícils de complir en una dona amb TUS per la dificultat de compaginar els horaris rígids del tractament amb les obligacions (Harris et al., 2022). Les primeres diferències es troben en les fonts de derivació de tractaments. La major dualitat psicopatològica presentada per les dones amb TUS fomenta la seva preferència per sol·licitar ajuda als centres de salut mental, en el doble de casos que els homes, ja que els hi resulta més fàcil parlar del malestar psicològic i estat d'ànim que realitzar la demanda directament als centres de tractament de substàncies i reconèixer en la primera visita el seu problema amb el consum (Ait-Daoud et al., 2019) fent que els problemes d'addicció restin ocults rere els psicològics (Hansen, 2020).

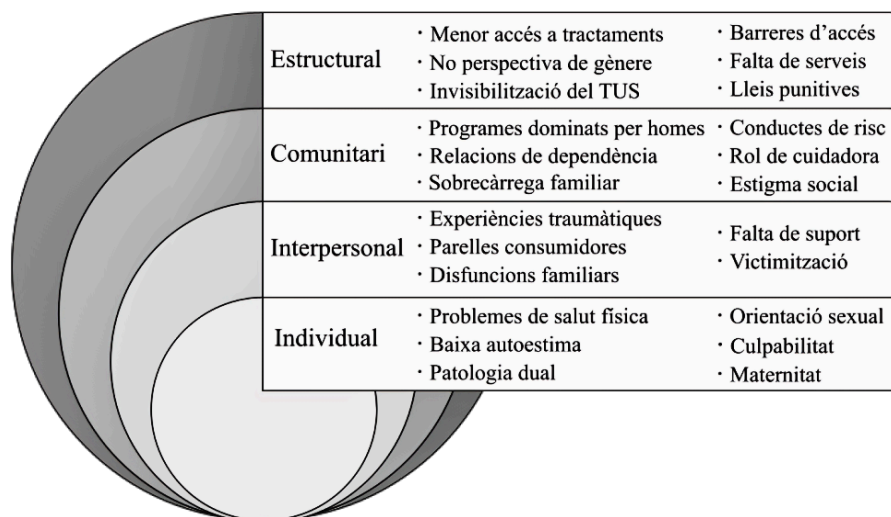
Les barreres específiques que troben les dones poden ser tant estructurals com comunitàries, interpersonals i individuals, resumides a la Figura 2, les quals acostumen a ser; el mateix estigma social associat al consum, l'absència de protocols i tractaments sensibles de gènere, la falta d'autonomia econòmica com a impediment per poder costejar una teràpia i el transport a aquesta (Campbell et al., 2018; Olivari et al., 2022), la falta de suport actiu per part de la família, expressant fins i tot resistència i hostilitat cap a la demandant, i de la parella, especialment si també és consumidora (Tuchman, 2010). De la mateixa manera, la inestabilitat d'habitatge, els factors de risc socials que les envolten i la desconeixença sobre els diferents tipus de tractaments generen preocupacions respecte als enfocaments de confrontació tradicionals dominats per homes, influint negativament la seva cerca en recursos d'ajuda (Greenfield et al., 2010; Olivari et al., 2022). En el cas de les dones joves, aquestes enfronten d'altres barreres afegides com ara l'embaràs i la falta de serveis com llar d'infants assequibles, la responsabilitat de cuidar el nadó, la por a perdre la custòdia (Ait-Daoud et al.,

2019), a més de la moral associada (Fonseca et al., 2021) i l'actitud punitiva que mostra la societat cap a les dones amb TUS que són mares (Ashley et al., 2003), les quals afavoreixen l'etiquetatge i la culpabilitat. Pel que fa a població vulnerable com dones lesbianes, amb antecedents de violència física o sexual o que han exercit la prostitució, aquestes són més reticents a cercar ajuda i se senten menys segures i disposades a participar en programes terapèutics mixtos, els quals presenten una menor capacitat d'atraure i retenir a aquesta població (Harris et al., 2022).

Un cop dins del programa i sortejades o no les barreres mencionades, el manteniment de les pacients al tractament pot estar condicionat per aspectes que coincideixen amb els ja mencionats, i altres de nous. Entre ells es troben, per una banda, serveis com ara l'atenció mèdica, l'assessorament en violència domèstica, a més d'atenció individualitzada per part dels i les professionals. En els grups mixtos en concret, el fet d'estar dominats per la presència masculina i l'elusió de l'abordatge dels traumes i els trastorns psicològics no tractats redueixen l'assistència, retenció i recuperació (Harris et al., 2022). Així i tot, les intervencions específiques de gènere estan començant a contemplar-se amb l'objectiu d'oferir informació i serveis adaptats a les dones i abordar les necessitats no cobertes fins ara com l'assistència per la cura dels fills i filles, l'embaràs, la maternitat, la violència domèstica, el trauma sexual i victimització, comorbiditat psiquiàtrica, habitatge, suport econòmic i serveis socials (Harris et al., 2022). Per altra banda, també existeixen factors aliens a les característiques del programa com ara una relació dolenta amb els fills i filles, la qual pot ser una font d'estrès que interfereix de manera perjudicial en els esforços dirigits al tractament (Ashley et al., 2003) o el fet de no conservar la seva custòdia (Greenfield et al., 2010). En els tractaments de règim comunitari, permetre que convisquin en l'entorn de tractament juntament amb la mare augmenta la seva permanència (Harris et al., 2022), a més de reduir els nivells de depressió i incrementar els d'autoestima, els quals constitueixen aspectes positius per continuar en el programa com també ho són, segons Greenfield et al., (2010): un millor funcionament psicològic, una major estabilitat personal i suport social, menys nivells d'ira i confiança en el tractament i en la font de derivació, ja que tots ells repercuten positivament en el seu compromís.

Figura 2

Principals problemes que afronten les dones amb TUS.



Respecte a la població objectiu d'aquesta proposta d'intervenció, ens focalitzem en les pacients del centre de dia de Projecte Home Montgat, on s'implementa la iniciativa a dones que presenten un perfil divers respecte a l'edat, la situació econòmica, realitat social, cultural i educativa així com possibles patologies duals, el tipus de substància d'abús principal i el temps transcorregut en abstinència. Aquest programa ha estat supervisat per la Xènia Mira, terapeuta de referència al centre que forma part de Projecte Home Catalunya i dona suport i cobertura a un nombre elevat de persones anualment. Per aquest motiu, l'abast de la intervenció pot ser major si s'implementa en aquest centre i s'estén després a la resta de centres de Projecte Home, ja que aquests comparteixen una guia terapèutica comuna.

