

Trabajo Fin de Grado

Análisis de la realidad de las mujeres gitanas con problemas de adicción y el papel del voluntariado

Autor/es

Aranda Pérez, Almudena

Director/es

Redondo Sama, Gisela

Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo.
2018/2019

RESUMEN:

El propósito de este trabajo es investigar y analizar la realidad social que viven las mujeres gitanas con problemas de adicción, si son discriminadas en su comunidad, su familia y en la sociedad en general. La motivación para abordar esta temática surge de la observación que realicé en mi periodo de prácticas, debido a que había muy pocas mujeres en el centro de prácticas, y menos del pueblo gitano. Para el desarrollo del trabajo, en primer lugar, se realiza una revisión de literatura científica que muestra la escasa investigación existente acerca de la problemática de las mujeres gitanas y las adicciones. A continuación, se incorpora el análisis del papel del voluntariado en la atención a personas con adicciones (con especial atención a personas gitanas), a través de las voces de voluntarios y profesionales de este ámbito, proponiendo formas de actuación. El análisis se ha desarrollado a través de técnicas cualitativas, concretamente entrevistas y notas de campo mediante la observación participante. Finalmente, se abordan posibles aportaciones desde el Trabajo Social para contribuir a superar las problemáticas de las mujeres gitanas con adicción.

PALABRAS CLAVE: mujer gitana, discriminación, drogas, adicción, voluntariado.

ABSTRACT

The purpose of this work is to investigate and analyze the social reality experienced by Roma women with addiction problems, if they are discriminated in their community, their families and in society in general. The motivation to approach this topic arises from the observation I made during my internship period, due to the fact that there were very few women in the internship center, and least of all the Roma people. For the development of the work, in the first place, a review of scientific literature is conducted showing the limited research that exists about the problem of Roma women and addictions. Then, the analysis of the role of volunteering in the care of people with addictions (with special attention to Roma) is incorporated, through the voices of volunteers and professionals in this field, proposing ways of action. The analysis has been developed through qualitative techniques, specifically interviews and field notes through participant observation. Finally, possible contributions from Social Work are addressed to contribute overcome the problems of Roma women with addiction.

KEY WORDS: Roma women, discrimination, drugs, addiction, volunteering.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1 Cultura gitana	8
3.2 Ámbitos discriminatorios.....	8
3.2.1 Empleo.....	9
3.2.2 Educación:	10
3.2.3 Vivienda:.....	11
3.2.4 Salud:	12
3.3 Triple discriminación de las mujeres.	13
3.3.1 Por ser mujer:	13
3.3.2 Por ser gitana:.....	13
3.3.3 Por ser mujer sin formación:	14
3.4 Movimiento de las mujeres gitanas	14
3.5 Mujer gitana y adicciones.....	16
3.6 Voluntariado en el ámbito de las adicciones.....	17
4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.	18
5. ENFOQUE METODOLÓGICO: INSTRUMENTOS, MUESTRA DEL ESTUDIO.....	19
5.1 Introducción metodología.	19
5.2 Estudio de caso.....	20
5.3 Observación participante y notas de campo.....	25
5.4 Voluntariado y perfiles voluntarios.	27
5.5 Dimensión ética.	28
6. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS.	29
7. CONCLUSIONES.....	33
8. REFERENCIAS.	36
9. ANEXOS.....	38
ANEXO 1. Entrevista Voluntaria 1.....	38
ANEXO 2. Entrevista Voluntaria 2.....	42
ANEXO 3. Entrevista Directora Provincial de voluntariado CRZ.....	45
ANEXO 4. Entrevista Trabajadora Social UASA.....	49

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Palabras clave para búsqueda de material bibliográfico.....	19
Tabla 2. Voluntarios proyecto Promotor de salud.....	21
Tabla 3. Voluntarios proyecto jóvenes promotores.....	21
Tabla 4. Distribución por sexo.....	22
Tabla 5. Distribución por edades.....	22
Tabla 6. Sustancia principal de consumo.....	23
Tabla 7. Estado civil.....	23
Tabla 8. Convivencia.....	24
Tabla 9. Situación laboral.....	24
Tabla 10. Situación laboral.....	24
Tabla 11. Cuadro resumen del perfil de los casos descritos.....	25
Tabla 12. Perfil de voluntarios de Cruz Roja.....	27
Tabla 13. Perfil voluntarios entrevistados.....	27
Tabla 14. Perfil profesionales entrevistados.....	28

1. INTRODUCCIÓN

La Unión Europea reconoce que la población gitana es uno de los grupos sociales más marginados: “que enfrenta graves problemas sociales relacionados con los bajos niveles de educación, alto desempleo, vivienda inadecuada, salud deficiente y la amplia discriminación”. (Flecha, 2013, p.3). Amador y Macías han analizado y sistematizado la realidad de la población gitana tal y como se resume a continuación:

Así pues, la comunidad gitana ha sido identificada como el colectivo más marginado en Europa, constituyen evidencias de esta realidad: una esperanza de vida inferior al promedio, la existencia de numerosas barreras en el acceso al sistema, sanitario, a la educación y al mercado laboral (Parekh & Rose, 2011). En este sentido, las investigaciones señalan que se trata de uno de los grupos con mayor riesgo a sufrir pobreza (Sordé, Fleca & Mircea, 2013). (Amador, 2017, p.36).

El Pueblo Gitano es el grupo social más rechazado y excluido tanto en Europa como en España. Así lo demuestra la tasa de pobreza severa de la población gitana española, que es casi 6 veces mayor que la del resto de población; o el acceso a los estudios posobligatorios, ya que únicamente en 2% de comunidad gitana española ha conseguido finalizar estudios universitarios, mientras que casi un 35% del resto de la población posee estudios superiores. (Macías, 2017, p.15).

El pueblo gitano llegó a España a mediados del siglo XV, el origen de estos es de la India. Como recoge la Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020, el pueblo gitano está distribuido por todo el territorio Español, y en los últimos años ha aumentado el número de población gitana con la llegada de personas procedentes de Rumania y Bulgaria, siendo más presentes en Andalucía, aunque en otras comunidades autónomas también encontramos la presencia de esta población. Se han realizado estudios por parte del Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011) y del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2016), en los que podemos constatar que las comunidades autónomas con una presencia más significativa de población gitana son Andalucía (350.000), Cataluña 65000, Madrid 60.000 y Valencia 50.000. (Macías, 2017, p. 25).

En base a las aportaciones de Parada (1997), desde la llegada de la población gitana a diferentes países europeos esta comunidad ha ido recibiendo un rechazo social por sus formas de vivir. Mantienen desde hace siglos tradiciones y una cultura que es diferente a la cultura mayoritaria y Amador recoge que: “Sordé, Flecha & Mircea, (2013) afirman que pesar de llevar siglos instalados en el viejo continente, a menudo se les considera extranjeros siendo el colectivo más discriminado en Europa.” (2017, p.11).

La Fundación Secretariado Gitano (s.f) en España, considera esta comunidad como la principal minoría étnica, son un pueblo muy poco conocido por parte de la sociedad mayoritaria e incluso están muy marginados y rechazados socialmente. La invisibilidad se debe a los prejuicios y estereotipos, muchos de ellos originados por el desconocimiento que tenemos acerca de la cultura gitana, siendo así condicionado nuestro comportamiento.

Esta imagen negativa y estereotipada es uno de los principales obstáculos que impiden el pleno ejercicio de la ciudadanía de las gitanas y los gitanos, cosa que no debería de suceder ya que como se recoge en el Art. 9 de la Constitución Española 1978:

Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. (C.E, 1978).

Si ya encontramos discriminación hacia el pueblo gitano en general en la sociedad, más presente está en las mujeres, siendo un colectivo mucho más vulnerable debido a que están discriminadas por ser mujer, por ser gitana y por no tener titulaciones académicas como afirma Pérez (2008) en su artículo "Mujeres Gitana. De la exclusión a la esperanza". Estas luchan hoy en día para superar su triple exclusión: "Las mujeres gitanas se ven sometidas a una triple discriminación según las variables étnica, social y de género. Es un colectivo particularmente vulnerable y tradicionalmente ha sido objeto de exclusión y discriminación." (Pérez, 2008, p.1). El mismo autor menciona que:

La mujer gitana sufre, en general, una triple discriminación: por el hecho de ser mujer, por pertenecer a una minoría étnica subordinada y por carecer de formación básica necesaria para acceder al mundo del trabajo y a otros ámbitos de participación social y ciudadana. (Pérez, 2008, p.4).

El pueblo gitano tiene unos rasgos culturales que los identifica, es por eso por lo que surge la necesidad de investigar acerca de cómo están integrados o son tratadas las personas que tienen adicción a determinadas sustancias, y si tanto hombres como mujeres son tratados de la misma manera.

Según la *World Health Organization* (1994) el término **adicción** hace referencia un consumo repetido de una o de varias sustancias. La persona que consume lo hace periódicamente o de una forma continuada, mostrando un deseo compulsivo por consumir. Tiene dificultades para interrumpir de manera voluntaria o modificar el consumo de sustancias e intenta conseguirlas de cualquier forma. La vida de una persona adicta llega a estar dominada por el consumo de sustancias, llegando incluso a excluir todas las demás actividades y responsabilidades de su vida. Para algunos profesionales "es considerado como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable" (*World Health Organization*, 1994, p.13). Es un término ampliamente utilizado en la literatura científica, dentro de los ámbitos del trabajo social, salud pública o neurociencia, entre otras.

En este trabajo pretendo conocer más de cerca la cultura del pueblo gitano e investigar la realidad de las mujeres gitanas con adicciones, ya que si las mujeres gitanas sufren una triple discriminación, unido al consumo de sustancias adictivas, esta discriminación puede hacerse más latente en la sociedad.

Tras lo explicado anteriormente y como futura profesional de lo social, considero interesante realizar una investigación sobre la realidad de las mujeres gitanas con problemas de adicción, ya que es un tema del que la literatura científica muestra que se ha investigado limitadamente. Pienso que desde el Trabajo Social se puede dar respuesta a este colectivo vulnerable.

La idea, inquietud de investigar acerca de este tema surge a través de la realización de mis prácticas de Trabajo Social en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones de Cruz Roja (UASA), donde observé que el número de mujeres pertenecientes al pueblo gitano que iban al centro era menor que el de mujeres payas, y también muy inferior a los hombres que solicitaban tratamiento. Por lo que consideré necesario

profundizar en la investigación acerca del pueblo gitano con problemas de adicción desde una perspectiva de género femenino.

El Trabajo de Fin de Grado corresponde a la asignatura obligatoria de 10 créditos ofertada en el cuarto curso de carrera en el Plan de Estudios del Grado de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza.

El propósito de este trabajo es investigar y analizar la realidad social que viven las mujeres gitanas con problemas de adicción, si estas están discriminadas dentro de su comunidad, su familia y en la sociedad en general. En este análisis, se incorpora el papel del voluntariado. Se trata de un trabajo que utiliza técnicas de investigación cualitativa (entrevistas y las notas de campo mediante la observación participante en mi periodo de prácticas). Además, se abordan posibles aportaciones desde el Trabajo Social para ayudar a superar las problemáticas de estas mujeres.

2. OBJETIVOS

Este trabajo tiene un objetivo general y cinco objetivos específicos. El **objetivo principal** de este trabajo es investigar y analizar la realidad social que viven las mujeres gitanas con problemas de adicción, si están discriminadas dentro de su comunidad, su familia y en la sociedad en general. En este análisis, se incorpora el papel del voluntariado. Los **objetivos específicos** que planteo conseguir en el desarrollo mi trabajo de fin de grado son los siguientes:

1. Identificar y describir las principales aportaciones teóricas y empíricas que se han realizado sobre la temática.
2. Analizar la discriminación que sufren las mujeres gitanas en nuestra sociedad y en su cultura.
3. Hacer una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas con adicción.
4. Analizar el papel del voluntariado en la atención a personas con adicciones (con especial atención a personas gitanas) desde el punto de vista del voluntario y de profesionales.
5. Hacer una aproximación al impacto del voluntariado en el Trabajo Social, concretamente en el ámbito de las adicciones.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Cultura gitana

Según Montañes (2011) la cultura gitana puede definirse como el conjunto de acciones, valores, costumbres, pensamientos, formas de ver la vida etc., interpretados, por los gitanos y adaptados a su forma de ser. Según la Fundación Secretariado Gitano (2012) la cultura hace referencia a los valores que comparten los miembros de un mismo grupo, las normas que siguen y los bienes materiales que producen. Esto no es algo homogéneo ni estático, sino que la cultura es dinámica y cambiante y es transmitida oralmente de generación en generación. La comunidad gitana comprende una serie de normas, tradiciones que reconocen como propias y un sentido de identidad común: “Sordé (2006) señala que el pueblo gitano se caracteriza por otorgar un gran valor a la palabra y por la apuesta por el dialogo como instrumento principal para lograr acuerdos y resolver conflictos.” (Amador, 2017, p.21).

Hay que tener en cuenta que la cultura gitana continúa siendo la gran olvidada. La imagen que la sociedad tiene de una persona gitana es de una persona perezosa, dejada y que no respeta las normas de convivencia. El pueblo gitano se enfrenta a la etiqueta de ser una cultura machista que somete a las mujeres al poder arbitrario de los hombres y que carece de interés por la educación de sus hijos.

Con respecto a los valores y rasgos identitarios comunes del Pueblo Gitano (Flecha, 2001-2004; Fraser, 1992; Garcia – Espinel, 2016; Hancock, 2004; Leblon 1987; Rodríguez López-Ros, 2011), Macías destaca:

- La familia, que debe entenderse como uno de los ejes fundamentales sobre el que se desarrolla la mayor parte de valores del pueblo gitano.
 - La conciencia de un origen común entre las personas gitanas (aunque muchas personas, desconozcan su origen real).
 - El respeto hacia la familia y la comunidad (y hacia otras personas no gitanas. Especialmente a persona mayores).
 - La solidaridad, hospitalidad, ayuda y apoyo entre personas gitanas.
 - La libertad.
 - El orgullo de ser gitanas y gitanos.
 - La palabra, ya que producto de la exclusión social y educativa, el Pueblo Gitano ha sido la mayor parte de su historia una cultura ágrafa, por lo que la palabra entre personas gitanas adquiere el mismo valor que tendrían en otros grupos sociales o sociedades un acuerdo escrito y firmado.
 - El respeto hacia la sabiduría y el hacer de las personas mayores, también llamados “gitanas de respeto” o “gitanos de respeto” o “tías” y “tíos”.
- (Macías, 2017, p.28).

3.2 Ámbitos discriminatorios

Tras realizar una búsqueda y lectura de diferentes artículos se identifica que en la actualidad se pueden encontrar diferentes ámbitos en los que la población gitana sufre discriminación debido a que son el grupo cultural más rechazado en nuestra sociedad: “La comunidad gitana se enfrenta a una discriminación específica por su origen étnico en todos los ámbitos sociales.” (Macías, 2017, p.11).

Para La Parra, Gil y Jiménez (2013) existen diferentes factores que impulsan los procesos de exclusión social, la invisibilidad y la falta de reconocimiento de los derechos sociales y culturales de las minorías. No aparecen mencionados en los discursos políticos, en el currículum escolar, en la formación de los profesionales socio sanitario. Muchas veces las menciones a esta comunidad tienen un carácter discriminatorio y cargado de prejuicios.

3.2.1 Empleo

Respecto a este ámbito según, la Fundación Secretariado Gitano (2012), indica que las tasas de desempleo y de empleo sumergido de la población gitana son muy superiores a las del resto de la población. La tasa de paro del Pueblo gitano en España en 2013 según lo recogido por Macías era del 56.7%. (2017) y Amador recoge que: “A nivel nacional, en 2011 el 36.4% de la población gitana estaba desempleada, mientras que solo el 20.9% de la sociedad mayoritaria se encontraba en la misma situación (Fundación Secretariado Gitano, 2012: 44).” (2017, p.44).

Existen casos en los que no se contrata a una persona para un puesto de trabajo por el hecho de ser gitana. Los prejuicios y estereotipos que se tiene sobre los gitanos supone una barrera se intensifican por la falta de formación y titulación académica. Algunos de los trabajos que realizan son en economía informal, dedicándose a la venta ambulante, recogida de residuos urbanos, trabajos temporales agrícolas, domésticos etc., esto les lleva a una situación de precariedad laboral y de exclusión.

A continuación, se recogen algunas aportaciones y citas textuales relevantes sobre empleo y pueblo gitano:

Investigaciones y estudios previos (EU-FRA, 2014b; Flecha, 2001-2004) ya habían corroborado dicha situación de desigualdad en el ámbito laboral, destacando que tanto la falta de formación académica, como la persistencia de prejuicios y estereotipos hacia el Pueblo Gitano durante la búsqueda de empleo, e incluso durante el desarrollo de la actividad laboral, son factores determinantes para explicar esta situación de exclusión del mercado de trabajo. (Macías, 2017, p.34).

El Informe “Población Gitana y Empleo: un estudio comparado” de la Fundación Secretariado Gitano (2012) demuestra que desde el punto de vista de la ocupación, la inserción laboral de la comunidad gitana se centra en empleo más precarios y de menor exigencia formativa, ya que el 46.3% de las personas gitanas están ocupadas como vendedoras en mercadillos. (Macías, 2017, p.34).

O’Higgins (2015) argumentó que en las investigaciones identifican una importante desigualdad laboral que coloca a la comunidad gitana en una situación de mayor vulnerabilidad. En este sentido el pueblo gitano registra en Europa una tasa de desempleo que está muy por encima de la media, además opta a salarios inferiores. (Amador, 2017, p.43).

Kosko (2012) identifica supuestos en que las personas gitanas a pesar de ostentar el mismo nivel de formación que otras personas no gitanas registran una tasa de desempleo superior seguida de una sobrerrepresentación en empleo de baja cualificación con salarios precarios. (Amador, 2017, p.43).

3.2.2 Educación

El pueblo gitano es uno de los grupos sociales con menor nivel educativo, gran parte de la población los considera analfabetos. Según Fundación Secretariado Gitano (2012) la gran mayoría de los niños están escolarizados, aunque en el paso de primaria a secundaria muchos alumnos abandonan los estudios, es decir, existe una tasa elevada de abandono escolar en la secundaria obligatoria de esta población. El número de personas del pueblo gitano en las escuelas empieza a ser menor en los grados formativos.

Los niños y las niñas gitanos suelen abandonar, a una edad muy temprana la escuela para incorporarse al mercado de trabajo, ellos para hacerlo de manera remunerada y ellas para dedicarse a la familia, cuidado de hijos o personas mayores, hogar etc.: “Felcha (2013) señaló que en Europa el 44% de las personas gitanas no ha completado los estudios primarios y solo el 24% ha cursado la educación secundaria.” (Amador, 2017, p.40).

Siguiendo con la Fundación Secretariado Gitano (2012) muchas de las familias quieren que sus hijas estudien pero por determinados factores como la escasez de medios económicos, discriminación etc., esto no se lleva a cabo. Hay que destacar que el abandono de las chicas es menor que el de los chicos. Gran cantidad de mujeres consideran la educación como un elemento muy importante y clave para superar las desigualdades sociales que existen y reclaman una educación integradora, que puedan acceder a todos los niveles del sistema educativo.

Según Arriaga, Gómez y Elboj (2004), en el entorno educativo podemos encontrar discriminación debido a las leyes de nuestro país. Con la LOGSE en el año 1990 se aludía a la atención a la diversidad y respeto a las diferencias para legitimar e institucionalizar prácticas segregadoras, como separar a los alumnos por niveles en diferentes aulas o en aulas externas para los que no se adaptan a la escuela.

La LOCE 2003, también está orientada en el mismo sentido, esto lo que se hace es crear desigualdades, ya que las personas gitanas encuentran dificultades para acceder a una educación de calidad, se las separa en grupos de más bajo nivel y con menos expectativas. No se da la oportunidad de que estos tengan la misma educación que los demás, sino que lo que se hace es aumentar las dificultades para acceder a una educación de calidad.

Se achaca que los malos resultados de los gitanos son porque no quieren estudiar, que no tienen interés por la educación, pero la realidad es que la falta de interés no es hacia la educación sino hacia el sistema que existe, discriminatorio, que en algunos casos ignora y menosprecia la cultura gitana. Y hace que sea más complicado para ellos adquirir habilidades y herramientas para lograr un empleo y superar la desigualdad existente. Como recoge Amador:

Macías y Redondo, (2012) afirman que el alumnado gitano enfrenta serias barreras socioeconómicas que obstaculizan su acceso a la educación. Las investigaciones advierten que todavía hay personas gitanas que permanecen al margen del sistema educativo y un elevado porcentaje que no asiste a clase con elevada regularidad. (Amador, 2017, p.40).

Como afirman Ayuste y Paya (2004), hay que asegurar el derecho a todos los niños a la educación, una que contribuya a superar las barreras y evitar aquellos factores excluyentes que hacen que los gitanos queden

excluidos/fuera del sistema. Deben eliminarse los tratos diferenciados que se dan de los profesores hacia los alumnos y debería incorporarse la historia de pueblo gitano al curriculum, al igual que los profesores deberían tener mayor conocimiento acerca de esta cultura para evitar así las situaciones de discriminación, ya que el profesorado apenas conoce ni explica nada acerca de su cultura. Se está produciendo un cambio ya que como dice Macías:

Se están dando avances en la escolarización de los niños gitanos en la educación infantil y primaria, las tasas de escolarización han aumentado significativamente. Fundación secretariado gitano (2010) indicó que las tasas de escolarización en educación infantil son más bajas que la media de la población, pero según datos de algunos estudios, han aumentado significativamente en los últimos años, de hecho entre 1994 y 2010 el 87% de niñas y niños gitanos han asistido a educación infantil. (Macías, 2017, p.38).

Por último: “6 de cada 10 personas gitanas mayores de 16 años son analfabetas. Tan sólo un 10% logra completar estudios secundarios o superiores.” (Fundación Secretariado Gitano, s.f)

3.2.3 Vivienda

Macías (2017) en su tesis argumenta que en este ámbito hay que tener en cuenta tres cuestiones: la segregación residencial, las dificultades en el acceso a la vivienda, y los problemas de habitabilidad. Amador (2017), no solo señala lo mismo que Macías, sino que argumenta que hay investigaciones científicas que identifican serias dificultades en el acceso de personas gitanas a la vivienda, y la precariedad de las viviendas a las que acceden muchas familias ya que estas no cumplen con las mínimas condiciones de habitabilidad. Destacar que: “algunas personas gitanas encuentran dificultades para que les alquilen una vivienda, por prejuicios basados en su etnia; también a veces se producen problemas de convivencia entre personas gitanas y no gitanas.” (Fundación Secretariado Gitano, 2012, p.16)

El pueblo gitano puede ser reconocido como: “minoría étnica con más dificultades en el acceso a la vivienda.” (Amador, 2017, p.45). Respecto a este ámbito destacar: “En relación a la segregación residencial, si bien es cierto que el chabolismo entre la comunidad gitana persiste, este únicamente afecta al 3.9%.” (Macías, 2017, p.36).

A continuación, se recogen algunas aportaciones y citas textuales relevantes sobre vivienda y pueblo gitano:

Las dificultades en el acceso a la vivienda, que a pesar de ser una realidad común en el conjunto de la población, se agrava especialmente en el caso de la población gitana por dos cuestiones (Daminti & Arza, 2014; Ministerio de Sanidad Políticas Social e Igualdad, 2001). Por una parte, los requisitos para acceder a viviendas de protección oficial, o a otro tipo de ayudas, suponen un especial obstáculo para las personas gitanas por no tener un trabajo formal, capacidad previa de ahorro y endeudamiento para poder acceder al crédito hipotecario, entre otros. Por otra parte, el acceso al mercado libre de la vivienda se ve especialmente dificultado por las situaciones de discriminación que padece la comunidad gitana. (Macías, 2017, p.36).

El estudio de *European Union for Fundamental Rights Agency* (2014) identifica una importante desigualdad en esta área y señala que el 42% de las familias gitanas se encuentran en una situación

de pobreza extrema, sin agua corriente y/o electricidad, mientras que entre las familias no gitanas solo el 12% comparte esta realidad. (Amador, 2017, p.45).

3.2.4 Salud

Haciendo referencia a la Fundación Secretariado Gitano (s.f) los problemas de salud y atención sanitaria están directamente relacionados con las carencias en vivienda, educación, ingresos, etc. y son factores esenciales que determinan el grado de bienestar de una población en un entorno determinado. Por tanto, los grupos socioeconómicos más desfavorecidos presentan las tasas de salud más deficitaria.

Los gitanos, como consecuencia de su situación de desigualdad unida a que son una minoría estereotipada socialmente, presentan una situación sanitaria con más carencias que el resto de los miembros de la sociedad mayoritaria. Los procesos de exclusión y marginación social limitan la utilización o el acceso a los servicios sanitarios. Como por ejemplo recoge Amador:

Carrasco-garrido, López de Andrés, Hernández, Jiménez & Jiménez, (2011) afirman que para entender el porqué del estado de salud del pueblo gitano, y de las mujeres en concreto, no podemos perder de vista otras variables como el nivel de formación, la calidad del empleo y las condiciones de las viviendas a las que tienen acceso. La suma de estas variables tiene una influencia palpable en la salud de las personas. (Amador, 2017, p.37).

Siguiendo a Fundación Secretariado Gitano (s.f) también, hay que tener en cuenta la percepción que la población gitana tiene acerca de la salud, ya que estos no la perciben como una prioridad. Las decisiones que los individuos adoptan en relación con la salud están condicionadas por la familia, muchas de las enfermedades son tratadas por la familia y la salud de la mujer suele quedar en un segundo plano ya que ellas realizan la función de cuidadoras. En muchos casos hacen un uso inadecuado de los servicios ya que utilizan en exceso los servicios de urgencia y de manera escasa los de ambulancias y los de atención primaria.

Como en el sistema educativo, los profesionales del sistema sanitario desconocen en muchos casos las características y la cultura gitana. Se pueden dar muchas barreras de comunicación entre los profesionales y pacientes, como por ejemplo, con la barrera del lenguaje, con las palabras empleadas. La comunidad gitana valora la atención según la empatía del profesional, el tiempo etc.

Algunos de los rasgos culturales más característicos de los gitanos en relación a la enfermedad y la salud son según Fundación Secretariado Gitano (s.f):

- Ante una enfermedad se unen todos los miembros para acompañar a los enfermos y afectados.
- La figura de los difuntos es tratada con gran respeto por los gitanos y gitanas que están vivos.
- El papel de la mujer, estas son quienes sintetizan los saberes y tratamientos relacionados con las enfermedades y dolencias.

(Fundación Secretariado Gitano, s.f)

Hay datos que muestran según FSG (2013) problemas asociados a los embarazos precoces y tardíos, menores hábitos de prevención ginecológica, solamente un 60% de las mujeres gitanas europeas visita al ginecólogo en los embarazos.

3.3 Triple discriminación de las mujeres

Como argumento anteriormente, citando a Perez (2008), la mujer gitana sufre una triple discriminación en nuestra sociedad, debido a la exclusión que sufren y por su situación de especial vulnerabilidad.

Sufren la discriminación en tres variables como son: la social, de género y étnica. Es decir, por el hecho de ser mujer, por pertenecer a una minoría étnica que está subordinada y por carecer de formación para acceder al mundo laboral y a otros ámbitos de participación social. Como argumentan Domínguez, Flecha y Fernández:

La condición de género les lleva a una situación de desigualdad respecto a los hombres dentro y fuera de su comunidad, añadir también el origen étnico, ya que en las gitanas se añaden diferentes factores o niveles de discriminación, como el bajo nivel de formación académica. (Domínguez, Flecha y Fernández, 2004, p.83).

3.3.1 Por ser mujer

En la sociedad actual existen diferentes roles, y estos están asignados en función de cada sexo ya que determinados culturalmente. Siguiendo a Domínguez, Flecha y Fernández (2004) la desigualdad se refleja en diferentes ámbitos de la sociedad, aunque es el mercado de trabajo donde más visible está la discriminación. Las mujeres reciben un menor salario que los hombres por realizar el mismo trabajo, y ocupan cargos o puestos con menores responsabilidades o cualificaciones.

El cuidado de los hijos recae en la mayoría de los casos en la mujer, afectando así a la conciliación laboral, en la cultura gitana se tiene una idea de la maternidad como un valor en sí mismo. Como recoge Amador en su tesis (2017), en España el 40% de las mujeres gitanas se dedican al cuidado de hogar.

3.3.2 Por ser gitana

Para Domínguez, Flecha y Fernández (2004) si en general el pueblo gitano es víctima de discriminación e invisibilización, en las mujeres gitanas esto aumenta. Las mujeres son el grupo social que más se debilita ante las tensiones y transformaciones sociales por lo que el riesgo de sufrir pobreza, analfabetismo, racismo, etc. que afecta frecuentemente a la comunidad gitana es mayor entre sus mujeres, porque se sitúan en una posición de clara desventaja. También influye la imagen estereotipada que se tiene de estas en nuestra sociedad, ya que una de las concepciones que tenemos en nuestra cultura hegemónica es que la mujer está subordinada al hombre, la importancia de la virginidad de estas y el matrimonio.

Como se advierte en el estudio *Discrimination against and living conditions of Roma women in 11 EU Member States* realizado por la *European Union for Fundamental Rights Agency* citado por Amador:

En Europa el promedio de mujeres gitanas con un trabajo remunerado es del 21% mientras que el caso de los hombres gitanos la cifra aumenta al 35%. En el terreno laboral, la disparidad entre hombres y mujeres es mayor en el caso del pueblo gitano, puesto que son más las mujeres gitanas que se dedican en exclusiva a las tareas domésticas. (Proteasa, 2013) (Amador, 2017, p.44).

3.3.3 Por ser mujer sin formación

Domínguez, Flecha y Fernández (2004) refieren que la comunidad gitana tradicionalmente no ha accedido de forma mayoritaria al sistema educativo. Esto se ha convertido en uno de los temas centrales en la comunidad gitana dado que es una vía de promoción económica y una forma de salir de la exclusión social.

Las mujeres gitanas reivindican su derecho a una educación de calidad que les permita acceder a titulaciones superiores y competir en el mercado laboral con otras mujeres en las mismas condiciones de igualdad: “Las mujeres gitanas están luchando activamente por su derecho a una formación de calidad que les permita superar esta discriminación.” (Domínguez, Flecha y Fernández, 2004, p.83). Otras de las aportaciones a destacar sobre esta discriminación son las siguientes:

Las mujeres gitanas perciben la educación como una oportunidad para superar la exclusión económica y social que sufre el pueblo gitano, especialmente las mujeres. En este sentido, la educación es para la comunidad gitana la puerta a otros derechos básicos como el acceso al mercado de trabajo y a unas condiciones de vida digna. (Ayuste y Paya, 2004, p.112).

En un estudio comparativo desarrollado en 2011 por Carraco-Garrido, López de Andrés, Hernández, Jiménez y Jiménez se observa una importante brecha educativa y laboral. Así pues, mientras que el 66.06% de las mujeres encuestadas no gitanas afirmaba tener estudios superiores, solo el 3.93% de las mujeres gitanas se hallaban en la misma situación. Por otro lado, mientras el 71.91% de las mujeres gitanas aseguraba no haber tenido acceso a la educación formal solo el 6.41% de las mujeres no gitanas afirmaba lo mismo. (Amador, 2017, p.38).

3.4 Movimiento de las mujeres gitanas

Según Domínguez, Flecha y Fernández (2004), la mujer gitana se ha convertido en un sujeto activo, un agente social y educativo de su comunidad, un motor de cambio y transformación: “Las mujeres gitanas se están organizando para reivindicar su reconocimiento como pueblo y como mujeres y, por tanto, como agente social con necesidades específicas. Este asociacionismo está permitiendo transformar múltiples situaciones de exclusión social.” (Domínguez, Flecha y Fernández, 2004, p.88). “El asociacionismo gitano es una de las claves para promocionar la cultura gitana y favorecer su inclusión laboral y social.” (Arriaga, Gómez y Elboj, 2004, p.75).

Este movimiento se está viendo reflejado, como recogen diversos autores, en:

Las personas gitanas están demandando la construcción de unas normas que tengan en cuenta las diferencias culturales y que permitan vivir de forma igualitaria. Que se produzca un reconocimiento institucional del pueblo gitano, mediante la aprobación de medidas concretas y efectivas para la lucha contra la discriminación y por la inclusión de sus voces en su elaboración. (Arriaga, Gómez y Elboj, 2004, p.72).

Reconocer al pueblo gitano y a su cultura en el ámbito institucional, así como potenciar y establecer el diálogo entre instituciones, administraciones, asociaciones y personas gitanas son formas efectivas y posibles para la superación de la situación de marginalidad en la que se encuentra este pueblo y para lograr una sociedad más justa, igualitaria y cohesionada. (Arriaga, Gómez y Elboj, 2004, p.72).