2. OBJECTIUS

En aquest treball es pretén desenvolupar una intervenció terapèutica dedicada a les dones en tractament al centre de dia a Projecte Home Montgat, per tal d'incloure la perspectiva de gènere i d'oferir un tractament integrat. La proposta s'incorpora en el calendari d'activitats ja programat en el servei del centre i es tracta de reservar un espai per tal de poder donar cabuda i tractar factors específics del gènere com els esmentats a l'apartat anterior, en molts dels quals la dona ocupa el rol de víctima i es troba en una situació de submissió enfront d'un home que les domina. L'exclusivitat de gènere representa una característica fonamental

d'aquests grups per poder facilitar un entorn terapèutic segur i empàtic (Olivari et al., 2022) on es generi un ambient còmode. Amb això el que es pretén no és tant donar tractament com a tal, ja que s'assumeix que aquest està cobert en el programa a través de les activitats i els grups d'autoajuda mixtos que es realitzen, sinó proporcionar un lloc segur i exclusiu on s'abordin necessitats específiques i puguin compartir experiències viscudes relacionades amb el consum, així com preocupacions o dubtes que puguin sorgir. Tots aquests constitueixen temes molts cops minimitzats i passats per alt en els tractaments de gènere mixt. Per poder valorar si, finalment, les temàtiques tractades a les diferents sessions han estat adequades i rellevants per a les pacients, si s'han sentit còmodes durant aquestes i si creuen que han estat útils, s'han formulat les següents preguntes respectivament: *“Com d'adequats i importants t'han semblat els temes tractats a les sessions?”*, *“Quin nivell de comoditat has sentit en compartir les teves experiències?”* i *“Com d'útils t'han semblat aquestes sessions per la teva recuperació?”*.

Els objectius específics a aconseguir són, per una banda; avaluar la importància de l'exclusivitat de gènere per tractar temes delicats i específics amb la pregunta: *“Com d'important ha estat per a tu que el grup estigués conformat només per dones?”*. Per l'altra banda, es pretén augmentar la motivació de continuar i acabar el procés, reduint així l'abandonament a llarg termini. Aquest factor es valora a partir de la pregunta: *“El fet de saber que hi havia programades aquestes tres sessions, una cada setmana, t'ha ajudat a motivar-te en el procés i acudir al centre cada setmana?”*. Un altre objectiu proposat és el fet que, a partir d'aquests grups, s'estableixin relacions d'autoajuda allunyades de la competitivitat i la rivalitat amb la formació de vincles més forts i autèntics que continuïn fora d'aquesta activitat, convertint-se així en un suport entre elles durant el procés. S'avalua amb la següent pregunta: *“Sents que la relació i confiança ha augmentat entre les companyes amb les que has compartit aquests espais un cop acabades les sessions?”*. Per acabar, amb aquesta proposta es planteja poder trencar barreres d'accés als tractaments per TUS, com és la por als enfocaments tradicionals dels programes i el domini dels homes en aquests, en informar de l'existència d'aquest servei i oferir-lo com a part de la programació en el tractament, amb la idea que constitueixi una font de motivació per prendre la decisió de començar el procés. En aquest cas, es pretén extreure informació sobre això amb la pregunta: *“Si haguessin sabut que hi hauria un espai de suport com aquest al servei que ofereix el centre de dia, t'hagués ajudat a prendre la decisió de començar aquest procés?”*. El formulari valoratiu específic de cada sessió i el global de la darrera sessió, es recullen als Annexos 1 i 2, respectivament.

3. PROPOSTA D'INTERVENCIÓ

La intervenció proposada en aquest treball ha estat elaborada a partir de la recerca realitzada, utilitzant com a base diferents models terapèutics dissenyats pel tractament exclusiu de dones amb TUS, i adaptada a la realitat i metodologia seguida en el centre on s'ha desenvolupat l'activitat, que es regeix pel Model Biopsicosocial. Aquest model posa en relleu la complexa dimensionalitat que comporten les addiccions a causa de la multifactorialitat de causes que l'acompanyen, com són els factors biològics, psicològics i socials, els quals s'interrelacionen i s'influeixen entre ells (Salas et al., 2015). També s'han tingut presents les possibilitats a les quals es podia aspirar valorant els coneixements i l'experiència amb què es compta. S'ha dissenyat un grup de suport femení amb perspectiva de gènere, amb les especificitats indicades a la Taula 1, considerant que no tots els programes poden oferir espais completament exclusius per dones, on rebin atenció adaptada a les seves necessitats en un entorn que s'ha reportat com a més segur (Harris et al., 2022). Aquests tipus de grups fomenten vincles saludables, faciliten el reforç positiu entre pars així com l'autoexpressió (Olivari et al., 2022) i es caracteritzen per ser un sistema d'ajuda mútua, informal i comunitària, formats per persones del mateix estatus, ja que comparteixen un problema comú, ser una dona amb TUS, sense jerarquies, on poden tant rebre com proporcionar suport i ajuda, augmenta així la seva confiança. Aquests grups es troben supervisats per un/a professional, amb l'única tasca de facilitar el diàleg i el suport (Olaizola, 2014), el qual ha estat el rol adoptat en el nostre cas. Per tant, l'enfocament d'aquesta intervenció se centra en la importància, destacada per diverses investigacions, de tractar alguns dels factors específics de gènere esmentats com ara; la història de trauma, les relacions amb els fills i altres familiars significatius (Greenfield et al., 2014), la salut sexual i reproductiva, ja que el seu abordatge incrementa el compromís en el programa (Harris et al., 2022), i l'estigma social associat a les dones amb TUS de forma integrada durant el tractament per tal d'augmentar l'èxit de la recuperació (Ait-Daoud et al., 2019).