Mayoría de asociaciones de mujeres gitanas incorporan entre sus principales objetivos la igualdad de la mujer gitana tanto dentro de su comunidad como en la sociedad mayoritaria. Con ello se quiere favorecer el acceso en condiciones dignas a todos los ámbitos de la sociedad (mercado de trabajo, política, educación, sociedad civil, etc.). Se ha de destacar la actual apuesta que dirigen las mujeres gitanas es hacia la educación como modo de superar las desigualdades, dado que la actual Sociedad del Conocimiento está valorando ampliamente las competencias académicas para insertarse en el mercado laboral. (Domínguez, Flecha y Fernández, 2004, p.89).

Se puede decir, que en los últimos años estamos asistiendo a una mayor presencia de las mujeres gitanas dentro de los distintos ámbitos de la vida pública española. Éstas quieren, desean y buscan participar de manera activa en la sociedad, de ahí que surjan iniciativas de asociarse, de mejorar su nivel de cualificación tanto personal como profesional, etc., todo ello sin abandonar sus valores culturales. (Asociación Secretariado General Gitano, 2001, p.14)

Las mujeres hacen su aportación sobre las transformaciones en la vida social a través de:

- Inserción laboral en nuevas ocupaciones: azafatas, peluqueras, jardineras...
- Acceso a la formación: cuidando de que sus hijas finalicen la formación básica y promoviendo que accedan a niveles más altos.
- Democratizando las relaciones: mediante la negociación de las decisiones en el entorno familiar, repensando los roles. Ahora se dialoga más que nunca en el mundo gitano.
- Participando socialmente: liderando proyectos, asociándose.
- Interrelacionándose con mujeres de otras culturas: tanto mayoritarias como minoritarias. (Esparcía, 2009, p.220).

Algunos de los ejemplos que se pueden encontrar en la sociedad sobre el asociacionismo de estas mujeres son como referente aquí en Aragón Pilar Clavería y una asociación de mujeres gitanas en Cataluña:

Siguiendo a Esparcía (2009) en 1990, una mujer gitana, Pilar Clavería, es elegida como presidenta de una asociación gitana compuesta tanto por hombres como por mujeres, Asociación Gitana de Zaragoza. Este hecho es significativo ya que puede considerarse como el inicio hacia la integración de las mujeres gitanas. La elección de pilar tuvo un gran significado ya que marca el inicio del camino hacia la integración de las mujeres gitanas en la sociedad.

En 1999, varias asociaciones de mujeres gitanas crearon una Federación Nacional: Kamira. Su única finalidad consistía en reivindicarse a sí mismas y para decirles a los hombres que quieren que sus hijas vayan a la escuela o a la universidad, y que desean que sus hijas puedan trabajar y mejorar sus condiciones de vida.

Según FAGA (s.f) Pilar Clavería es presidenta de la Federación de Asociaciones de Aragón desde 1993 hasta la fecha. También lo es de la Asociación de Mujeres Gitanas de Aragón "Romo Cali". En 1998 lidero el movimiento en lucha contra la erradicación del chabolismo y desaparición de la "Quinta Julieta".

Por último, de 1999 a 2005, fue presidenta de la Federación Nacional de Asociaciones de Mujeres Gitanas "Kamira", siendo en la actualidad la secretaria de esta asociación.

Otra de las asociaciones que destaco es la Asociación Gitana de Mujeres Drom Kotar Mestipen. Es una asociación sin ánimo de lucro que se creó en 1999 en Cataluña, con la idea de luchar por la igualdad y la no discriminación hacia las mujeres gitanas, promoviendo la participación de estas en diferentes espacios.

Según la Memoria de la Asociación de Mujeres Drom Kotar Mestipen (2017) esta se creó con el objetivo de superar la triple exclusión que sufre la mujer gitana, entendiendo la educación y el empoderamiento como herramientas claves para su superación. Esta está formada tanto por mujeres gitanas como por no gitanas, pero siendo las referentes mujeres gitanas que han conseguido alcanzar estudios superiores.

Estas mujeres se han enfrentado a muchas barreras y se han convertido en un ejemplo y apoyo para otras mujeres gitanas que tienen las mismas dificultades que ellas tuvieron y quieren continuar con su formación.

Por lo que se puede decir que: “Los principales avances sociales dentro de la cultura gitana, se están llevando a cabo por parte de las mujeres, consideradas como la pieza clave en la evolución positiva de este colectivo.” (Montañés, 2011, p.102). “En los últimos años, las mujeres gitanas han experimentado un gran avance en todas las áreas.” (Montañés, 2011, p.89).

3.5 Mujer gitana y adicciones

En relación a la mujer gitana y adicciones, destacar que se ha investigado muy poco acerca de mujeres gitanas con adicciones. Como afirma Amador (2017) existe una dificultad para acceder a datos sobre el estado de salud del pueblo gitano y esta dificultad aumenta cuando la búsqueda se concreta en mujer gitana, y resulta todavía más complicado hallar información en materia de salud. Amador y Fundación Secretariado Gitano han analizado, sistematizado y abordado el tema de las adicciones tal y como se resume a continuación:

Es importante tener en cuenta el papel de la religión en el pueblo gitano en relación al consumo de drogas. Por ejemplo, siguiendo a Amador: el pentecostalismo¹ conlleva la prohibición taxativa del consumo de alcohol y drogas (Maggio, 2016; Robbins, 2004; Vázquez, 2003; Hallum, 2003). El contexto de rechazo hacia el consumo de drogas dentro de la iglesia pentecostales previene a sus miembros de estas adicciones y fomenta el abandono entre los drogodependientes. (Maggio, 2016; Hallum, 2003). El rechazo hacia las drogas, contempladas como la semilla del Diablo, es un tema recurrente en las iglesias locales de esta denominación. Toda esta actividad de concienciación y educación contribuye por un lado, a la prevención y por otro a la superación de estas adicciones. (Cantón et al., 2004; Atasanov, 2008). (Amador, 2017, p. 56).

Cabe destacar que se han realizado estudios comparativos entre hombres y mujeres acerca del consumo de diferentes sustancias. El informe “*Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe*” es un análisis comparativo elaborado por la Fundación Secretariado Gitano (2009) sobre la salud de la población gitana en diferentes países como son Bulgaria, Grecia, Portugal, República Checa, Eslovaquia, Rumania y España. Los datos más relevantes en relación a la temática de este trabajo son los siguientes:

- El 44% de la población gitana (mayores de 15 años) fuma a diario. El 59% de los hombres gitanos, frente al 31% de las mujeres gitanas, son fumadoras habituales.

¹ Movimiento cristiano. El Pentecostalismo nace a principios del siglo XX como un movimiento renovador de la “regeneración espiritual”. Las investigaciones reconocen el Pentecostalismo como el movimiento religioso que está creciendo con mayor rapidez. *Información extraída de la Tesis de Amador (2017).*

- Las cifras también indican que la población gitana comienza a beber en una edad cada vez más joven. Una gran mayoría de la población gitana de Europa no consume alcohol y / o no tiene problemas relacionados con las drogas. Sin embargo, el 11% de los hogares tiene al menos un miembro con un problema de alcohol y / o drogas.
 - Los hogares más afectados por el abuso de alcohol y / o drogas son aquellos ubicados en barrios o áreas residenciales con malas condiciones de salud y / o arreglos de vivienda precaria. El 19% de las unidades familiares que viven en viviendas de calidad inferior tienen miembros sometidos a este tipo de problema.
 - Un mayor porcentaje de mujeres gitanas se abstiene de consumir alcohol y fuma menos en comparación con los hombres gitanos y con la población general.
 - Hay un porcentaje menor de mujeres gitanas que fuman regularmente en comparación con la población general. En promedio, las mujeres gitanas comienzan a fumar a los 16.7 años. Las mujeres gitanas consumen menos bebidas alcohólicas que las mujeres de la población general. Los hombres gitanos beben menos vino a diario que la población general y el consumo de cerveza y otras bebidas alcohólicas es similar.
- (Fundación Secretariado Gitano, 2009).

En cuando a hábitos no saludables destacan por un mayor porcentaje en el consumo de alcohol y una tasa inferior de actividad física. Hay constancia de que fuman menos, este dato obedece a razones étnicas puesto que existe un elevado rechazo hacia el tabaco entre las mujeres gitana. (Carrasco-Garrido, López de Andrés, Hernández, Jiménez y Jiménez, 2011). (Amador, 2017, p.39).

En resumen, los datos disponibles sobre mujer gitana y consumo indican que existe por parte de la religión o por cuestiones étnicas cierto rechazo hacia las drogas, aunque esto no hace que no haya consumo. Las mujeres gitanas consumen menos alcohol que las payas, también fuman, aunque menos que los hombres.

3.6 Voluntariado en el ámbito de las adicciones

Respecto a este apartado se han realizado muy pocas investigaciones acerca del papel del voluntariado en el ámbito de las adicciones, pero destacar un artículo que habla sobre el tema. El artículo *Altruism and Peer-Led HIV Prevention Targeting Heroin and Cocaine Users* habla en parte sobre el papel que tiene el altruismo, dando una función motivadora a las personas que trabajan en programas de prevención. El altruismo es entendido a través de dar una respuesta empática para así conseguir una mejora en el bienestar de otra persona. Puede ser recíproco o empático, y puede incluir cualquier acción que beneficie el bienestar de otra persona. Es decir, conseguir el bienestar emocional y psicológico de otra persona a través de un acto altruista.

Siguiendo a Convey, Dickson-Gomez, Weeks y Li (2010) los voluntarios son considerados como un instrumento para elevar la conciencia social acerca de un tema, en este caso sobre las adicciones. En este estudio personas que tienen adicciones realizan voluntariado y afirman: “ayudar a otros en comunidad también ayudó a cambiar sus propios sentimientos de bienestar”. (Convey et al. 2010).

4. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Tras la experiencia en mi periodo de prácticas y el análisis empírico-social que he realizado, en este trabajo se parte conociendo que el pueblo gitano está cargado de muchos prejuicios y estereotipos por parte de la sociedad; Se han realizado investigaciones acerca de la discriminación de las mujeres en diferentes ámbitos; La discriminación que sufren las mujeres es mayor que la de los hombres; y por último, dentro de la cultura gitana no está bien visto que las mujeres consuman sustancias tóxicas. Por lo que las hipótesis planteadas en este trabajo son las siguientes:

1. La realidad de la mujer gitana con adicciones es una temática poco investigada. Se han realizado escasas investigaciones acerca de las problemáticas derivadas en este colectivo.
2. Hay menos mujeres consumidoras de sustancias tóxicas que hombres.
3. El voluntariado es considerado de gran valor pero muy pocas personas realizan voluntariado en el ámbito de las adicciones.

5. ENFOQUE METODOLÓGICO: INSTRUMENTOS, MUESTRA DEL ESTUDIO

5.1 Introducción metodología

La metodología en mi trabajo de fin de grado ha sido diversa, debido a las técnicas e instrumentos de investigación que he utilizado para el desarrollo del mismo.

Se trata de una investigación con la que pretendo incrementar mi conocimiento sobre el pueblo gitano, la cultura gitana y sobre la discriminación que sufren las mujeres en diferentes ámbitos de la vida pero más concretamente la realidad de la mujeres con problemas de adicción. También con este trabajo pretendo averiguar el papel de voluntariado con estas personas.

Este trabajo parte de una revisión bibliográfica en diferentes buscadores para poder realizar una síntesis y análisis de las aportaciones científicas sobre cultura gitana, la discriminación que sufren las mujeres y por último, de la realidad de las mujeres con problemas de adicción.

Para realizar he trabajo he utilizado las notas de campo que registre en mi periodo de prácticas, mediante la elaboración de un diario de campo y donde realizaba observación participante. Como he explicado anteriormente las prácticas fueron realizadas en la UASA de Cruz Roja, centro donde realizo el estudio de caso de este trabajo. En el desarrollo del mismo he utilizado técnicas cualitativas, ya que he realizado una búsqueda bibliográfica y se han llevado a cabo entrevistas a diferentes voluntarios y profesionales para obtener información y realizar un análisis acerca de la importancia que tiene el papel del voluntario con este colectivo.

La revisión bibliográfica se ha llevado a cabo a través de diferentes fuentes de información como libros prestados por la biblioteca de la Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza, artículos obtenidos a través de diferentes buscadores oficiales como Google Académico, recurso electrónico de la biblioteca de Unizar *Web of Scienc*. Las palabras clave para la búsqueda han sido:

Tabla 1. Palabras clave para búsqueda de material bibliográfico.

Palabras clave para la búsqueda de información:
<ul style="list-style-type: none">• Roma• Woman• Drug• Gypsy• Mujer gitana• Mujer gitana y adiciones• Discriminación mujeres gitanas.• Volunteering• Etc.

Fuente: Elaboración propia

También he utilizado la página *FRA- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS*, Dialnet, la Gaceta Sanitaria y por último, la página de la Fundación Secretariado Gitano, donde están disponibles diferentes artículos, guías, datos etc., acerca de la temática estudiada. Destacar la revisión y utilización de

diferentes tesis realizadas por profesionales. Las fuentes utilizada mayoritariamente son datos secundarios, ya que: “nos referimos a datos existentes y disponibles, sin implicar ningún tipo de aspecto peyorativo” (García-Ferrando, Ibáñez y Alvira, 1986 p.300). La información utilizada para la revisión de literatura en este trabajo es obtenida a través de la revisión de diferentes artículos, libros de diferentes autores que han investigado o se han acercado a la realidad de estas personas. Hay que destacar que también en este trabajo hay datos obtenidos a través de fuentes primarias, gracias a las entrevistas realizadas para analizar el papel del voluntariado con personas con adicciones y con mujeres gitanas.

La entrevista es una técnica de investigación cualitativa, que tiene haciendo referencia a Corbetta:

El objetivo último acceder a la perspectiva del sujeto estudiado, comprender sus categorías mentales, sus interpretaciones, sus percepciones y sus sentimientos, los motivos de sus actos. Es una conversación, provocada por el entrevistador, dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación, en un número considerable, que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo, guiada por el entrevistador y sobre la base de un esquema flexible y no estructurado de interrogación. (Corbetta 2003, p.368).

Siguiendo a Corbetta (2003) la entrevista se trata de una conversación solicitada por el entrevistador, se programa una cita, en un lugar y una hora determinada. No es una conversación normal, de un diálogo común entre dos personas en el que los roles están equilibrados y colocados en un mismo nivel, sino de una conversación guiada, en la que el entrevistador establece un tema y controla que el desarrollo de la misma responda a los fines que él se ha marcado.

5.2 Estudio de caso

Una de las cuestiones a abordar en este trabajo es la aportación del papel que tienen los voluntarios con las personas con adicciones y más concretamente con las mujeres gitanas con problemas de adicción.

El estudio de caso en relación a la importancia que tiene el voluntariado en el ámbito de las adicciones ha sido realizado en la UASA de Cruz Roja Zaragoza, situado en C/ Allue Salvador 8. Este centro se puso en marcha en el año 2000 como resultado de la colaboración entre la Diputación de General de Aragón y Cruz Roja. Es un centro concertado, especializado y de carácter ambulatorio. Tratan las adicciones a sustancias psicoactivas, y está integrado en la red de recursos de Salud Mental de la CCAA de Aragón. Ofrecen un tratamiento terapéutico e integral ante conductas adictivas a sustancias como la heroína, cannabis, cocaína, speed, benzodiazepinas y alcohol. El centro está compuesto por un equipo interdisciplinar, una Médica, una Psicóloga, una Enfermera y una Trabajadora Social, las cuales intervienen en tres áreas de la persona como son la biológica, psicológica y la social.

Según la Memoria UASA (2017) este centro se concibe como un dispositivo asistencial, en régimen ambulatorio y se articula como un lugar de atención especializada en conductas adictivas a las sustancias nombradas anteriormente abordándose de forma integral. El centro es el eje del tratamiento donde se lleva a cabo todo el proceso y desde el que se coordina con otros recursos.

Desde la intervención en el área de lo social lo que se pretende es según la memoria de la UASA:

- Conocer y orientar sobre aspectos educativos, formativos, prestaciones sociales, vivienda, judiciales y sociolaborales, para promover la normalización social, mediante la gestión y coordinación, tanto de los recursos generales como específicos.
- Intervenir durante el proceso terapéutico en todas aquellas circunstancias judiciales, administrativas, económicas y sociolaborales que puedan afectar al mismo.
- Evaluar, en coordinación con el resto del equipo, el cumplimiento de los objetivos terapéuticos y metas propuestas con el paciente y su familia.
- Conocer la dinámica familiar y de su entorno, para el conocimiento, detección e intervención ante situaciones de riesgo y/o daño, e intervenir si es necesario.
- Metodología de Intervención y proceso terapéutico.
- Fomentar el aprovechamiento del tiempo libre.
- Facilitar la formación en el ámbito ocupacional y prelaboral.
- Normalizar los hábitos de los pacientes.
- Ofrecer prestaciones para cubrir necesidades básicas.
(Memoria UASA, 2017, p.7-8).

Destacar los diferentes voluntarios que hay en la UASA según dos proyectos: Promotores de la Salud y jóvenes promotores.

Tabla 2. Voluntarios proyecto Promotor de salud.

FUNCIONES	Nº VOLUNTARIOS
Promotores de salud	11 voluntarios
Apoyo administrativos	4 voluntarios
Monitores de taller	6 voluntarios
Acompañamientos	9 voluntarios

Fuente: Elaboración propia

Tabla 3. Voluntarios proyecto jóvenes promotores.

FUNCIONES	Nº VOLUNTARIOS
Promotores	12 voluntarios
Apoyo administrativo	8 voluntarios
Monitores de taller	11 voluntarios
Acompañamiento	13 voluntarios

Fuente: Elaboración propia

Es importante destacar el papel y las funciones que desarrolla la Trabajadora Social en este centro. Esta realiza el diagnóstico de las disfunciones sociales, con el que establece los objetivos y el plan terapéutico; acompaña al paciente en su proceso de inserción, apoyando en la búsqueda activa de empleo, vivienda, o formación; realiza la primera entrevista de acogida elaborando su historia y explica las normas. Si es

necesario derivar a otros centros la Trabajadora Social es la que se encarga de hacerlo; e informa sobre los aspectos legales que puedan tener los pacientes del centro.

PERFIL DE PACIENTES

En este apartado se muestran diferentes tablas en las que se detalla el perfil de las personas que son pacientes del centro que se atendieron en el año 2017:

Tabla 4. Distribución por sexo.

	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL
SEXO	210	82%	45	18%	255

Fuente: Elaboración propia a través de datos de la Memoria UASA 2017.

Como se puede interpretar el número de hombres que acuden al centro es de 210 (82%) y es superior al de las mujeres 45 (18%), siendo la diferencia muy significativa, ya que son 165 hombres más que mujeres.

Tabla 5. Distribución por edades.

EDAD PACIENTES ATENDIDOOS	HOMBRES	MUJERES	TOTALES
<20	26	2	28
20-24	8	0	8
25-29	8	2	10
30-34	20	1	21
35-39	23	7	30
40-44	37	3	40
45-50	42	12	54
>51	46	18	64
TOTALES	210	45	255

Fuente: Elaboración propia a través de datos de la Memoria UASA 2017.

Respecto a la edad de las personas que acuden este centro observamos que hay mayor número de personas que tienen más de 51 años en ambos sexos, siendo un total de 64 personas, 46 son hombres y 18 mujeres.

Tabla 6. Sustancia principal de consumo.

CONSUMO	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	%
ALCOHOL	34	11	45	18%
CANNABIS	51	5	56	22%
COCAINA/ HEROÍNA	7	0	7	3%
OPIACEOS	85	24	109	42%
COCAINA	26	3	29	11%
DROGAS DE SINTESIS	7	0	7	3%
BENZODIACEPINAS	0	2	2	1%
TOTAL	210	45	255	100%

Fuente: Elaboración propia a través de datos de la Memoria UASA 2017.

Respecto a la sustancia principal que consumen, siendo los **opiáceos**, también coincide que en ambos sexos es la misma. Unos 85 hombres y unas 24 mujeres, un total de 109 pacientes llegan al centro por esta sustancia.

Tabla 7. Estado Civil.

ESTADO CIVIL	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	%
SOLTERO	110	15	125	49%
CASADO	31	9	40	16%
SEPARADO / DIVORCIADO	32	9	41	16%
PAREJA	36	10	46	18%
VIUDO	1	2	3	1%
TOTALES	210	45	255	100%

Fuente: Elaboración propia a través de datos de la Memoria UASA 2017.

En relación al estado civil de los pacientes de la UASA, el estado civil de la mayoría de los pacientes de la UASA, tanto hombres como mujeres son **solteros**, siendo 110 hombres y 15 mujeres solteras que tienen problemas con alguna sustancia adictiva.

Tabla 8. Convivencia.

CONVIVENCIA	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	%
FAMILIA DE ORIGEN	88	6	94	37
FAMILIA ADQUIRIDA	70	26	96	38
SOLO	33	11	47	17
AMIGOS	11	2	13	5
INSTITUCION	3	0	5	2
PERSONAS SIN HOGAR	5	0	7	3
TOTALES	210	45	255	100

Fuente: Elaboración propia a través de datos de la Memoria UASA 2017.

Respecto al tipo de convivencia de los pacientes, los **hombres** la mayoría viven con **su familia de origen** es decir, con sus padres y las **mujeres** viven la mayoría con su **familia adquirida**, es decir, con su pareja e hijos en el caso de que haya.

Tabla 9. Situación laboral.

SITUACION LABORAL	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	%
ACTIVO	51	18	69	28
DESEMPLEADO	109	20	129	50
PENSIONISTA	20	6	26	10
ESTUDIANTE	30	1	31	12
TOTALES	210	45	255	100

Fuente: Elaboración propia a través de datos de la Memoria UASA 2017.

En ambos casos, las personas con adicción que acuden a centro en su mayoría están en situación de **desempleo**, 109 hombres y 20 mujeres, haciendo un total de 129 personas.

Tabla 10. Situación judicial.

SITUACION JUDICIAL	HOMBRES	MUJERES	TOTALES	%
SIN CAUSAS NI ANTECEDENTES PENALES	39	27	68	26
SIN CAUSAS CON ANTECEDENTES PENALES	62	10	72	28
CON CAUSAS SIN ANTECEDENTES	7	4	11	4
CON CAUSAS CON ANTECEDENTES	32	3	35	13
TERCER GRADO	14	1	15	6
LIBERTAD CONDICIONAL	6	0	6	3
SUSPENSION DE CONDENA	5	0	5	2
FISCALIA DE MENORES	5	0	5	2
MULTA ADMINISTRATIVA	28	0	28	11
NO CONSTA	12	0	12	5
TOTALES	210	45	255	100

Fuente: Elaboración propia a través de datos de la Memoria UASA 2017.

El mayor número de **mujeres** que acude al centro **no tiene ni causas ni antecedentes penales**, estas son 27 mujeres. Y los **hombres** que en su mayoría acuden al centro **no tienen causas pero si tienen antecedente penales**, un total de 62.

5.3 Observación participante y notas de campo

En este apartado se muestran los casos de población gitana con los que he trabajado a lo largo de mis prácticas profesionales. Destacar que en el centro solo hay 7 mujeres gitanas; no pude intervenir con todas, aunque puede acceder a la base de datos de la UASA para conocer este dato. Los casos que expongo no solo son mujer sino que algunos son hombres y otros son matrimonios, uno de ellos ambos tienen la problemática y el otro la mujer le acompaña en el proceso.

Tabla 11. Cuadro resumen del perfil de los casos descritos.

PERFIL PERSONA USUARIA	
CASO 1	MUJER GITANA
CASO 2	MUJER GITANA
CASO 3	MATRIMONIO – AMBOS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN
CASO 4	MATRIMONIO – ÉL TIENE PROBLEMAS DE ADICCIÓN, ELLA ACOMPAÑA
CASO 5	HOMBRE GITANO.

Fuente: elaboración propia.

CASO 1

Mujer gitana con problema de adicción a opiáceos. No suele acudir a las citas que se le programan con el equipo interdisciplinar, solo viene a recoger la medicación y se marcha aunque le recuerden que debe pasar a cita. De 5 entrevistas que tenía programadas en el periodo que yo estuve solo vino a 2 y una de las citas la solicito ella de manera urgente ya que necesitaba hablar con la Trabajadora Social debido a que iban a ser expulsados de la vivienda en la que estaban habitando, ya que la familia estaba de ocupas. Ella contó que según su abogada, el juez iba a ordenar que debían abandonar la casa. La Trabajadora Social le comento que no lo hicieran hasta que no tuvieran una resolución ya que había menores de edad, y siempre prima el menor, que buscarían otra solución/acuerdo. No siguieron las recomendaciones y se mudaron de ciudad.

Realice voluntariado con ella y con dos de sus hijos mayores. Les ayude a buscar una vivienda en Zaragoza, ya que se habían mudado a Utebo pero querían volver a Zaragoza, los niños no estaban escolarizados.

Ella insistía en que llamara yo a las viviendas que habíamos encontrado por internet, porque según ella decía que yo hablaba mejor, que si al escuchaban a ella que era gitana le iban a decir que no. Estuvieron muy poco buscando vivienda conmigo, estaban muy impacientes y se marcharon muy rápido a visitar los pisos que les había anotado.

En este caso se puede apreciar como recurren a la persona voluntaria para que realice las llamadas debido a que consideran que pueden ser rechazados si la otra persona se da cuenta que son gitanos.

CASO 2

Mujer que también está en el centro por problemas de adicción a opiáceos. Lleva bastante tiempo en la UASA al igual que sin consumir, ya que en los controles que se le realizan da negativo. Ella vive en un pueblo de Zaragoza. Esta mujer ha hecho uso de los servicios sociales ya que es perceptora del IAI. Tiene problemas de herencia con la familia de su marido difunto por la parte que le corresponde a su hijo.

Las últimas vez que estuve con ella una le gestione una ayuda de alimentos y vino a recogerla acompañada de su nuera. Su hijo y su novia se iban a casar, algo que ella no está de acuerdo, ve muy pronto son muy jóvenes y acaban de empezar.

CASO 3

Matrimonio en el que ambos son consumidores de opiáceos. Vuelven a la UASA de Cruz Roja tras marcharse a otra ciudad. Tienen abierto expediente en menores en tres CCAA diferentes.

Ambos son citados de forma separada por las profesionales, pero solo acuden un día y de forma conjunta. Solo van al centro para recoger la metadona (MTD), deben hacer controles pero siempre tiene excusas para no hacerlos, se les comunica que deben ir al día siguiente para hacer control sino se considerará como positivo, pero siguen sin ir. En la única cita con la que tengo contacto con la pareja dicen que ellos tienen que venir a recoger la MTD a primera hora porque él tiene que ir a trabajar en la chatarra con su tío y no puede venir la hora en la que se dispensa ya que sino su tío se enterara de que consume. La familia no sabe que consumen drogas.

Esta familia está siendo “seguidos/ investigados” por menores debido a que el hijo de 17 años consume heroína y los padres le suministran su MTD.

En este caso se aprecia como ocultan a la familia la problemática de adicción que tienen por miedo a como vayan a reaccionar con ellos.

CASO 4

El usuario es un hombre de gitano, con problemas de adicción alcohol. Con este paciente he tenido contacto tres veces en consulta, una de esas citas acudió con su mujer. Hubo un momento que su mujer tuvo que salir del despacho y nos dijo que no le dijéramos que puntualmente había consumido ya que ella no sabía nada.

En este caso como en el anterior podemos ver como oculta el consumo de sustancias a su familia.

CASO 5

El paciente es un hombre que llega al centro por problemas de adicciones a los opiáceos pero que tiene también problemas con el alcohol. A parte de su problema con adicciones tiene problemas de salud mental. Con este paciente es con quien más he realizado tanto atención en despacho como voluntariado. Lo he acompañado a diferentes lugares a realizar diferentes gestiones. Hemos ido al médico ya que le tenían que realizar diferentes pruebas para ver si tenía hepatitis C y poner su tratamiento correspondiente. También fuimos a comprar un móvil ya que el necesitaba uno y el no entendía. Obtuvo una tarjeta de bus urbano, le enseñe a sacar dinero del cajero y le ayude en la búsqueda de una habitación. Este, como en el caso 1, también quería que llamara y hablara con las personas que alquilaban las habitaciones porque decía que si hablaba él le dirían que no porque se darían cuenta que era gitano y no querían alquilarle una habitación. Esto mismo sucede en el primer caso. Cuando íbamos al médico también me decía y me hacía responsable

para que hablara con los doctores porque según el yo iba a entender mejor lo que decían y así podía comunicarlo al equipo de las UASA.

5.4 Voluntariado y perfiles voluntarios

En el centro con el que analizo el papel de los voluntarios hay que destacar que el voluntariado es considerado de gran valor, son un gran apoyo tanto para los profesionales como para las personas con adicciones. Los datos de perfil de voluntariado de manera general de Cruz Roja son los siguientes:

Tabla 12. Perfil de voluntarios Cruz Roja.

<u>PERFIL</u>	<u>RESULTADOS</u>
POR GENERO	59.28% mujeres 40.72% hombres
EDAD MEDIA	39 años (Edad comprendida entre 31 y 40 años, el 27.12%).
ESTUDIOS	Secundarios el 44.05%.
PROFESIÓN	estudiante un 30.05%
ORIGEN EXTRANJERO	6.95% son personas de origen extranjero

Fuente: elaboración propia a través de datos del Informe BIMVO de Cruz roja Zaragoza 2019

Respecto a los voluntarios de la UASA, estos de manera transversal inciden en la mejora de las distintas áreas de la vida de las personas atendidas. Las funciones de los voluntarios son las siguientes según la memoria 2017 (2017):

- Apoyo en la programación, desarrollo y evaluación de talleres y actividades programadas.
- Colaboración en actividades lúdicas externas al centro.
- Cooperación en búsqueda de empleo, orientación laboral, información sobre oferta laboral, así como en los espacios de búsqueda de empleo EBAE, talleres, e intermediación laboral.
- Apoyo en las diferentes gestiones administrativas del centro
- Acogida en sala de espera
- Apoyo en la planificación, preparación y participación en los talleres para la salud, habilidades sociales, búsqueda de empleo, promoción de la salud....
- Colaboración en la difusión del Centro y las actividades que se realizan
- Visitas hospitalarias a personas con VIH en hospitales
- Acompañamientos a gestiones sociales
- Apoyo en la atención de los hijos de nuestros usuarios, en ludoteca, colonias urbanas, repasos extraescolares y distribución de juguetes (previa charla educativa), realizadas con fondos propios. (Memoria UASA, 2017, p.14)

En las siguientes tablas se muestra el perfil de las personas voluntarias y profesionales que han sido entrevistadas:

Tabla 13. Perfil voluntarios entrevistados.

VOLUNTARIO	EDAD	SEXO	OCUPACION	TIEMPO DE ESTADO VOLUNTARIO
Marta	29	Femenino	Trabajadora Social	3 años
Cristina	26	Femenino	Estudiante de Trabajo Social	Unos meses, desde finales de 2018.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Perfil profesionales entrevistados.

PROFESIONAL	SEXO	OCUPACIÓN
Rosa	Femenino	Directora Provincial Voluntariado de Cruz Roja Zaragoza.
Julia	Femenino	Trabajadora Social UASA

Fuente: Elaboración propia.

5.5 Dimensión ética

Siguiendo los principios éticos de una investigación social recogidos por *Allea all European Academies* (2017) esta es fiable ya que asegura la calidad de la investigación, siendo esto reflejado en el diseño, en la metodología, análisis y en los recursos utilizados. Es honesta ya que las personas que participan en este trabajo están informadas de la finalidad del mismo, conocen el trabajo de investigación que he desarrollado y ha habido un respeto mutuo a la hora de desarrollar el trabajo y ha sido realizado de voluntaria por las personas entrevistadas.

La información obtenida en esta investigación ha sido analizada y documentada de una manera cuidadosa y bien considerada. Las personas entrevistadas son conocedoras de que los datos se publicaran en la investigación. Esos están publicados bajo la confidencialidad, son anónimos, no se revelará la identidad de los participantes y se asegura que eso no sucederá. Las entrevistas realizadas fueron grabadas bajo consentimiento de los protagonistas para una mejor gestión de la información. Estas grabaciones están guardadas y no se distribuirán.

Los datos proporcionados por la institución de Cruz Roja son utilizado para el desarrollo del trabajo y no se difundirán con ningún otro fin que no sea el de aportar datos a este trabajo.

Respecto a la información utilizada, para el desarrollo del marco teórico tras una revisión bibliográfica, esta es citada identificando las personas que han elaborado dicha información, evitando así el plagio de la información.

Por último, destacar que se siguen los principios éticos de Trabajo Social, actuando bajo los derechos a la intimidad, confidencialidad y uso responsable de la información.

6. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS

Tras la realización de las diferentes entrevistas a voluntarios, y profesionales realizo un análisis de la información recabada. La información esta analizada siguiendo un orden, primero las entrevistas de los voluntarios, en segundo lugar la entrevista a la directora del departamento de voluntariado y por ultimo a la Trabajadora Social de la UASA.