Aquest grup de suport segueix algunes de les característiques del programa "*Women's recovery Group*" (WRG) (Greenfield et al., 2013; 2014), el qual s'ha utilitzat com a base per dissenyar la intervenció, com ara la duració de la sessió, considerant que 90 minuts és temps suficient i adequat tenint en compte la gran varietat de temes que abasten els tòpics escollits per a cada sessió i la quantitat de dones usuàries del centre, ja que actualment són quatre. Per tant, compten amb temps suficient perquè cadascuna pugui compartir les seves experiències, en cas que assisteixin totes, i debatre-les. Es manté la freqüència de les sessions, ja que

aquesta facilita la coordinació i adaptació amb la programació ja establerta pel centre. També se segueixen els temes a tractar i els objectius a aconseguir del WRG, ja que proporciona una atmosfera segura i de suport per al debat obert de problemes clínicament significatius per a les pacients per tal d'ajudar a identificar els obstacles que enfronten per a la seva recuperació i els factors desencadenants de la recaiguda. De fet, aquest entorn interpersonal i tenir l'oportunitat de compartir experiències similars amb altres dones en un grup diferenciat en gènere, inclosa la professional present, poden ser factors crítics per la sensació de comoditat del tractament (Godlaski et al., 2009 citat en Greenfield et al., 2013), ja que s'han reportat nivells més alts d'empatia percebuda i major abstinència (Greenfield et al., 2007a). El nombre de sessions s'ha reduït a 3 atenint a la disponibilitat de Projecte Home Montgat i respectant al període de pràctiques pactat, considerant-se adequades a la finalitat de portar a la pràctica la proposta d'intervenció.

Tabla 1

Característiques formals del grup de suport

Temps	Nombre de sessions	Freqüència	Professional present	Tractament d'informació	Tipus de participació
90 minuts	3	Setmanal	Lucía Jiménez	Confidencial	Voluntària

El grup de suport proposat segueix el format obert del centre, per tant, la població diana són totes les dones usuàries del programa, independentment del temps que hi portin, el nivell en el qual es trobin del procés i els objectius assolits. A més, podien accedir en qualsevol de les sessions puntualment o realitzar-les totes. Per tant, les participants presenten heterogeneïtat pel que fa al temps que porten en abstinència i la substància de dependència a més d'altres aspectes com l'edat, l'estat civil, maternitat, trastorns comòrbids i antecedents de trauma, que representen característiques clíniques i demogràfiques típiques de les dones que busquen tractament a la comunitat (Greenfield et al., 2014). Veure la Taula 2. Així i tot, en les dones tractades a Projecte Home l'alcohol és la droga més consumida i la presència de patologia dual és d'un 61% vers un 30,6% en el cas dels homes (Projecte Home Catalunya, 2023).

Taula 2*Descripció bàsica de característiques demogràfiques i clíniques les participants*

Participant	1	2	3	4
Edat	44	27	62	43
Estat civil	Casada	Soltera	Viuda	Divorciada
Fills	Si	No	Si	Si
Substància principal consumida	Alcohol	Cocaïna i alcohol	Cocaïna	Alcohol i cànnabis
Número de tractaments	1	1	1	1
Temps sense consumir	9 mesos	8 mesos	1 any	2 mesos
Nivell en el procés	3	2	3	1
Comorbiditat diagnosticada				Trastorn Bipolar

Nota. Nivell procés: 1 (0-2 mesos en tractament / objectius: treballar conducta i actituds de consum), 2 (3-8 mesos en tractament / objectius: gestió emocional i elaboració del passat) i 3 (9-12 mesos en tractament / objectius: reinserció social i laboral).

Les sessions es van realitzar els dimarts o dijous, segons la disponibilitat, ja que són aquests dos dies en els quals assisteixen les pacients de tots els nivells del tractament. L'espai utilitzat va ser una sala interior proporcionada per Projecte Home Montgat (vegeu Annex 3), amb una disposició emprada ja al centre de dia per facilitar l'adaptació i comoditat de les participants. Pel que respecta a la seva estructura, aquesta es fonamenta principalment en cinc etapes:

- 1) Proporcionar informació general respecte al funcionament del grup de suport, la freqüència i duració de les sessions, el seu caràcter voluntari i confidencial i l'objectiu principal que pretén aconseguir, referent a la creació d'un espai còmode i segur. Es va exposar el motiu d'aquesta intervenció com a proposta per un treball acadèmic, vinculat a les pràctiques curriculars realitzades, a causa de la necessitat social emergent i les evidències d'èxit i utilitat demostrades en les investigacions, que es du a terme amb el permís i consentiment del centre, el qual s'implica i és sensible amb el tema. Un cop exposats aquests punts, es resolgueren els dubtes sorgits.

- 2) Presentació del tema a tractar en la sessió a través del plantejament d'una pregunta general. També es van preparar aspectes més específics a parlar relacionats amb el tòpic escollit per si fos necessària la intervenció en el cas que aquest no donés per més.
- 3) Debatre i compartir experiències a partir de la temàtica, fet que ocupa la major part de les sessions. El tòpic exposat és susceptible de ser modificat a petició d'alguna participant que ho expressés per necessitats ocasionals o derivat del mateix debat sorgit.
- 4) Tancament de la sessió amb una devolució personal per part de cada membre, inclosa la professional, seguint la manera habitual de finalitzar un grup terapèutic al centre, mantenint l'harmonia estructural per facilitar l'adaptació i comoditat de les participants.
- 5) Realització d'una valoració específica de la sessió per les participants, ja esmentada als objectius, la qual pretén recollir informació qualitativa tant dels temes tractats com del diàleg sorgit a partir d'aquests, la seva sensació i comoditat durant la realització del grup, el grau de satisfacció i la utilitat per al seu tractament, entre d'altres. Per a la devolució i la valoració es reservaren els últims deu minuts.

En l'última sessió, es facilità una segona valoració global, on es demanà l'avaluació de la comoditat i la necessitat d'aquesta intervenció en els tractaments mixtes de TUS, la motivació i vincles generats, la importància de la conformació exclusiva de dones en aquests grups per al tractament dels tòpics escollits, així com altres aspectes formals de duració i contingut de les sessions. Aquestes valoracions han estat dissenyades seguint la plantilla de preguntes utilitzades en Greenfield et al. (2013) com a base, amb algunes modificacions en l'idioma, ja que es formulen en català, i el contingut segons l'objectiu d'aquesta intervenció.

Si bé el descrit constitueix els aspectes generals que conformen les sessions, aquests varien segons correspongui. Per aquest motiu, a continuació es detalla més específicament el desenvolupament plantejat per a la primera, segona i tercera sessió a la Taula 3, 4 i 5 respectivament, i el temps programat per dedicar a cada part de manera estimada.