VOLUNTARIOS

Las entrevistas de las personas voluntarias constan de 3 bloques: introducción, adicciones y mujer gitana y adicción. Respecto al primer bloque se puede observar que ambas voluntarias tenían experiencia en el ámbito del voluntariado, pero no como voluntarias con personas con adicciones antes de formar parte del centro.

Ambas personas han conocido este tipo de voluntariado gracias a sus prácticas profesionales, Cristina fue porque realizo las prácticas en otro proyecto de Cruz Roja y a partir de ahí se animó a realizar voluntariado con este colectivo y Marta porque realizo las prácticas en la UASA y como dice “vi la necesidad, había personas que para hacer gestiones tan básicas como ir al médico les costaba un mundo, ven indocumentados. Fue ahí cuando tuve la idea de quedarme como voluntaria.”

Las tareas que ambas han realizado con los usuarios han sido acompañamientos, bien a servicios sociales, hospital o búsqueda de empleo. Marta dice haber realizado otras tareas a parte de las nombradas anteriormente en voluntariado como “gestiones administrativas, y meter actividades en la intranet.”

Siguiendo con el segundo bloque adicciones, tanto Cristina como Marta antes de comenzar su voluntariado y tener contacto con personas con adicciones afirman que tenían prejuicios y estereotipos “igual lo asociaba a personas vagas, que no hacían más que beber que no tenían otra cosa (...) personas conflictivas, muy conflictivas. Personas que no tienen ningún vínculo afectivo hacia nada (...) sin responsabilidades”. Pero ambas afirman que su percepción ha cambiado tras ser voluntarias, Cristina dice “que su percepción ha cambiado mucho, como todo, por el hecho del desconocimiento, una vez que trabajas con ellos te das cuenta que la mayoría de prejuicios y estereotipos no son verdad” y Marta “una persona con una vida más o menos estable, normalizada puede sufrir una adicción (...) todos somos propensos a sufrir un tipo de adicción independientemente de tu status social”.

Respeto a si se han sentido juzgadas realizando voluntariado, encontramos diferencias entre ambas, ya que Cristina afirma que sí que se ha sentido juzgada por las personas cuando ha realizado algún acompañamiento “nos miraba mucho la gente” pero Marta, al contrario, no ha tenido ese mismo sentimiento “no he sentido que me mirasen extraño por hacer un acompañamiento”.

La relación con los usuarios es muy buena, Marta afirma que “se abren más que en despacho y los puedes conocer mejor” al igual que Cristina, “te cuentan muchas más cosas cuando realizas estos acompañamientos que cuando estas en un despacho (...) se ven mucho más libres y agradecidos” y cuando los acompañas **“hacen que tú seas su portavoz, por ejemplo si vamos al médico, que tú seas la que hables con la doctora, que me lo expliquen a mí y no a él.”**

El realizar este tipo de voluntariado aporta muchas cosas, como afirma Marta “te da una visión bastante amplia y te da a conocer lo diferente que somos las personas (...) **te permite ampliar y tener una visión y no juzgar tan libremente y te acerca también a las personas. Te hace más humano** (...) la empatía aquí tiene un papel muy importante, te hace ser persona. (...) Creo que el **voluntariado con personas en riesgo de exclusión social es una manera de tener los pies en el suelo**”

Marta considera que gracias a los voluntarios “**nosotros podemos integrar a los miembros de la sociedad, estamos todos, no podemos excluir a unos porque no sigan las mismas pautas, la labor del voluntarios es muy importante porque ayudamos a educar y no estigmatizar a la gente. E incluirlos en la sociedad.**”

Ambas afirman que como aspecto positivo a la hora de realizar este voluntariado es “la escucha activa, aprender y saber escucharles.”

Cristina considera que se podrían hacer otro tipo de actividades con los usuarios, que no solo fueran acompañarlos en lo que ellos necesiten, “actividades orientadas al tiempo libre, participar con ellos en actividades, crear otro tipo de relación que no sea solo el realizar acompañamientos y vale.”

Ambas están de acuerdo en que este tipo de voluntariado con personas con adicciones es desconocido para la sociedad.

Respecto al último bloque de mujer gitana y adicciones, destacar que Cristina no ha tenido contacto con mujer gitana con adicciones pero sí con hombre del pueblo gitano y con problemas de adicción. Marta afirma que sí que ha tenido contacto y concretamente se acuerda de un caso en el que la mujer “**se sentía estigmatizada por consumir y por su condición. Realizo varios trabajos que para su etnia no estaban bien vistos, fue apartada pro su familia**”.

Por último, a la hora de trabajar con diferentes colectivos o con personas de diferentes etnia tenemos que tener un conocimiento previo, como afirma Marta “tienes que tener muy en cuenta el tipo de perfil con el que estás trabajando (...) saber cuál son sus costumbres por no faltar el respeto, es una de las cosas ue hay que tener en cuenta, entender pro que actúan así. (...) el tema cultural es muy importante”.

RESPONSABLE VOLUNTARIADO

Rosa considera que el papel de los voluntarios “es fundamental” y que “los técnicos estamos para apoyar a los voluntarios”. Para ser voluntarios tienen que tener uno requisitos como “tener tiempo (...) no tener delitos, no tener antecedentes penales (...) realizas una formación, pasas una entrevistas y ya te incorporas a la actividad”.

Respecto al voluntariado de la UASA, afirma que “es un voluntariado más vocacional, en estos hay menos voluntarios, hay cosas súper concretas, te tiene que gustar mucho para hacer ese tipo de voluntario”. “La UASA sino la piden ni siquiera la ofrecemos. Porque entendemos que es muy vocacional.” Considera que “la actividad pura y dura de adicciones es súper complicada, o quieres porque traes de casa la carencia o es súper complicado y difícil”.

El papel que desempeñan los voluntarios en este proyecto es realización de talleres, seguimiento, acompañamientos.

Cuando le pregunto si considera que el voluntariado con estas personas ha cambiado comenta que “es un voluntariado un poco frustrante, hay dos tipos de voluntariado: los que son de la UASA que llevan muchos años que saben lo que quieren, que saben que esa frustración es lógica y luego entran los que quieren salvar el mundo.” Opina que es “un colectivo que es muy difícil trabajar con ellos, tú crees que va bien, tiene muchos éxitos, pero es verdad que el camino es frustrante duro y el trabajar con ellos es muy duro.”

El perfil de este tipo de voluntarios tiene que ver con profesionales de lo social - salud, como psicólogos, trabajadores sociales o médicos, “no dejamos entrar voluntariado muy joven a la UASA porque además es un usuario muy manipulador y tiene unos problemas bastante importantes (...) necesitamos gente con la cabeza centrada”.

Por último, Rosa no conoce ningún caso de mujer gitana con adicciones, pero lo que dice es que hay diversidad cultural en el voluntariado, que cuentan con voluntarias gitanas, no se hace distinción de género, raza, etnia para que una persona sea voluntaria.

TRABAJADORA SOCIAL

Los datos sobre el perfil de los usuarios de la UASA de 2018 son sobre todo hombres de más de 51 años, personas que están solas o separadas y viviendo con la familia de origen. Desempleados y respecto a si tienen antecedentes en la familia respecto a algún tipo de consumo en, 2018, 116 hombres no tenían antecedentes y 99 sí. Y respecto a las mujeres, 29 no tenían antecedentes y 33 sí. Y respecto a la vivienda, la mayoría de los pacientes viven de alquiler, aunque la mayoría de los hombres con su familia de origen y las mujeres con la suya propia. Y su mayoría en ambos casos están solteros.

Respecto a si demanda más ayuda los hombres que la mujeres, Julia afirma que si y que puede ser por diversas causas “bien porque están invisibilizadas, porque el perfil de mujer con adicciones suele ser con adicciones a sustancias más bien licitas, que las ilícitas (...) ese estigma que hay, o doble estigma que puede haber”.

Respecto a si el pueblo gitano es un colectivo que demanda ayuda, Julia dice, que destacan más los hombres que las mujeres **“porque por cultura y religión, el ser consumidora de tóxicos y ya reconocer que hay una enfermedad si se conoce dentro de la familia del clan eso puede ser un motivo de estigma o marginación.”**

Respecto a la experiencia como trabajadora en el centro es algo que refuerza el marco teórico que he desarrollado ya que es “individual y escasa y con bastante dificultades para abordar ciertos temas como el tema de las relaciones familiares.”. Desde la UASA trabajan con la familia ya que esta es una red de apoyo muy importante para los pacientes, pero en muchos casos con personas gitanas “si el paciente niega o rechaza ese apoyo, porque para empezar no ha transmitido que está aquí tenemos una barrera en el progreso de su tratamiento.”

Desde la UASA, no se hace distinción en función de nada, Julia dice que “en los años que llevo en el proyecto tratando personas que sufren adicciones contadas casi con una mano las que proceden de etnia gitana”.

Es muy significativo **“las pacientes que tenemos de etnia gitana son 7, tienen una trayectoria en servicios sociales de demanda de prestaciones, de percepción de IAI, de no empleo de escasa formación y dedicada**

principalmente a al acrianza de los hijos. Son pacientes en tratamiento por opiáceos, no tenemos pacientes de etnia gitana mujeres por otra sustancia”.

Existe una desigualdad de género entre hombres y mujeres de etnia gitana **“ellas mismas dentro de su etnia, de su cultura, de su religión saben que lo que han hecho o hacen no está bien. Y aquellos familiares, sobre todo parejas, les recriminan, en su mayoría obvian que tener una adicción es un problema de salud y las culpabilizan de su situación, las responsabilizan y no las apoyan en su proceso.”**

Destacar que Julia ha intentado que ellas vayan acompañadas de sus parejas a la consulta pero que no lo ha conseguido, y que eso no sucede en el caso contrario, **“en el caso de hombre gitano en tratamiento el apoyo de su mujer es incondicional pero no es a la inversa, no suele serlo. Ellas son más comprensivas con el tipo de enfermedad que sufre la otra parte** y a veces hasta se extralimitan y como responsable autorizada a recoger medicación vendrían ellas siempre.”

Respecto al voluntariado el perfil de los voluntarios son mayores de edad, con cierta formación en el área social y sanitaria y con habilidades para tratar a personas en distintas circunstancias y es importante que tengan tolerancia. La mayoría de los voluntarios son personas que han tenido experiencia en el ámbito sanitario o se quieren dedicar a este ámbito tras finalizar sus estudios.

Existen diferentes funciones que desempeñan los voluntarios como promotores de salud, monitores de taller, de acompañamiento, tareas administrativas y conductores.

La experiencia que conoce Julia acerca de voluntarios con población gitana, ya sean hombres o mujeres es **“búsqueda de vivienda y acompañamiento en cuestiones de salud”.**

7. CONCLUSIONES

Este Trabajo de Fin de Grado consistía en investigar acerca de la realidad social que viven las mujeres gitanas con problemas de adicción y si estas están discriminadas dentro de su comunidad. También, analizar el papel que tiene el voluntariado con este colectivo.

Tras realizar una revisión bibliográfica, puedo destacar como conclusión que hay muy poco investigado acerca de mujer gitana con problemas de adicción, hay muy pocas aportaciones teóricas y empírica que traten sobre este tema, al contrario que si hablamos de hombres gitanos consumidores. Es algo que debe ser investigado por los profesionales, ya que sí que existe información acerca de la discriminación que sufren en otros ámbitos. Como por ejemplo en el empleo, tienen empleos más precarios y de menor exigencia formativa, se dedican mayoritariamente, a la venta ambulante; en educación, muchos de ellos no están escolarizados o abandonan la escuela muy pronto, no llegando a cursar secundaria; respecto a vivienda ya que encuentran muchas dificultades para acceder a una; por último en la salud, teniendo en cuenta la percepción que estos tienen acerca de la salud, ya que dentro de su cultura no la perciben como una prioridad.

Destacar que las mujeres gitanas sufren una triple discriminación: por ser gitana, por ser mujer y por ser mujer sin formación, aunque como he podido investigar en los últimos años ha habido un gran movimiento asociativo por parte de las mujeres gitanas que se han asociado para intentar acabar con la discriminación y marginación que sufre el pueblo gitano y favorecer así, su inclusión social y laboral.

Acentuar que muchos de los profesionales carecen de conocimiento e información acerca de las características culturales de la población gitana y que eso puede perjudicar a la hora de intervenir con ellos.

Con relación a la problemática de adicciones en mujer gitana destacar que se han investigado muy poco acerca de esta temática pero que es importante tener en cuenta el papel que tiene la religión en el pueblo gitano, ya que el pentecostalismo prohíbe el consumo de sustancias, produciendo así un rechazo hacia las personas que consumen.

El estudio de caso analizo 5 situaciones en la que he intervenido con personas del pueblo gitano y las cuales son características. Hay dos matrimonios, uno de esos matrimonios, ambos tiene problemas de adicción y también hay problemas en otros ámbitos de su vida. Y el otro matrimonio solo el hombre tiene problemas de adicción aunque es acompañado y recibe el apoyo por parte de su mujer. Las dos mujeres con las que he intervenido ambas acuden solas al centro, una ellas ha dejado de consumir pero acude al centro por precaución. El último es un hombre que sigue consumiendo, no solo una sustancia, no trabaja, recibe el IAI y es muy dependiente de las personas del centro ya sea de los profesionales o de los voluntarios para realizar gestiones.

En dos de los casos observamos como ocultan a sus familiares que son consumidores de alguna de las sustancias incluso desconocen que están yendo al centro. Destacar también como delegan la responsabilidad de las acciones en los voluntarios por el rechazo que sienten por parte de la sociedad, como llamadas de teléfono o conversaciones con profesionales.

Tras las entrevistas realizadas, obtuve información acerca del tratamiento que se da en los centros de atención y seguimiento de las adicciones a mujeres gitanas. No se discrimina por razón de etnia, raza sexo etc. La intervención es diferente con hombres consumidores que con mujeres, pero no por parte de los profesionales sino por parte de ellos, debido a que los hombres reciben el apoyo incondicional de parte de sus mujeres, por lo que se puede realizar una intervención familiar, esto no pasa en el caso contrario, ya que las mujeres gitanas no reciben ese apoyo parte de sus parejas y acuden al centro solas. Se les responsabiliza y culpabiliza de su enfermedad, y es esto lo que dificulta la intervención ya que el apoyo y acompañamiento de las familias es muy importante en el proceso. Ellas son excluidas, rechazadas y estigmatizadas por la familia ya que no entienden que tienen una enfermedad, esto considero que puede estar motivado por la cultura de la comunidad gitana.

Es relevante y considero que debo destacar el número de mujeres de etnia gitana que acuden al centro, ya que solo hay 7 mujeres, en general las mujeres demandan menos ayuda que los hombres pero cuando hablamos de mujer gitana es menor el número de demandantes.

En cuanto a las entrevistas realizadas con las que se pretendía analizar el papel del voluntariado con personas con adicciones, y concretamente averiguar si habían tenido experiencias con mujeres gitanas con adicciones, destacar varias conclusiones, unas desde el punto de vista de los profesionales y otras desde el de los voluntarios.

Para los profesionales es de gran valor la labor que desarrollan las personas voluntarias. Estas deben tener conocimiento previo acerca del tema de las adicciones, también deben mostrar motivación para realizar voluntariado con estas personas ya que como comentaron las profesionales no es un colectivo fácil, hay en casos que pretenden engañarte. Gran parte de los voluntarios son profesionales de la salud o de lo social, quieren en un futuro dedicarse a ello o tienen casos cerca por lo que decide ayudar, es un voluntariado muy poco conocido por la sociedad y apenas se conocen las funciones que se realizan.

Al realizar este tipo de voluntarios las personas no deben tener ni prejuicios ni estereotipos ya que eso perjudica la relación con las personas, aunque destacar que las personas que han sido entrevistados al principio cuando comenzaron sí que tenían, aunque fue conocer a las personas y desaparecer. Las acciones que se realizan este tipo de voluntariado en su mayoría son acompañamientos y gracias a los voluntarios se podrían realizar otras actividades que impliquen más tanto a las personas como a los voluntarios y donde se establezca una mayor relación. En estos acompañamientos algunas de la voluntaria se ha sentido observada por parte de la sociedad, debido a que se ayuda a personas de todo tipo de clase social, etnia raza o religión. Otra de las actividades que realizan son charlas educativas, como por ejemplo sobre enfermedades de transmisión sexual.

Realizar este tipo de voluntariado es muy enriquecedor y satisfactorio debido a que los usuarios te muestran su agradecimiento por ayudarles y acompañarles, por no tener prejuicios y no importar que la gente te mire o hable sobre el voluntario, ya que las personas desconocen que tu estar realizando voluntariado, y es por eso por lo que pueden juzgarte.