Taula 3*Planificació detallada de la primera sessió*

Etapa	Descripció	Temps
Introducció informativa	Proporcionar informació general respecte als grups de suport i resolució de dubtes.	5 minuts
Exposició de la temàtica	“Què ha suposat i suposa per vosaltres ser una dona amb TUS?”	2 minuts
Tòpics relacionats (si escau)	Patrons de consum, estigma associat, efectes en la salut, trastorns psiquiàtrics duals i acolliment per la xarxa sanitària en el seu problema.	
Debat	Compartir experiències sobre el tema exposat i relacionats que sorgeixin.	70 minuts
Devolució	Retorn breu i personal de la sessió i com se senten.	5 minuts
Valoració	Facilitar el qüestionari d’avaluació de la sessió perquè el responguin.	5 minuts

Taula 4*Planificació detallada de la segona sessió*

Etapa	Descripció	Temps
Recordatori informatiu	Recalcar la confidencialitat i voluntarietat de participació.	3 minuts
Exposició de la temàtica	“Com han estat les relacions amb la vostra família en el context d’addicció?”	2 minuts
Tòpics relacionats (si escau)	Equilibri de rols, el paper de cuidadora, les expectatives de comportament, maternitat i suport familiar durant el procés terapèutic.	
Debat	Compartir experiències sobre el tema exposat i relacionats que sorgeixin.	75 minuts

Devolució	Retorn breu i personal de la sessió i com se senten.	5 minuts
Valoració	Facilitar el qüestionari d'avaluació de la sessió perquè el responguin.	5 minuts

Taula 5

Planificació detallada de la tercera sessió

Etapa	Descripció	Temps
Recordatori informatiu	Recalcar la confidencialitat i voluntarietat de participació.	3 minuts
Exposició de la temàtica	“Quin paper ha tingut el sexe i les relacions de parella amb el consum de substàncies?”	2 minuts
Tòpics relacionats (si escau)	Salut reproductiva, VIH vulnerabilitat sexual, la prostitució i les parelles consumidores.	
Debat	Compartir experiències sobre el tema exposat i relacionats que sorgeixin.	70 minuts
Devolució	Retorn breu i personal de la sessió i com se senten.	5 minuts
Valoració	Facilitar dos qüestionaris d'avaluació de la sessió i la intervenció global perquè els responguin.	10 minuts

Com s'ha esmentat, el transcurs de les sessions no es fixa, podent veure's modificat a petició d'alguna de les participants. Per aquest motiu, en l'apartat següent s'elabora una breu descripció de les sessions realitzades.

4. RESULTATS

Els resultats obtinguts a partir de la intervenció es plasmen a continuació de manera global, exposant-se sintèticament, i des d'un àmbit terapèutic, les diferents sessions realitzades. Es farà èmfasis en aspectes a ressaltar, modificacions o imprevistos transcorreguts i els temes tractats a grans trets. Com era d'esperar, alguns dels subtemes preparats no es van abordar. Els resultats que destacarem són els més rellevants en concordança amb els objectius establerts i descrits en el present treball, tots ells qualitatius i amb càlculs merament percentuals atès la poca mostra de dones estudiada.

Primera sessió. Duta a terme el dijous 18 d'abril en la franja d'11 a 12:30 h. Van participar totes les pacients presents aquell dia, tres en total, i es va poder seguir la programació dissenyada per aquesta sessió. Tot i que al principi eren reticents a participar, de seguida que es va exposar el tema a tractar i es va donar peu a la posada en comú de les experiències personals, la dinàmica es va agilitzar. Van tocar-se diversos temes dels ja estipulats i altres de nous. Com a punts a destacar, es va parlar sobre el gran estigma amb el qual lidien i la por de ser jutjades, especialment per altres dones, fet que les porta a ocultar l'assistència al centre, en particular aquelles que són mares, ja que pensen que pot perjudicar els seus fills i filles i la seva imatge. Per tant, porten en secret el tractament de cara a la resta, com ara veïns/es del barri o altres pares i mares de l'escola. Comenten, en canvi, que en els homes és tot el contrari, solen anunciar-ho amb orgull i la gent ho considera una decisió positiva per redirigir la seva vida, donant una imatge de valentia. També van coincidir en el fet que el consum era quelcom freqüent en el seu entorn i, fins i tot, van ser els mateixos familiars o parelles qui els van iniciar a aquest en alguns casos. Per últim, el consum l'utilitzaven per evadir-se o poder mantenir el ritme i dur a terme totes les responsabilitats.

Van expressar la sobrecàrrega que senten en treballar, haver de fer totes les tasques de casa i tenir cura dels fills/es o el fet d'adquirir responsabilitats fora de lloc per l'edat, com ara criar a un germà. Per aquests motius, molts cops se senten fora de lloc en aquests tipus de programes de domini masculí, ja que comparen el tipus de consum, els motius o l'estil de vida que mantenen ells i no se senten identificades ni mereixedores d'estar rebent un tractament. Fins i tot, una de les participants va expressar sentir-se desmotivada i estancada al tractament, i va confessar la seva intenció d'abandonar. Aquest fet va ser important, ja que va permetre prevenir-ho en detectar en quin punt es trobava, les seves necessitats per poder progressar en el procés, i compartir-ho posteriorment amb l'equip de professionals, prenent

mesures al respecte que la motivessin com passar-la de nivell per començar a treballar altres aspectes essencials per a ella. Durant tota la sessió, mentre cada participant intervenia, les restants mostraven una actitud empàtica i predisposició a escoltar activament, sent comprensives i respectant el torn de l'altra. A mesura que anaven compartint i sentir-se identificades, van obrir-se més i, de mica en mica, els temes tractats eren més íntims. A la devolució final, la comoditat va ser l'aspecte més repetit.

Segona sessió. Realitzada el dijous 25 d'abril d'11 a 12:30 del matí amb tres usuàries presents. Per a una d'elles va ser la primera sessió i es va iniciar de nou amb la introducció informativa, alterant la programació prevista. En aquest cas els elements a ressaltar són, per una banda, la problemàtica percebuda per demanar ajuda a causa de la capacitat per compaginar el consum amb les seves responsabilitats, les quals seguien atenent, entenent llavors que portaven una vida completament funcional. Per elles el consum era simplement una recompensa. Això també dificultava la detecció per part dels seus familiars i l'entorn proper. Un altre motiu de consum era l'evasió després de tenir discussions i problemes a casa, com una manera d'afrontar i gestionar l'estrès causat. Per altra banda, recalquen la poca implicació per part dels seus familiars i parelles com per exemple, no esforçant-se en evitar el consum d'alcohol a les reunions familiars estant elles presents o no interessar-se pel seu procés, argumentant que no tots tenen el seu problema i han de seguir fent la seva vida. Comenten que és dolorós i difícil de portar per elles, ja que asseguren que si fos al contrari, elles s'esforçarien per implicar-se i no consumir, però que també els hi genera un sentiment ambivalent entre culpabilitat i ràbia si la resta ho fa o no per elles.