Respecto al voluntariado con mujer gitana, se han conocido muy pocos casos. Esto puede ser consecuencia de la escasa presencia de mujeres gitanas en este centro. Ambas voluntarias entrevistadas habían tenido escaso contacto con mujeres de etnia gitana a la hora de realizar actividades de voluntariado.

Por último, este tipo de voluntariado es desconocido para la gran parte de la sociedad, ya que las personas han tendido algún tipo de relación con el centro, por lo que se debería de dar más visibilidad y apoyo. Una de las aportaciones que considero que se podrían hacer es crear otro tipo de actividades donde involucren tanto a los pacientes como a los voluntarios y profesionales, para que se cree otro tipo de relación más allá de realizar acompañamientos. Que estos usuarios se sientan valorados y atendidos más allá de su problemática.

Destacar la importancia que tiene el papel del Trabajo Social, ya que considero que es muy importante en los equipos interdisciplinarios de este tipo de centros. Hay casos en los que con determinadas personas no se necesita trabajar el área de lo social, pero otros sí. Desde el trabajo social se puede ayudar a las mujeres gitanas con adicciones en determinados ámbitos, se ayuda a buscar trabajo, vivienda, en su formación, adquirir habilidades y herramientas para hacer frente a diferentes áreas de la vida, que aprendan a utilizar su tiempo libre. Si la usuaria lo necesita, se le ayuda con determinadas prestaciones, bien materiales o económicas. Desde el trabajo social se puede contribuir a eliminar las desigualdades que sufren las mujeres gitanas en la sociedad y ayudarlas en su inserción social, ya que como dijo la trabajadora social *“estas son muy dependientes de determinadas prestaciones de los servicios sociales”*, por lo que se les puede ayudar en su formación y que consigan los medios necesarios para poder eliminar esa dependencia.

Desde el Trabajo Social se puede dar visibilidad a este colectivo intentando hacer frente a los prejuicios, estereotipos y barreras que se presenta en la sociedad.

8. REFERENCIAS

- Allea all European Academies (2017). *The European Code of Conduct for Research Integrity. Revised edition*. Recuperado de https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics_code-of-conduct_en.pdf
- Amador, M. J. (2017). *“Guerras de Cristo”. Aportaciones de mujeres gitanas a la transformación social desde la Iglesia Evangélica de Filadelfia*. (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, España.
- Arriaga, M. y Gómez, A. y Elboj, C. (2004). Posibilidades para la comunidad gitana en el mercado laboral del Estado Español. *LAN HARREMANAK/11 (2004-II) (65-79)*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1067702.pdf>
- Asociación Gitana de Mujeres Drom Kotar Mestipen (2017). Memoria de actividades 2017. Recuperado de <http://dromkotar.org/wp-content/uploads/2016/12/Memoria-Castellano-2017.pdf>
- Asociación Secretariado General Gitano (2001). *Guía de motivación para el desarrollo personal y profesional de las mujeres gitanas*. Recuperado de https://www.gitanos.org/upload/21/84/1.10-VIL-GUI_Guia_desarrollo_personal_y_profesional.pdf
- Ayuste, A. y Payá, M. (2004). Mujer Gitana y Educación: un Camino hacia los Derechos Humanos. *Encounters on Education Volume 5, Fall 2004 pp. 101 – 124*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/265994400_Mujer_Gitana_y_Educacion_un_Camino_hacia_los_Derechos_Humanos
- Constitución Española en BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, pp. 29313-29424.
- Convey, M. R., Dickson-Gomez, J., Weeks, M. R., & Li, J. (2010). Altruism and peer-led HIV prevention targeting heroin and cocaine users. *Qualitative health research, 20*(11), 1546-1557.
- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Cruz Roja Zaragoza (2017). *UASA Cruz Roja memoria 2017*.
- Cruz Roja Zaragoza (2019). *Informe BIMVO*.
- Domínguez, C. y Flecha, A. Fernández, M. (2004). Mujeres gitanas y mercado laboral: mecanismos para superar su triple exclusión. *LAN HARREMANAK/11 (2004-II) (81-93)*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1067706.pdf>
- Esparcía, M. J. (2009). Mujer gitana e integración. In *Anales de historia contemporánea* (No. 25, pp. 213-232). Servicio de Publicaciones.
- FAGA (Sin Fecha). *Fundadora de FAGA*. Recuperado de http://fagaragon.org/?page_id=26
- Flecha, A (2013). Vidas más sanas para los grupos minoritarios europeos: escuela y atención médica, lecciones de los romaníes. *International Journal of Enviromental Research and Public Health. 10* (8), 3089-3111. Recuperado de
- FSG (2009). *HEALTH AND THE ROMA COMMUNITY, ANALYSIS OF THE SITUATION IN EUROPE. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.

FSG (2013). *Salud, prevención de adicciones y juventud gitana en Europa: manual y acciones para la práctica dirigido a profesionales de la salud y de la intervención social*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.

Fundación Secretariado Gitano (2012). *Guía de Intervención Social con población gitana desde la perspectiva de género*. Madrid: Fundación Secretariado Gitano.

Fundación Secretariado Gitano (Sin Fecha). *La comunidad gitana*. Recuperado de https://www.gitanos.org/la_comunidad_gitana/index.php

García Ferrando, M., Ibáñez, J., y Alvira, F. (1986). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza, 3.

Gitano, F. S. (2013). *Estrategia Nacional Para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012–2020*. Fundación Secretariado Gitano, Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, Spain.

La Parra, D. y Gil, D. y Jiménez, A (2013). Los procesos de exclusión social y la salud del pueblo Gitano en España. *Gac Sanit.* 2013; 27(5):385–386. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es-los-procesos-exclusion-social-salud-articulo-S0213911113000940>

Macías, F. (2017). *Contribuciones del Pueblo Gitano para luchar contra la Pobreza y Antigitanismo a través de su participación en Actuaciones Educativa de Éxito*. (Tesis doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). *Estrategia Nacional para la inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf

Montañés, M. (2011). *Una aproximación a la realidad de las mujeres gitanas desde la perspectiva de género*. *Acciones e investigaciones sociales*, (29), 87-104.

Parada, M. R. (1997). *El pueblo gitano en España y Aragón: Historia, leyes, costumbres, anécdotas, integración*. IberCaja.

Pérez de la Fuente, O. (2008). Mujeres gitanas. De la exclusión a la esperanza. *Universitas: Revista de filosofía, derecho y política* Nº. 7, 2008, 109-146. Recuperado de <http://universitas.idhbc.es/n07/07-06.pdf>

World Health Organization (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

9. ANEXOS

ANEXO 1. Entrevista Voluntaria 1

Lugar de trabajo: Cruz Roja

Fecha de la entrevista: 11/04/2019

Ocupación: trabajadora social en cruz roja proyecto mayores

Duración: 45 min.

Nombre anónimo: Marta

Lugar de realización entrevista: Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo.

BLOQUE INTRODUCCIÓN

1. ¿Había realizado voluntariado alguna vez antes de comenzar aquí?

Si, estuve con mujeres extranjera en el aprendizaje del español en cruz roja tambien, en el Oliver. Estuve poco tiempo, unos tres meses o así. Claro yo trabajaba, yo soy de monzón de Huesca, trabajaba los fin des de semana entonces entre eso y que se me juntaban con los trabajos entonces lo tuve que dejar. Y ya cuando volví otra vez a hacer voluntariado fue cuando termine las prácticas en el ayuntamiento, estuve en los servicios sociales del norte por la zona de Moverá, Montañana, nos íbamos turnando y como ya empecé a hacer entrevistas, fue el repunte de la crisis, cruz roja hizo un llamamiento para hacer valoraciones que es que era desbordante. Entonces hable con Sandra que era de valoración que ahora está en empleo y le dije oye que acabo de terminar las practicas aquí, y como sabía que estaba acostumbrada a hacer entrevistas allí.

2. ¿Qué le motivo para ser voluntari@ con el colectivo de personas con adicciones?

A raíz de hacer las practicas, que estuve esos tres meses, pues bueno vi que había necesidad, había personas que por sí solas no se veían válidas para poder hacer según qué gestiones como para ir al médico, gestiones administrativas, o algo tan fácil como ir buscar una receta o sacarte el DNI, se veía que no se ven con la posibilidad de ir ellos mismos. Entonces dices jolín son personas que para hacer gestiones tan básicas les cuesta un mundo y luego van indocumentados, o con la recetas que a saber desde cuando las tienen. Fue ahí cuando tuve la idea de quedarme como voluntaria.

Sí que es verdad que yo a conocía los casos de los tres meses entonces como que quería hacer un poco de seguimiento para conocer cómo era la evolución de ellos.

3. ¿Cómo conoció este proyecto?

Como yo ya estaba haciendo voluntariado en valoración y me metí en el master, hablando con la compañera Sandra, le dije oye mira que es que tengo la posibilidad de hacer prácticas voluntarias y claro me gustaría meter cabeza y saber cómo va. Ya que tú puedes estudiar pero hasta que no trabajas o toca la materia no sabes de qué va la cosa. Y me dijo pues mira la UASA es lo que mejor se adapta a lo que tu etas estudiando y le preguntaron a Patricia si le parecía bien tener una alumna de prácticas y le parece bien y fue a raíz de eso.

4. ¿Qué tareas realiza en su voluntariado?

Estuve con Patricia todas las entrevistas, temas administrativos, revisión de expedientes, acompañamientos, con usuarios que se ven algo perdidos sobre todo en búsqueda de empleo, gestiones administrativas, los acompañaba y meter actividades en la intranet.

BLOQUE ADICCIONES

5. ¿Había tenido anteriormente experiencias con grupos de personas con problemas de adicción?

No. Bueno en valoración sí, ya que ahí ves todo, es la puerta de entrada. Y en las prácticas de la universidad como estuve en los servicios sociales, ahí vi adicciones y de todo vaya, fue también la época del repunte de la crisis y estábamos en esa situación, mucha gente se había quedado en el paro, había caído en las adicciones, era una situación muy complicada.

6. ¿Qué imagen tenía de las personas con adicciones?, ¿tenía prejuicios o estereotipos?

Si claro que tenía como todo el mundo. Igual lo asociaba a personas vagas, que no hacían más que beber que no tenían otra cosa. Es complicado porque ya hace años y tirar tan para atrás es complicado. Que eran personas conflictivas, muy conflictivas. Personas que no tienen ningún vínculo afectivo hacia nada, posiblemente. Sin responsabilidades, eso yo pensaba que las personas que tiene adicciones esta tan sumergida que le da igual todo que solo piensa en su dosis y listo. Luego cuando conoces los casos pues ya ves que la cosa cambia y que hay muchos tipos de personas con adicciones hay mucha variedad y ya no es todo tan blanco y negro como una se pensaba en su momento.

7. ¿Ha cambiado su percepción/ imagen sobre este colectivo a través de su papel como voluntario?

Sí, claro. Si por que igual estamos acostumbrados a persona con adicción, persona de grupos/ colectivos en riesgo de exclusión social, muy tipificados muy muy. Peor luego ves que una persona con una vida más o menos estable, normalizada puede sufrir una adicción, entonces como que parece que no es tan blanco o negro, sino que hay una escala de grises ahí tremenda. Que todos somos propenso a poder sufrir un tipo de adicción independientemente de tu estatus social.

Pero claro eso hasta que no te poner a conocer casos te piensas que el perfil es el típico persona sin hogar que está viviendo en la calle o típico adolescente que se va todos los fin des de borrachera y que es un poco gamberro y te quedas con 4 coas más y luego ya ves que la cosa cambia bastante.

8. Hay situaciones en las que puede ocurrir que la gente hable, nos mire etc. ¿Se sientes juzgado cuándo realizas voluntariado?

Nunca. No he sentido que me mirasen extraño por hacer un acompañamiento. Nunca.

9. ¿Cómo es la relación con los usuarios?

Pues buena. Bueno alguna vez me he encontrado con ellos, no en la calle, pero si en la oficina, con algún usuario que los mandan a valoración o que vienen a recoger alguna tarjeta y buena, si se acuerdan de mí. Te saludan, te preguntan como estas, nunca me meto en sus asuntos concreto pero si les pregunto que tal y me alegro de verlos. Y mientras realizado acompañamiento igual, no me siento incomoda con ellos ni nada por el estilo, la relación es buena, incluso se abren más que en despacho y los puedes conocer mejor.

10. ¿Qué le aporta realizar (formar parte de este proyecto de CR) este voluntariado?

Te da una visión bastante amplia y te da a conocer lo diferentes que somos las personas, no somos todos iguales, somos tan diferentes y de eta manera te permite ampliar y tener un visón y no juzgar tan libremente

y te acerca también a las personas. Te hace más humano y aunque dices que diferencia hay entre esta persona conmigo. Por qué el paso esto y esto y ahora está en esta situación, pero y si me llegara a pasar a mí, yo creo que hubiera acabado igual posiblemente. Entonces la empatía aquí es un papel muy importante porque creo que te hace sentir persona, estamos normalmente en nuestra nube, en nuestro globo y pensamos que somos intocables y que nada te afecta y de un día a otro se nos puede cruzar y a saber dónde podemos acabar y es una manera de darte cuenta de lo afortunados que somos porque de otra manera como te das cuenta si estás viviendo en tu mundo, y todo lo tienes tan resuelto y tan bien. Y luego ves otros casos y dices otras.

Creo que el voluntariado con personas en riesgo de exclusión social es una manera de tener los pies en suelo a mi entender.

11. ¿Qué considera que aporta al proyecto, a las personas etc.?

Creo que de alguna manera a estas personas que están tan solas y apartadas y el que existamos creo que es una manera de darles esperanza. De decir ostras el mundo no me ha dejado de lado, hay personas que me comprenden que este así y no me juzgan. Porque lo que hacemos en la sociedad es todo lo que se sale de lo normal, adiós.

Es una manera que no los aportamos, sino que sus circunstancias no han sido las más propicias y eso te ha llevado a estar así pero que eres persona igual que yo, es una manera de engancharlo y meterlo otra vez. Yo creo que de esa manera nosotros podemos integrar a los miembros de la sociedad, estamos todos, no podemos excluir a unos porque no sigan la misma pauta, la labor del voluntario es muy importante porque ayudamos a educar y no estigmatizar a la gente. E incluirlos en la sociedad.

12. ¿Podría destacar algunos aspectos positivos en la realización de voluntariado?

Saber escuchar, desarrollas la habilidad de poder escuchar a la persona que muchas veces cuando se ponen hablar dices no entiendo a qué viene o no sé porque lo está diciendo pero luego a rato, en la conversación entiende el porque te lo dice. No se es un poco raro, en la situación yo lo entiendo peor igual es un poco raro al contarlo.

Pero la escucha activa y el saber escuchar yo creo que es una de las cosas, ya que no escuchamos, tenemos nuestro discurso propio, y luego lo vomitamos y el asimilar lo que nos dice la otra persona y el entenderlo cuando estamos en una sociedad que tan individualista y tan egoísta es muy complicado. Yo creo que eso es lo más importante o lo que me ha valido a mí a la hora de tratar luego con personas.

13. ¿Qué mejoras se podrían hacer en relación al papel del voluntario?

Por parte del voluntariado creo que se podría intentar, siendo que estas personas o nosotros en general tenemos cierto acercamiento a estas personas sobre todo entendimiento, intentar transmitir esto que vemos a las personas de la sociedad. Porque sería un amana de que se dieran más casos pro que normalmente estas personas que acuden estos centros es bien por vía judicial o porque ya no pueden más se han quedado solos y muchas veces dices, si hubiera ido antes, hubiéramos prevenido muchos. Y la intervención y tratamiento sería menos doloroso. Yo creo que el voluntariado podría intentar hacer ver cuál es la situación de estas personas para sensibilizar a la población en general porque si los sensibilizamos igual es más fácil trabajar luego con ellos y ayudar a su integración. Pero trabajar con estas personas cuando la sociedad le está dando la espalda es complicado. Nosotros vamos a poner todo de nuestra parte pero si la sociedad no

lo asimila, porque por ejemplo si a al ahora de buscar trabaja no te van a coger porque tiene un problema de adicción es que no estas ayudando.

14. ¿Consideras que es un voluntariado poco conocido?

Si, totalmente. Tambien depende de las rachas, ahora se conoce más el voluntariado en ayuda humanitaria pro la situación que estamos viviendo y el tema de adicciones igual ya no se conocen tanto porque ya no se ve tanto en los medios de comunicación. Luego que la sociedad señala a estas personas, como que tú eres un borracho un drogadicto y te parto, no se presta a decir porque esta persona es así. Por qué nadie elige estar así. Lo juzga en vez de ayudarlo.