Durant aquesta sessió, la dinàmica d'intervenció va ser més fluida i activa des del principi i es van dedicar espais més extensos a les intervencions de cada participant, ja que les experiències compartides eren més íntimes, requerint més temps, i la implicació i empatia de les presents era major. Totes mostraren interès pel que s'exposava, fent intervencions i preguntes al respecte. De nou, la devolució seguia l'harmonia de comoditat, desfogament i necessitat de tractar aquests temes.

Tercera sessió. Portada a terme el dimarts 30 d'abril en l'horari d'11 a 12.30 h. Tot i que van ser dues les pacients presents, el grup de suport va ser molt emotiu i enriquidor. Es van tractar experiències d'abusos i traumes, certs d'ells no compartits abans segons explicaven. Alguns dels fets van succeir en un ambient de consum i també el van perpetuar, ja que era utilitzat per poder seguir mantenint relacions sexuals després d'aquests. També és habitual que la

parella fos consumidora i que consumissin junts. Això les condicionava en el moment de deixar de consumir, o no fer-ho en certs moments, com també a l'hora de mantenir-se fermes en la seva decisió lliure davant de voler mantenir relacions sexuals o voler consumir-les, així com les condicions. Aquesta vulnerabilitat va desencadenar en problemes com la contracció del VIH en alguns casos o el fet d'accedir a mantenir relacions en contra de la seva voluntat. A partir d'aquestes experiències compartides, la conversa va anar conduint-se cap a aspectes de la seva sexualitat, arribant a compartir inquietuds atès la manca d'oportunitats viscudes per abordar aquests tòpics i d'aquesta manera, amb total llibertat i en un clima de confiança i seguretat. Un cop passat el temps destinat al debat, les devolucions van ser, per un costat, d'agraïment per la facilitació d'un espai segur i còmode per a elles i, de l'altre, tristesa perquè aquest acabés.

Un cop recollida la informació més rellevant relativa a les tres intervencions realitzades, es procedeix a exposar les dades obtingudes per tal de proporcionar una visió general no representativa, tenint en compte la mida de la mostra, visualitzar els resultats obtinguts i avaluar si s'han aconseguit els objectius marcats inicialment. A la Taula 6 es recullen els resultats de la valoració global facilitada a la darrera sessió i recollida en el transcurs de la setmana a les dues participants restants que no van assistir. Respecte als de les valoracions efectuades per a cada sessió, aquests es presenten a l'Annex 4.

TAULA 6

Resultats percentuals de la valoració global de la intervenció

Variable	Valoració			
	Gens	Poc	Moderat	Molt
Importància i adequació dels grups				100%
Utilitat per a la recuperació				100%
Comoditat				100%
Satisfacció				100%
Valor de l'exclusivitat de gènere			25%	75%

Necessitat del servei en un programa mixt			100%
Font de motivació		50%	50%
Augment de confiança entre companyes			100%
Incentiu per iniciar el procés de tractament		25%	75%

Nota. El percentatge es calcula a partir de les 4 pacients participants durant la intervenció.

Tenint present l'objectiu global del treball i, donat que la proposta s'ha pogut dur a terme en la pràctica, es considera que s'ha aportat una perspectiva de gènere dins del tractament per TUS que es realitza al centre de dia de Projecte Home Montgat amb una intervenció útil i satisfactòria per a totes les participants. També s'ha evidenciat la importància d'abordar els temes seleccionats i compartir experiències personals en un grup de només dones amb TUS en tractament. De fet, per a 3 de les 4 dones suposa un aspecte essencial.

La intervenció ha pogut incidir en la motivació de les usuàries per assistir al centre, tot i que ho ha fet en major grau en dues de les participants. La majoria manifesten que poder conèixer l'existència del grup de suport dissenyat dintre de la programació esdevé un incentiu per accedir a aquest tipus de servei per diferents motius com ara: la necessitat de donar una atenció especial a la minoria, saber que es tractaran temes que constitueixen importants per a elles i la seva recuperació personal, així com la sensació de saber que es proporciona un espai còmode i segur per poder compartir. Tot això fa, doncs, que es pugui reduir alguna de les barreres que es troben les dones com ara la manca de programes sensibilitzats amb el gènere, la qual podria tenir impacte en la seva presència dintre d'aquests programes a llarg termini minorant la bretxa de representativitat femenina existent. A més, ha resultat molt positiu per reforçar els vincles terapèutics i la confiança entre les participants. Per tant, es pot fer una valoració de la intervenció favorable, amb els objectius marcats aconseguits en major o menor grau.

Pel que respecta a la durada de les sessions, la majoria consideren que l'hora i mitja és adequada per poder desenvolupar el grup de suport, excepte en la darrera. Això sembla rellevant, ja que només hi varen participar dues de les pacients i es va poder dedicar més temps a cadascuna per poder compartir les seves experiències. El tema que es tractava, però, va ser la salut sexual, la qual cosa suggereix un interès i necessitat d'abordar aquestes qüestions amb major profunditat i de manera més recurrent. A més, totes varen coincidir en trobar el nombre de sessions escàs.

Els punts que van ressaltar com allò que més els havia agradat dels grups de suport van ser, de més a menys repetit: els temes abordats considerats com a importants per a les dones, que el grup fos exclusivament femení, la comoditat, la llibertat que sentien per poder expressar-se, “poder tractar temes del passat que encara estan ancorats i ens estanquen” segons expressa una de les dones, “la sensibilitat, comprensió i l'actitud oberta de la persona present que dinamitzava el grup” d'acord amb una altra resposta i, per últim, que aquesta persona fos algú de confiança a qui coneixien, ja que les va ajudar a obrir-se més. En canvi, respecte als aspectes que menys els van agradar i que canviarien, es troben principalment la quantitat de sessions, les quals les allargarien fent que aquests grups es realitzessin de forma permanent, també que participessin més dones i, a dues d'elles, no els va desagradar res.