15. ¿Se sientes valorado como voluntario, tanto por parte de los usuarios como de los profesionales?

Si. Además he tenido la gran fortuna de ver las dos partes cuando yo he realizado voluntariado veo cómo me tratan los usuarios y los técnicos y ahora que estoy del otro lado valora un montón a los voluntarios. No puedes realizar todo tu trabaja sin la ayuda de ellos. Para hacer cualquier acompañamiento o gestión administrativa.

BLOQUE MUJER GITANA Y ADICCIONES

16. ¿Tienes alguna experiencia como voluntario con mujeres?

Si. Cuando estuve en la enseñanza con el español con mujeres marroquíes. Con madres solteras en valoración.

17. ¿Y con mujeres gitanas adicciones?

Sí, me estoy acordando de un caso concreto.

18. ¿Cuál es tu experiencia?

Bien, la relación fue buena, cuando la conocí estaba ya en un tratamiento muy avanzado, llevaba ya años allí y lo que pasa es que ya todo el tema de cómo se siente y tal ya lo tenía atrás. Pero cuando me leí el expediente sí que es verdad que sí que se leía que se sentía estigmatizada por consumir y por su condición. Realizo varios trabajos que para su etnia no estaban bien vistos, fue apartada pro la familia.

19. Qué destacarías, detalles...

Yo creo que cuando hacemos este tipo de voluntariado tienes que tener muy en cuenta el tipo de perfil con el que estás trabajando, no es lo mismo trabajar con mujeres gitanas que paya o musulmanas o con hombres. Te tienes que adaptar a la situación o saber cuál son sus costumbres pro no faltar al respeto es una de las cosas que hay que tener en cuenta, entender porque actúan de esa manera.

Igual para ellas el casarse pronto está muy asimilado en su cultura para que no te pase nada pero la sociedad no lo ve así porque se nos cría y educa de otra manera.

A la hora de trabar y estar con ellas tú tienes que tener muy en cuenta esas cosas, que para ti aunque parezca sin valor para ellas es muy importante. Sabe comprender por qué actúan de esa manera.

El tema cultural es muy importante el conocerla principalmente para trabar con ellas, pero no solo con gitanas sin con cualquier otra.

ANEXO 2. Entrevista Voluntaria 2

Lugar de trabajo: UASA Cruz Roja

Fecha de la entrevista: 03/04/2019

Ocupación: Estudiante de Trabajo Social

Duración: 35 min.

Nombre anónimo: Cristina

Lugar de realización entrevista: Facultad Ciencias Sociales y del Trabajo.

BLOQUE INTRODUCCIÓN

1. ¿Había realizado voluntariado alguna vez antes de comenzar aquí?

He estado realizando voluntariado meses antes en el proyecto de atención integral a personas sin hogar, a partir del mes de septiembre y a raíz de estar en ese voluntariado me anime a participar en este.

2. ¿Qué le motivo para ser voluntari@ con el colectivo de personas con adicciones?

Quizás el desconocimiento de este colectivo, veo que muy poca gente participa con ellos. Entonces el poder conocer un poca más sobre ellos y a la hora de aprender a intervenir con este colectivo como futura trabajadora social, a través de los acompañamiento o lo que nos pidan. El aprender a trabajar con ellos.

3. ¿Cómo conoció este proyecto?

Pues como he dicho antes a raíz de mis prácticas profesionales de la universidad en cruz roja, en el proyecto de atención integral a personas sin hogar, estamos en el mismo edificio de cruz roja y bueno pues otra compañera de la universidad también empezó sus prácticas allí y me surgió la curiosidad de formar parte de ese proyecto.

4. ¿Cuánto tiempo lleva realizando/ siendo voluntario del proyecto?

Poco, la verdad, unos meses.

5. ¿Qué tareas realiza en su voluntariado?

Principalmente de momento ya que llevo muy poco tiempo he realizado algún acompañamiento, bien a servicios sociales o al hospital. Simplemente, de momento, acompañamientos.

BLOQUE ADICCIONES

6. ¿Había tenido anteriormente experiencias con grupos de personas con problemas de adicción?

A raíz de mis prácticas, tiene que ver mucho las personas sin hogar con problemas de adicción, entonces quizás a través de las entrevistas y las intervenciones con estas personas sí que te das cuenta que pueden tener problemas de adicción lo que pasa que tratar como tal la problemática de adicción nosotros no podemos pero sí que había tenido contacto/ experiencia con personas con adicciones.

7. ¿Qué imagen tenía de las personas con adicciones?, ¿tenía prejuicios o estereotipos?

Sí, yo creo que como toda persona humana también aunque orientemos un poco por lo social, también tenemos prejuicios y estereotipos, o estigmas. Quizás por las pintas, o el hecho de ver que están colocados, el cómo va a actuar, el miedo a desconocer cómo pueden actuar.

8. ¿Ha cambiado su percepción/ imagen sobre este colectivo a través de su papel como voluntario?

Mucho, como todo, por eso por el hecho de ese desconocimiento, una vez que trabajas con ellos te das cuenta que la mayoría de los prejuicios y estereotipos no son verdad o por lo menos no tan generalizado, porque de todo hay en esta vida, pero sobre todo no tan generalizados como la gente se piensa.

Me imagino que esto pasa con todo tipo de colectivos. Que hasta que no trabajas con ellos no te da cuenta que verdaderamente no son lo que la gente se piensa.

Hay situaciones en las que puede ocurrir que la gente te observe, mira...

9. Hay situaciones en las que puede ocurrir que la gente hable, nos mire etc. ¿Se sientes juzgado cuándo realizas voluntariado?

No he realizado muchos acompañamiento pero en ese caso sí. Recuerdo un caso, acompañe a un usuario al hospital y fuimos en autobús y tranvía y claro, el aspecto de esa persona quizá no era el más adecuado, y sí que nos miraba mucho la gente, era como, que hace una chica joven así vestida con una persona tan diferente así vestida. No nos dijo nada ni mucho menos pero la gente sí que es verdad que nos miraba mucho.

10. ¿Cómo es la relación con los usuarios?

Muy buena y a pesar de no conocerlos, al estar en oro proyecto, es la primera vez que los he visto pero muy buena. Súper respetuosos, generalmente muy agradecidos siempre dan las gracias por acompañarlos. Hacen que tú seas su portavoz, por ejemplo, si vamos al médico, que seas tú la que hables con la doctora, que me lo expliquen a mí y no a él. Las situaciones han sido muy cómodas y gratificantes.

11. Entonces, ¿te sientes agradecida por su parte?

Mucho. Y de hecho muchas veces aprovechas, yo creo en mi opinión, en lo que llevo de tiempo, te cuentan muchas más cosas cuando realizas estos acompañamientos que cuando estas en un despacho interviniendo. Es totalmente diferente. Te cuentan de su vida, antepasados, familia, te pueden contar la vida en verso. Peor claro de puertas para dentro en un trabajo de intervención ya no es lo mismo. Igual puede que se cohíban mucho más, se ven mucho más libres y agradecidos.

12. ¿Qué le aporta realizar (formar parte de este proyecto de CR) este voluntariado?

Me gusta mucho ya que considero que aporta muchas cosas. Para juzgar a una persona lo primero que hay que hacer es conocerla y luego ya habla. Hay que romper con los prejuicios y estereotipos que sufren estas personas. Me gusta implicarme con ellos ya que es un colectivo que considero que es muy vulnerable y que necesitan mucha más ayuda de la que la gente les da. Entonces el poder formar una pequeña parte de ese proceso me gusta.

13. ¿Qué considera que aporta al proyecto, a las personas etc.?

Ya que considero que hay pocos profesionales que se puedan decidir a ello la parte del voluntariado es muy importante ya que en parte “quitamos” como una parte de ese trabajo que no es tan profesional como el que desarrolla el ts y a su vez nos enriquece como personas a los voluntarios, es como un feedback. Ellos no aportan y nosotros le aportamos al profesional ya que le quitamos trabajo.

14. ¿Podría destacar algunos aspectos positivos en la realización de voluntariado?

En mi caso al estar estudiando y al ejercer en un futuro de trabajadora social, pues el poder practicar con ellos, el ejercitar la escucha activa, aprender a escucharles, a juzgarles, aprender a trabajar y tratar con ellos ya que en la carrera apenas trabajamos el ámbito de las adicciones, es desconocido para nosotros.

15. ¿Qué mejoras se podrían hacer en relación al papel del voluntario?

Yo llevo muy poquito tiempo en el proyecto, pero no sé, el hacer algún otro tipo de actividades con ellos, que no sean solo acompañamientos. Igual me porque a mí me gusta más, se podrían crear actividades orientadas al ocio y tiempo libre, participar con ellos en actividades, para crear otro tipo de relación que no sea solo el realizar el acompañamiento y vale. Intervenir un poco más, peor claro esa es mi percepción y mi caso igual a otras personas eso no les gusta y solo los acompañan y vale.

También hay que tener en cuenta el horario de las personas, ya que el voluntariado se hace porque se quiere. Igual hay personas que tiene tiempo libre y no les gusta hacer acompañamientos pero sí que pueden realizar otro tipo de actividades con este colectivo. Como el ir al cine, concurso de fotografía...

16. ¿Crees que este tipo de voluntario es desconocido para la población?

Sí, totalmente. Es lo mismo que digo antes, considero que las personas con adicciones es un colectivo súper desconocido para toda la población. Tanto para profesionales como para el resto de la población y con muchos estigmas.

17. ¿Se sientes valorado como voluntario, tanto por parte de los usuarios como de los profesionales?

Sí, precisamente llevo poco tiempo pero no tengo ningún tipo de queja, ya que en cuento sale cualquier acompañamiento o hay que hacer algo dicen si tenemos disponibilidad para poder realizarlo y per agradecido y te facilitan todo lo que pueden.

BLOQUE MUJER GITANA Y ADICCIONES

18. ¿Tienes alguna experiencia como voluntario con mujeres?

Con mujeres, estoy haciendo mi tfg de mujeres pero orientada a mujeres sin hogar y experiencia como tal con mujeres no.

19. ¿Y con mujeres gitanas?

Concretamente hice las prácticas de mi grado superior en barrio Oliver, estuve en un centro socio labora y bastante población de allí del barrio Oliver era gitana, eran chicos jóvenes pero a su vez se trabaja con las familias, experiencia de intervenir como tal con mujeres gitanas no pero sí que he tendió contacto con ellas.

20. Qué destacarías, detalles...

También el tema de los prejuicios, hay que conocerlas, ya que es un colectivo que bajo mi opinión se aíslan mucho, ellos tienen sus prejuicios y estereotipos y forman su gueto y es muy difícil el, no el intervenir con ellos, pero si quizás el entrar en ese grupo. Es muy difícil, pero como todo hay que conocerlos y ya juzgarlos

ANEXO 3. Entrevista Directora Provincial de voluntariado CRZ.

Lugar de trabajo: Cruz Roja

Fecha de la entrevista: 29/03/2019

Ocupación: Directora Provincial de Voluntariado de Cruz Roja

Duración: 38 min.

Nombre anónimo: Rosa

Lugar de realización entrevista: Cruz Roja Zaragoza.

BLOQUE VOLUNTARIADO

1. Cuéntame un poco lo que haces aquí, cuál es tu función....

Yo soy la directora provincial del voluntariado mi trabajo es el control de la gestión del voluntariado en toda la provincia, no solo en Zaragoza capital, sino en toda la provincia. Entonces, tenemos varias asambleas locales, tenemos un sistema de gestión unificado, todos gestionamos de la misma manera los datos. No es tanta acción de voluntariado sino gestión del voluntariado. Desde aquí, desde este departamento se hace la acogida a la persona que quiere ser voluntaria, se le da toda la información se les hacen entrevistas se les da la formación una vez que tiene todo el proceso terminado ya se derivan a los proyectos y ya voluntariado hace el seguimiento una vez pero ya no está en este departamento el voluntario.

Una vez que el voluntario tiene actividad ya no pertenece a este departamento, sino al de los proyectos en los que participa como voluntario. Lo que sí que hacemos es que todos los proyectos que tiene muchas actividades de mucho volumen de voluntarios los gestiona el departamento de voluntariado porque tenemos más capacidad, estamos más acostumbradas. Entonces las recogidas de alimentos, cuando se hace el recuento de personas sin hogar, toda esa gestión de volumen de voluntariado se hace en el departamento.

2. ¿Qué importancia crees que tiene el papel del voluntariado en CRE?

Cruz roja es una entidad de voluntarios, el papel es fundamental, sin ellos no existiría la cruz roja. De hecho, la presidenta es voluntaria, los miembros del comité son voluntarios, y son los que aprueban el presupuesto, el plan de acción. Dentro de unos días va haber asamblea nacional, donde se aprueban el trabajo de todas la Cruz Rojas, todas trabajamos igual. Con los mismos proyectos, con los mismos plan de acción en todas la provincias. Y es general, pero se hace con voluntarios todo. Los técnicos estamos para apoyar la labor de los voluntarios.

3. ¿Las personas para ser voluntarias, necesitan cumplir algunos requisitos? ¿Cuales?

El único requisito es tener tiempo, que parece una chorrada pero hay gente que viene y no tiene tiempo, se puede hacer hasta voluntariado virtual, pero hay que tener tiempo, lo demás intentamos que todo el mundo que se acerque y que quiera hacer voluntariado encontrarle una actividad que este adecuada a sus capacidades y a lo que él quiera. Si quiere subir a la ambulancia no puede subir todo el mundo sino tienes una formación, ya puedes querer pero no se puede. Pero se pueden hacer otras cosas, se intenta que todos encuentren lo que quieren. Los requisitos son: se viene aquí, aunque hay unos requisitos que pone la ley, como no tener delitos, no tener antecedentes, firmando un papel que diga que no los tienes, y no tener delitos penales sexuales. Y luego ya haces una formación de la cruz roja, pasas una entrevista y ya te incorpora a la actividad. No es muy largo ni hay muchos problemas de incorporación. Cualquiera puede hacer

el curso de formación básica. Sino lo puedes hacer con line porque tu capacidades no te dan para hacer on line porque hay gente mayor que quiere hacer voluntariado y no puede hacer un curso on line, se dan cursos presenciales, que es una charla de 4 horas donde te explican todo porque es importantísimo que sepan donde entran. Cruz Roja tiene unos principios fundamentales muy claros, entonces si no sabes el principio de humanidad, neutralidad, que aquí todo el mundo es igual, que se trata a todo el mundo igual, pues siesos principios no los tienes claros pues no puedes ser miembro de la cruz roja.

4. ¿Hay diferencias en el volumen de voluntarios en los diferentes proyectos?

Si, sí. Hay proyectos estrella, quiero decir que hay gente, por ejemplo, infancia hospitalizada, todo el mundo quiere ir ayudar a los niños que están en el hospital. La UASA es un más vocacional, en estos hay menos voluntarios, hay cosas súper concretas, te tiene que gustar mucho para hacer ese tipo de voluntariado. Pero por ejemplo al de niños, todo lo que tenga que ver con los niños, ese esta siempre lleno, siempre. Con niños de ocio y tiempo libre, porque el refuerzo escolar es mucho más difícil de cubrir porque es muy exigente, horarios muy concretos, hay que estar todas las tardes porque el niño tampoco pude tener 80 profesores diferentes. Ese es más problema, pero todo lo que tenga que ver con ocio y tiempo libre de niños, con el hospital todos esos sin ningún problema.

5. ¿Cuándo llegan aquí, preguntan para formar parte de un proyecto en concreto o tras vuestra explicación deciden integrarse en uno en concreto?

Hay gente que viene con algo muy determinado que dice que es lo que quiere hacer, como que quiero ir en la ambulancia, quiero hacer el curso de socorros y emergencias y quiero ir en la ambulancia. Sí que les explicamos todos pero va directamente a ese proyecto.

Cuando no los vemos muy claros, nosotros tenemos algunas necesidades en algunos proyectos, como profesores para la eso, para los jóvenes que han dejado estudios y tiene que volverse a incorporar a los estudios, padres que intentamos que se saquen la eso, eso no cuesta un montón. Traductores, gente que sepa muy bien francés, porque tenemos un centro de atención humanitaria, los que llegan directamente en patera, necesitamos un montón de gente que hable francés para las actividades con ellos, hay necesidades muy importantes que sí que cuando viene sin no saben qué hacer les comentamos las necesidades que tenemos.