5. DISCUSSIÓ

Els resultats obtinguts ens apropen a l'evidència publicada i utilitzada pel present treball, la importància d'abordar les problemàtiques que envolten la figura de la dona entorn del TUS en un grup amb exclusivitat de gènere. Les dones identifiquen diversos temes que únicament tractarien en aquest tipus de grups, com ara la càrrega familiar, la vulnerabilitat sexual o la culpabilitat derivada de la maternitat durant el consum, els quals són aspectes importants a tractar per a la seva recuperació i per reduir el risc de recaigudes (Greenfield et al., 2013). Alhora aquests grups de suport faciliten la generació de mecanismes considerats eficaços per la teràpia com l'aprenentatge interpersonal en un entorn segur, el reconeixement de problemes compartits i l'oportunitat de tenir intercanvis més sincers i íntims. Així com d'altres destacats per les participants de la nostra intervenció com és la formació i reforçament de vincles de suport entre elles (Greenfield et al., 2014). Aquests avantatges específics suposen un augment de la satisfacció al tractament, la qual cosa impacta en la seva motivació, millorant així la retenció i els resultats (Harris et al., 2022). Però no n'hi ha prou amb proporcionar

simplement un entorn exclusiu per a les dones en el qual es facin activitats alternatives, sinó que és necessari incloure serveis dintre d'aquests grups amb un canvi d'enfoc terapèutic introduint la perspectiva de gènere (McHugh et al., 2018), com la intervenció feta al centre de dia de Projecte Home Montgat en tractar factors de risc experimentats per les dones particularment. Aquests grups també influeixen en l'èxit i el risc de reingrés, associant-se a menors recaigudes (Olivari et al., 2022), i milloren l'accés mitigant algunes de les barreres descrites anteriorment (Harris et al., 2022).

Donat que les dones experimenten el consum al voltant de diferents factors que el condicionen, es requereixen estratègies multinivell per millorar la seva salut (Meyer et al., 2019), així com la garantia d'accés a tractaments adequats per elles, amb la necessitat de reconèixer la importància del gènere tant al tractament com a investigació dels TUS (Fonseca et al., 2021). Per això cal que existeixin serveis auxiliars vitals com la cura infantil, l'atenció a familiars dependents i la facilitació de transport i habitatge, essencials per afavorir el seu accés i retenció en els programes. La realitat al nostre entorn és molt lluny de complir amb aquestes necessitats fent que problemes derivats del consum com la taxa de mortalitat resultant segueixin augmentant. Segons el European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (2023), més de sis mil persones van morir l'any 2021 per causes directament atribuïbles a les drogues. Aquestes dades permeten comprendre i evidenciar l'emergència de tractaments i prevenció de riscos eficaços i adequats.

Cal tenir en compte les limitacions presents en la intervenció proposada, la majoria de les quals es concentren en la mostra de participants a l'abast. Per una banda, l'escassa quantitat d'usuàries del centre fa que la mostra no sigui representativa de cap manera. Per altra banda, la seva diversitat en els aspectes socials i biològics en tant a l'edat i l'estat civil, els quals condicionen les seves vivències en relació amb el consum i diversifiquen els resultats, així com l'heterogeneïtat de les característiques clíniques, tant pel que fa al temps que porten en abstinència com a la incidència de comorbiditat psiquiàtrica. Aquí és important fer un apunt respecte als criteris necessaris per poder diagnosticar un trastorn psiquiàtric en pacients amb TUS, ja que és essencial estar abstinent com a mínim entre tres i sis setmanes a efectes teòrics, per tal d'evitar el solapament de conductes derivades per símptomes de privació o intoxicació, amb els criteris diagnòstics dels trastorns mentals comòrbids (Rodríguez & Salgado, 2018). Condicions que probablement les usuàries no reunien fins a l'estada al procés i que, per tant, fan que moltes de les persones que acudeixen a aquests programes no tinguin un diagnòstic oficial, com podria ser el cas, la qual cosa també presenta una limitació.

Especialment, si es considera que el policonsum és el patró més freqüent en pacients amb TUS, dificultant encara més la identificació dels efectes de les diferents substàncies. Tot i que les recents investigacions apunten a l'existència de determinants genètics que podrien ajudar al diagnòstic de trastorns coexistents com ara la depressió o l'esquizofrènia (Adan & Torrens, 2021).

Tanmateix, és important ressaltar que només una de les usuàries ha assistit a totes les sessions, una altra a dues d'aquestes i, les dones restants, a una única sessió. Aquest fet pot haver influït la seva experiència i valoració de la intervenció. Un altre aspecte condicionat ha pogut ser el fet de respondre de manera més favorable, fins i tot inconscientment, per tal de complaure les expectatives esperades o arribar a un millor resultat atès el vincle establert amb les participants durant el període de pràctiques realitzat al centre. Igualment, l'escàs nombre de sessions i de temes tractats fa que la intervenció no hagi estat completa, ja que no s'han pogut tractar molts dels tòpics essencials i amb impacte per a la recuperació de les dones així com factors de risc i de recaiguda específics. A més, el reduït període temporal del que s'ha disposat per desenvolupar el programa impedeix una avaluació del seu impacte en les participants a mig i llarg termini, amb la consideració de si assoleixen l'alta terapèutica i el posterior seguiment de recaigudes un cop finalitzat el tractament. Seguir fent la intervenció en el centre permetria ampliar la mostra de dones que l'han fet i amb el temps es podria fer una comparativa de l'adherència al tractament i recuperació, així com contrastar-la amb les dades recollides d'altres dones tractades en el recurs que sense el programa.

De cara a orientar les recerques venidores, caldria explorar en major profunditat les necessitats d'atenció i tractament en dones vulnerables, sigui per experiències de trauma o treball sexual, i de minories sexuals, ètniques i racials (Campbell et al., 2018), per tal de fomentar la inclusivitat tant en les investigacions clíniques com en els programes de TUS i poder dissenyar intervencions intragrup que atenguin les seves necessitats heterogènies. Perquè això sigui possible, és necessari capacitar als i les professionals amb les competències adients a partir d'una formació multidisciplinària que abordi diferents camps com la medicina i psiquiatria en les addiccions, l'epidemiologia o les experiències de trauma (Meyer et al., 2019). De fet, tenint en compte l'elevada victimització, la violència de gènere hauria de ser un aspecte d'investigació prioritari entorn al TUS i el seu tractament, així com l'essencial abordatge de la patologia dual i conductes suïcides, a causa de la seva elevada prevalença, les conseqüents taxes de mortalitat atribuïbles i les dificultats pel tractament com indiquen les

darreres dades estadístiques (Fonseca et al., 2021). Per altra banda, insta un major èmfasi en les intervencions de reducció de riscos comportamentals associats, tant sexuals com d'intercanvi d'equips d'injecció (Campbell et al., 2018) també amb perspectiva de gènere i amb l'objectiu d'arribar a aquelles dones que no accedeixen als recursos de tractament.

6. CONCLUSIONS

Hi ha un consens prou ampli respecte a les situacions i factors que les dones viuen amb més probabilitat, els quals afecten l'inici del consum de substàncies i al desenvolupament i les conseqüències que comporta un TUS. Per tant, és important comprendre les necessitats específiques de gènere, donar-les un lloc dins del tractament i abordar-les en un espai adequat i exclusiu femení, com a mètode preventiu per evitar l'abandó del tractament o possibles recaigudes. Això implica identificar les situacions de risc i proporcionar eines de protecció i gestió afegides a les genèriques emprades en el tractament del TUS per ambdós sexes.

La intervenció terapèutica de Projecte Home Catalunya no n'està exempta de la mirada androcèntrica que, tal com hem pogut veure al llarg del marc teòric, encara guia els programes de TUS. La present proposta atorga, per tant, una perspectiva de gènere dins del centre que evidencia la seva importància i necessitat d'implementació a tots els models de tractament. Les nostres dades de valoració de la intervenció per les participants són preliminars, donades les limitacions, però apunten la seva possible eficàcia i utilitat. La investigació que la recolza descriu un impacte positiu en la motivació, satisfacció i relació interpersonal de suport de les dones en tractament. Les necessitats a cobrir de les dones no es limiten únicament al tractament, sinó que s'estenen a la manca de serveis oferts, la urgència per minimitzar les barreres d'accés, que permetrien reduir les disparitats de disponibilitat entre gèneres, a l'escassa investigació amb perspectiva de gènere i a la demanda de formació especialitzada dels i les professionals del sector. Tot això cal esmenar-ho en la major brevetat possible per tal d'oferir un servei igualitari, amb les mateixes condicions i oportunitats, que faciliti el seu accés i retenció.

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Adan, A., & Torrens, M. (2021). Special issue: Diagnosis and management of addiction and other mental disorders (dual disorders). *Journal of Clinical Medicine*, 10(6), 1307. <https://doi.org/10.3390/jcm10061307>
- Agabio, R., Campesi, I., Pisanu, C., Gessa, G. L., & Franconi, F. (2016). Sex differences in substance use disorders: focus on side effects. *Addiction Biology*, 21(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1111/adb.12395>
- Ait-Daoud, N., Blevins, D., Khanna, S., Sharma, S., Holstege, C. P., & Amin, P. (2019). Women and addiction: An update. *The Medical Clinics of North America*, 103(4), 699–711. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.03.002>
- Ashley, O. S., Marsden, M. E., & Brady, T. M. (2003). Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: A review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 19–53. <https://doi.org/10.1081/ada-120018838>
- Buchman, D. Z., Skinner, W., & Illes, J. (2010). Negotiating the relationship between addiction, ethics, and brain science. *AJOB Neuroscience*, 1(1), 36–45. <https://doi.org/10.1080/21507740903508609>
- Campbell, A. N. C., Barbosa-Leiker, C., Hatch-Maillette, M., Mennenga, S. E., Pavlicova, M., Scodes, J., Saraiya, T., Mitchell, S. G., Rotrosen, J., Novo, P., Nunes, E. V., & Greenfield, S. F. (2018). Gender differences in demographic and clinical characteristics of patients with opioid use disorder entering a comparative effectiveness medication trial. *The American journal on Addictions*, 27(6), 465–470. <https://doi.org/10.1111/ajad.12784>
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (2023). *Drug-induced deaths – the current situation in Europe (European Drug Report 2023)*. https://www.emcdda.europa.eu/sites/default/files/pdf/31087_en.pdf?183876
- Fonseca, F., Robles-Martínez, M., Tirado-Muñoz, J., Alías-Ferri, M., Mestre-Pintó, J.-I., Coratu, A. M., & Torrens, M. (2021). A gender perspective of addictive disorders. *Current Addiction Reports*, 8(1), 89–99. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>

- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K., & Brady, K. T. (2010). Substance abuse in women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.004>
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Miele, G. M. (2007a). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 86(1), 1–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012>
- Greenfield, S. F., Cummings, A. M., Kuper, L. E., Wigderson, S. B., & Koro-Ljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy. *Substance Use & Misuse*, 48(9), 750–760. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.787100>
- Greenfield, S. F., Sugarman, D. E., Freid, C. M., Bailey, G. L., Crisafulli, M. A., Kaufman, J. S., Wigderson, S., Connery, H. S., Rodolico, J., Morgan-Lopez, A. A., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Group therapy for women with substance use disorders: results from the Women's Recovery Group Study. *Drug and Alcohol Dependence*, 142, 245–253. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.06.035>
- Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M., & Gallop, R. J. (2007b). The Women's Recovery Group Study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009>
- Hansen, G. M. (2020). *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento* [Universitat Autònoma de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/670557>
- Harris, M. T. H., Laks, J., Stahl, N., Bagley, S. M., Saia, K., & Wechsberg, W. M. (2022). Gender dynamics in substance use and treatment: A women's focused approach. *The Medical Clinics of North America*, 106(1), 219–234. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.007>

- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 66, 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- Meyer, J. P., Isaacs, K., El-Shahawy, O., Burlew, A. K., & Wechsberg, W. (2019). Research on women with substance use disorders: Reviewing progress and developing a research and implementation roadmap. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 158–163. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.017>
- Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2023). *Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf>
- Olaizola, J. H. (2014). *Xarxes socials i suport social* [Universitat Oberta de Catalunya (UOC)]. https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/78665/9/Psicologia%20comunit%C3%A0ria%20i%20benestar%20social_M%C3%B2dul%207_Xarxes%20socials%20i%20suport%20social.pdf
- Olivari, C. F., Gonzáles-Santa Cruz, A., Mauro, P. M., Martins, S. S., Sapag, J., Gaete, J., Cerdá, M., & Castillo-Carniglia, A. (2022). Treatment outcome and readmission risk among women in women-only versus mixed-gender drug treatment programs in Chile. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 134, 108616. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108616>
- Projecte Home Catalunya. (2023). *Memoria Anual 2022: Provocando el Cambio*. Editat per: Projecte Home Catalunya. http://www.projectehome.cat/wp-content/uploads/2023/05/Memoria2022_esp.pdf
- Raketić, D., Stamatović Gajić, B., Gajić, T., & Jovanović, M. (2013). Women and addiction (alcohol and opiates): comparative analysis of psychosocial aspects. *Serbian Archives of Medicine*, 141(9–10), 648–652. <https://doi.org/10.2298/sarh1310648r>

- Rodríguez, J. L., & Salgado, A. (2018). Patrones de personalidad y otros trastornos. *Health and Addictions*, 18, 119–129. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.338>
- Salas, Y. G., Prieto, R. H., Barrales, V. P., Lanero, P. P., García, F. J. S., Fernández, J. R. S., & Parra, R. V. (2015). *Proyecto Hombre: El Modelo Bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. <https://proyectohombre.es/wp-content/uploads/2019/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH.pdf>
- Santos de Pascual A., Saura Garre, P., & López Soler, C. (2022). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3), 443–450. <https://doi.org/10.6018/analesps.399291>
- Torrens, M., & Adan, A. (2023). Recent Advances in Dual Disorders (Addiction and Other Mental Disorders). *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3315. <https://doi.org/10.3390/jcm12093315>
- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127–138. <https://doi.org/10.1080/10550881003684582>

ANNEXES

ANNEX 1

Valoració de la sessió

1. Com d'adequats i importants t'han semblat els temes tractats en aquesta sessió?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

2. Com d'útil t'ha semblat aquesta sessió per la teva recuperació?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

3. Creus que aquest grup de suport pot servir-te d'ajuda per al teu problema dins del tractament?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

4. Quin nivell de comoditat has sentit en compartir les teves experiències?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

5. En general, com de satisfeta estàs amb la sessió realitzada?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

6. Com d'important ha estat per a tu que el grup estigués conformat només per dones?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

7. Què t'ha semblat la duració de la sessió?

Massa curta	Adequada	Massa llarga
-------------	----------	--------------

8. Creus que és necessari aquest tipus de sessió dins d'un programa de tractament de gènere mixt com aquest?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

9. Què és el que més t'ha agradat de la sessió?

10. Què és el que menys t'ha agradat i què canviaries de la sessió?

ANNEX 2*Valoració global*

1. Com d'adequats i importants t'han semblat els temes tractats a les sessions?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

2. Com d'útils t'han semblat aquestes sessions per la teva recuperació?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

3. Creus que aquests grups de suport pot servir-te d'ajuda per al teu problema dins del tractament?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

4. Quin nivell de comoditat has sentit en compartir les teves experiències?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

5. En general, com de satisfeta estàs amb les sessions realitzades?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

6. Com d'important ha estat per a tu que el grup estigués conformat només per dones?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

7. Què t'ha semblat la duració de les sessions grupals?

Massa curta	Adequada	Massa llarga
-------------	----------	--------------

8. Què t'ha semblat la duració del grup (3 setmanes)?

Massa curta	Adequada	Massa llarga
-------------	----------	--------------

9. Creus que és necessari aquest tipus de grups dins d'un programa de tractament de gènere mixt com aquest?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

10. El fet de saber que hi havia programades aquestes tres sessions, una cada setmana, t'ha ajudat a motivar-te en el procés i acudir al centre cada setmana?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

11. Sents que la relació i confiança ha augmentat entre les companyes amb les que has compartit aquests espais un cop acabades les sessions?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

12. Si haguessin sabut que hi hauria un espai de suport com aquest al servei que ofereix el centre de dia, t'hagués ajudat a prendre la decisió de començar aquest procés?

Gens	Poc	Moderat	Molt
------	-----	---------	------

Per què?

13. Què és el que més t'ha agradat de les sessions en general?

14. Què és el que menys t'ha agradat i què canviaries de les sessions en general?

ANNEX 3

Sala de Projecte Home Montgat utilitzada per la intervenció



ANNEX 4*Resultats percentuals de la valoració de la primera sessió*

Variable	Valoració			
	Gens	Poc	Moderat	Molt
Importància i adequació de la sessió				100%
Utilitat per a la recuperació			33,4%	66,6%
Comoditat				100%
Satisfacció				100%
Valor de l'exclusivitat de gènere				100%
Necessitat de la sessió en un programa mixt				100%
Duració de la sessió	Massa curta	Adequada		Massa llarga
		100%		
El que més ha agradat	Comoditat	Llibertat d'expressió	Grup reduït	Grup només de dones
	66,6%	66,6%	33,3%	33,3%
El que menys ha agradat		Res		
		100%		
Que canviarien	Participació de més dones	Tractar més temes en profunditat		Res
	33,3%	33,3%		33,3%

Nota. El percentatge es calcula a partir de les 3 pacients participants en la sessió.

Resultats percentuals de la valoració de la segona sessió

Variable	Valoració			
	Gens	Poc	Moderat	Molt
Importància i adequació de la sessió				100%
Utilitat per a la recuperació				100%
Comoditat				100%
Satisfacció			33,3%	66,6%
Valor de l'exclusivitat de gènere				100%
Necessitat de la sessió en un programa mixt				100%
Duració de la sessió	Massa curta	Adequada		Massa llarga
		100%		
El que més ha agradat	Llibertat d'expressió	Compartir amb les iguals	Els temes tractats	No sentir-se jutjada
	66,6%	33,3%	33,3%	33,3%
El que menys ha agradat		Res		
		100%		
Que canviarien	Que hi hagi més sessions	Grup permanent	Tractar més temes	Res
	66,6%	33,3%	33,3%	33,3%

Nota. El percentatge es calcula a partir de les 3 pacients participants en la sessió.

Resultats percentuals de la valoració de la tercera sessió

Variable	Valoració			
	Gens	Poc	Moderat	Molt
Importància i adequació de la sessió				100%
Utilitat per a la recuperació				100%
Comoditat				100%
Satisfacció				100%
Valor de l'exclusivitat de gènere				100%
Necessitat de la sessió en un programa mixt				100%
Duració de la sessió	Massa curta	Adequada		Massa llarga
	100%			
El que més ha agradat	Sinceritat	Llibertat d'expressió	Els temes tractats	La comprensió
	100%	50%	50%	50%
El que menys ha agradat	Que sigui l'última sessió			Res
	50%			50%
Que canviarien	Que hi hagi més sessions		Participació de més dones	
	100%		50%	

Nota. El percentatge es calcula a partir de les 2 pacients participants en la sessió.