Lo que pasa es que luego el ves la cara, le estas explicando una cosa y ves que no le gusta. La UASA, sino la piden, ni si quiera la ofrecemos. Porque entendemos que es muy vocacional, sin embargo, todas las campañas de sensibilización, de salud, que están vinculadas a la Cruz Roja, porque nosotros hemos nacido como una cosa sanitaria, entonces todas esas campañas, no hay problema, las explicas, como ir a los colegios, hacer talleres en la calle, esas no hay ningún problema, pero la actividad pura y dura de adicciones es súper complicada, o quieres, porque traes de casa la querencia, o es súper complicado y difícil.

Pero luego tenemos un montón de actividades, para cuando no lo tienen claro, actividades muy light para empezar en la cr e ir conociendo la institución y luego no podemos ningún apega si te quieres cambiar de proyecto.

Hay gente que va a personas mayores y a los dos días viene y dice mira me he dado cuenta que no puedo estar con personas mayores, porque no tengo paciencia, o me recuerda a mi madre que se murió, y no puedo hacer esto pue se le cambia de proyecto, se le explican otras cosas en este departamento y nadie se ofende, no spas nada van a otro proyecto y no pasa nada, nadie se ofende.

BLOQUE UASA, ADICCIONES...

Ahora te pregunto un poco más sobre adicciones

6. ¿Qué voluntariado hay en la UASA? Qué perfiles tienen, edades...

En el proyecto de promotores de salud hay 11 voluntarios, de apoyo administrativo hay 4, monitores de taller hay 6 y voluntarios de acompañamiento tienen 9.

Están al 50% entre chicos y chicas, en el de promotores de la salud son más chicas que chicos, pero vamos parecido.

En el proyecto de jóvenes promotores tiene 12, de apoyo administrativo 8, de talleres tienen 11 y voluntarios de acompañamiento tiene 13. Es mucha gente, para el proyecto que es con sus dificultades. De promotores están más chicas, y de talleres también más mujeres. Y en el de acompañamiento también.

En general en cruz roja hay más mujeres que hombres. No es una diferencia más notable pero sí es mayor.

7. ¿Cómo funciona? ¿Qué tareas principales hace el voluntariado?

Es un proyecto más difícil, tiene médico, que no es voluntario, es un trabajador, enfermera, y psicóloga que también son trabajadoras. La parte de talleres la hacen los voluntarios los diseñan junto al equipo técnico, los talleres lo realizan los voluntarios, luego el seguimiento, acompañamiento a las actividades, al médico, eso siempre lo tiene que hacer los voluntarios.

Tiene unas tareas específicas que además no tiene sentido que lo haga el trabajador, porque el trabajador está para gestionar en la oficina muchas cosas pero el voluntario está para hacer el seguimiento y el acompañamiento al usuarios/ enfermo, ya que las adicciones no deja de ser una enfermedad.

8. ¿Podrías decirme cómo ha ido evolucionando a lo largo de los años, ha aumentado, disminuido, etc.?

Yo creo que es un voluntariado bastante estable, como es un voluntariado un poco frustrante, hay dos tipos de voluntariado los que son de la UASA que llevan muchos años que saben lo que quieren que saben que esa frustración es la lógica en esta actividad voluntaria y luego entran los que quieren salvar el mundo. Ese se frustra mucho ya que es un colectivo que es muy difícil trabajar con ellos, tú crees que va bien y luego no va bien, tiene muchos éxitos, pero es verdad que el camino es frustrante duro y el trabajar con ellos es muy duro.

Entonces yo creo que hay los dos perfiles, los que son muy estables, que llevan mucho tiempo y sí que saben dónde están y luego la gente que entra. No dejamos entrar voluntariado muy joven a la UASA porque además es un usuario muy manipulador, y tiene unos problemas bastante importantes. Necesitamos gente con la cabeza centrada, por lo que si tiene 20 tampoco desde la institución te animan hacer voluntariado en la UASA.

Intentamos que la gente tenga más edad, que está más hecha, porque no es un voluntariado fácil.

9. ¿Hay diferencias en cuanto al número de voluntarios en la UASA de las diferentes comunidades autónomas?

Sí, en Teruel solo tiene 2 voluntarios.

10. ¿Qué tipo de perfil es el que podemos encontrar en proyecto mantenimiento de centros ambulatorios (ahora ha cambiado el nombre del proyecto)?

Hay bastante psicólogo y trabajadores sociales, porque es muy vocacional y gente que ha estudiado eso. Para lo de los talleres no tanto, y par acompañamiento igual, es perfil menos específico.

Es cierto, que hay más psicólogo y trabajador social pero porque creo que estudian eso y tienen esa necesidad vital que tienes en tu vida.

BLOQUE MUJER

11. ¿Son diferentes las actuaciones o realidades de hombres consumidores y mujeres?

No. Aquí cuando entras no se hace distinción seas hombre o mujer. Es cierto que la mujeres suelen elegir actividades más feminizadas y hombres más masculinizados pero también hay chicas o chicos en actividades que pueden considerarse en la sociedad más del sexo contrario. Institucionalmente la oferta es igual. No diferenciamos si es hombre o mujer aquí en el voluntariado o el género que tenga. No se le pregunta si es hombre o mujer si es alto o bajo, se tiene en cuenta si tiene capacidad para desarrollar la actividad de voluntario. Si no la tienes no se le ofrece.

12. ¿Conoces algún caso concreto de voluntariado con mujer gitana? ¿Cuál es la realidad según tu experiencia de este colectivo en relación al voluntariado?

Tenemos voluntarias gitanas, chicos yo creo que no tenemos. Funcionan fenomenal, pero es que no les preguntamos, sabemos que son gitanas pero podríamos no saberlo, es que no se les pregunta nada, si cumplen los requisitos no hay problema que vengan a las actividades.

¿Qué conoces acerca del voluntariado con mujeres gitanas y problemas de adicción?

La verdad que no tengo ni idea del tema. Te mentiría si te dijera algo.

13. ¿Destacarías alguna cuestión sobre género en relación al voluntariado?

La verdad es una cosa que a nosotras no sabe un poco malo, porque aquí no se hace distinción, de hecho en Cr está el empoderamiento a las mujeres, pero de este departamento nunca se ha hecho una distinción de género, ni por actividad ni por nada. Se hace la misma oferta a hombres y mujeres. La oferta es muy abierta y no hacemos ningún tipo de diferencia desde aquí hacia fuera, luego ya la respuesta puede ser diferentes, que hombres no quieran hacer una actividad que sea más de perfil femenino. Y viceversa. Pero también hay mucha gente que sí que lo hace.

El voluntariado con adicciones es muy difícil, ya que es muy complicado trabajar con los usuarios. Es muy duro

BLOQUE CIERRE

14. ¿Alguna pregunta que quieras hacer o cuestión a destacar?

No.

ANEXO 4. Entrevista Trabajadora Social UASA.

Lugar de trabajo: UASA Cruz Roja Zaragoza.

Fecha de la entrevista: 09/052019

Ocupación: Trabajadora Social

Duración: 50 min.

Nombre anónimo: Julia

Lugar de realización entrevista: UASA de Cruz Roja Zaragoza.

CENTRO

1. ¿Qué funciones desarrollas como TS en este centro?

Me presento, soy Patricia Borraz Jaria, Trabajadora Social de la Unidad de atención y seguimiento de las adicciones de cruz roja Zaragoza desde el 2014, hace 5 años, lo que pasa es que ha habido algún año de interrupción por embarazo y excedencia. Y bueno, en 2007 también estuve haciendo una sustitución, ya hace unos cuantos años que esto en contacto con la unidad.

Como TS de este centro me encargo de las primera entrevista, de realizar la acogida e información a los nuevos pacientes y conocer su historia social y de relación con el consumo de toxico que es por lo que se supone que vienen y a lo que van a ser tratados. Para abandonar el consumo de las sustancias, sino lo han hecho ya o para prevenir recaídas

Después de esa primera entrevista y acogida, dependiendo de las características de cada paciente, hay con quienes sí que continuo interviniendo en distintas áreas como puede ser laboral, formativa, vivienda, habilidades sociales, relaciones sociales, espacio de ocio y tiempo libre y ahí otros casos si no existe carencias en esas áreas porque tienen habilidades, porque tienen herramientas, llevan una vida relativamente estable a pesar de enfermedad, en esos caso me encargo de hacer seguimiento. Dentro del seguimiento reforzar aquellos casos en los que está lleno y evolucionado positivamente el tratamiento que se mantiene en abstinencia, alcanza nuevos objetivos. Si por ejemplo está reduciendo gradualmente el consumo y llega a un consumo 0, a una abstinencia de la sustancia pues eso tanto yo como el resto del equipo de la unidad, somos conscientes que hay que animar, dar enhorabuena, reforzarlo para que continúe en esa línea.

En aquellos caso en los que no funciona, o no está yendo también el tratamiento hay que recordar porque están aquí, hacerles conscientes cual es el objetivo del porque vienen aquí, ya que ellos vienen voluntariamente, la mayoría. Alargar una intervención que no está siendo fructífera para ninguna de las partes pues igual no es el momento y hay que posponerlo. Hay pacientes que sufren otras enfermedades que están siendo atendidos por otros especialista y que tampoco tiene adherencia al tratamiento ni los están siguiendo tal cual lo han prescrito y los abandonan. Aquí en adicciones sucede lo mismos.

Sí que por ejemplo, desde nuestra institución Cruz Roja, teniendo en cuenta que trabajamos con las personas y que cada vez queremos estar más cerca de ellas pues intentamos si no viene a las citas llamar, intentamos localizarlos y preguntar o averiguar porque han dejado de venir, e incluso hacer atención telefónica, cosa que en la seguridad social igual otros profesionales no pueden invertir ese tiempo. También depende del volumen que se atienden en cada recurso.

Cuando se da la alta terapéutica, si es el caso, procedemos a la despedida. Lo ideal sería que una vez dado de alta los pacientes aun continuaremos en contacto con ellos para corroborar que siguen en abstinencia y no ha habido recaída y si es el caso saben que pueden volver a la caso y retomar tratamiento.

Como TS y teniendo en cuenta de donde realizamos nuestra labor, me encargo de la recepción e información de nuevos voluntarios del proyecto, gestión de actividades con ellos, sobre todo de acompañamiento o de campaña puntuales relacionadas con temas de salud muy vinculados al tema de las adicciones o a otros temas de salud que pueden ser positivos como por ejemplo la formación en enfermedades de transmisión sexual, hay voluntarios que sí que han llevado estos talleres cursos con pacientes. Hay pacientes que no llegan a participar en eso talleres pero sí que son acompañados en gestiones que realizamos el día a día, acompañamientos a centros de salud, a especialistas, trabajar con ellos la búsqueda de empleo de vivienda, alguna actividad de ocio.

Hace poco un voluntario de la UASA, participo en una actividad de ocio y tiempo libre organizada por otra organización, ponemos en comunicación voluntarios y profesionales de otras organizaciones o entidades que trabajan con el mismo perfil de personas que atendemos aquí.

2. ¿Cuál es el perfil de personas que más se repite?

Basándonos un poco en los datos de la memoria de 2018, que todavía no está publicada, los pacientes que acuden a la UASA de CR, son sobre todo hombres, de más de 51 años. Teniendo en cuenta el origen de este centro, que en su día era un centro destinado al mantenimiento con metadona de paciente con adicción a opiáceos, pues muchos de esos que vinieron en su día continúan hoy en día, y son los que marcan un poco el perfil. No solo consumen esa sustancia o al han consumido, sino que se dan a la vez otros consumo sobre todo tabaco, alcohol y cannabis. Suelen ser personas que están solas o separadas y viviendo con la familia de origen. Desempleados en un alto porcentaje, tambien los hay que trabajan y que llevan una vida normalizada, no son la mayoría pero bueno.

En relación a si tienen antecedentes en su familia respecto a que hayan sido consumidores, por ejemplo, entre los hombres, en 2018, 116 no tenían antecedentes familiares y un 99 sí. En el caso de las mujeres 29 no tenían antecedentes y 33 sí que tenían. Está visto que la mayoría no tiene y las mujeres la mayoría sí que los tienen.

Y en cuanto a la forma de vivienda en la que se encuentran la mayoría de los pacientes están de alquiler. Los hombres suelen vivir en su mayoría con la familia de origen y las mujeres con la suya propia. Y en cuanto al estado civil que he comentado, la mujeres en su mayoría están solteras y los hombres tambien.

3. ¿Demandan ayuda más hombres que mujeres?

Sí, sí. Y eso puede estar motivado por distintas causas. Bien porque están invisibilizadas, por que el perfil de mujer con adicciones suele ser con adicciones a sustancias más bien licitas, que las ilícitas, tabaco, alcohol y medicación psiquiátrica. Ese estigma que hay, o doble estigma que puede haber las propias mujeres prefieren no alimentar, entre comillas, ocultándolo, pueden ser causas por las que ellas no vengan. Por qué haber las hay.

MUJERES GITANAS

4. Respeto a la comunidad gitana ¿es un colectivo que demanda ayuda? ¿Tanto hombres como mujeres?

Que demanden ayuda en tema de tratamiento por tema de adicción entre los hombres podría decirse, que dentro de la población de etnia gitana, hay mucho consumo de sustancia como de los opiáceos, y bueno, destacan sobre todo pacientes de etnia gitana hombres. Mujeres son las menos en general y de etnia gitana más en particular. Porque por cultura y por religión, el ser consumidora de tóxicos y ya reconocer que hay una enfermedad si se conoce dentro de la familia del clan eso puede ser un motivo de estigma o marginación.

5. ¿Qué experiencia tienes con grupos de personas en riesgo de exclusión social como es la población gitana? ¿Y con mujeres gitanas?

Aquí la experiencia que tenemos es a nivel individual y escaso. Y con bastantes dificultades para abordar ciertos temas como el tema de las relaciones familiares porque lo idóneo en cualquier paciente sea de la etnia que sea, es que su entorno más inmediato, su familia sea conocedor de su problemática y que apoye en el proceso, en estos casos si el paciente o la paciente niega o rechaza ese apoyo, porque para empezar no ha transmitido que está aquí tenemos una barrera en el progreso de su tratamiento. Si están condicionadas a las cargas familiares que tiene que asumir, a sus responsabilidades.

En los años que llevo en el proyecto tratando personas que sufren adicciones contadas casi con una mano las que proceden de etnia gitana e incluso hay alguna que me he enterado al tiempo que era de etnia gitana. No está dentro de nuestras preguntas preguntar si es gitana, tratamos de no hacer distinción en función de. Eso nos permite conocer hasta donde vamos a poder contar con la familia y si de primera sabemos que va haber una barrera dejamos de invertir tiempo en esa área y te centras en la persona y sus potencialidades.

6. Cuéntame un poco sobre la realidad que has ido viendo de la mujer gitana con adicciones, un poco si me puedes explicar la trayectoria en estos años que has ido viendo.

No, no ha habido mucho cambio, estoy pensando en alguna, nombres no voy a dar, destacar de las pacientes que tenemos de etnia gitana son 7, tienen una trayectoria en servicios sociales de demanda de prestaciones de percepción de IAI, de no empleo, de escasa formación y dedicadas principalmente a la crianza de los hijos. Son pacientes que en este caso en tratamiento por opiáceos, no tenemos pacientes de etnia gitana mujeres por otra sustancia. No, dentro de las mujeres no. Sí que tenemos mujeres pacientes sobre todo por alcohol, que también están surgiendo mujeres pacientes, repunte, de cannabis, y algo por consumo de benzodiazepinas pero las que menos. Una de estas también le da a la coca. Son muy pocas.

7. ¿Qué dificultades te has encontrado en el momento de intervenir con mujeres gitanas?

Dentro del área de trabajo social por ejemplo para tratar de que haya una inserción socio laboral es complicado porque culturalmente a la mujer dentro de esta etnia tiene un rol muy conciso y da igual si tiene o no una enfermedad. Suelen ser personas que han vivido en una dinámica de dependencia de los servicios sociales que la verdad que es difícil de recolocar de ahí. Y luego por ejemplo, en cuanto a trabajo en áreas de ocio y tiempo libre, otros hábitos saludables, la higiene, aseo etc., lo de cambiar o intentar mejorar esas actividades de la vida diaria pues es muy complicado, yo proponer propongo lo que considero que es beneficiario para cada una de ellas que aparte de estar en tratamiento farmacológico que algo que mejore su bienestar no solo individual sino en su entorno familiar y social pero de aquí a lo que hace cada una en sus realidades es muy diferente.

8. ¿Qué relevancia crees que tiene la educación para la inclusión de la mujer gitana? ¿Y la participación en otras esferas de la sociedad como la política o el mercado laboral?

Para cualquier mujer, no solo para las gitanas, es fundamental. Vivir en la ignorancia es lo que sería la principal causa de desintegración y muchas de las mujeres de etnia gitana ni siquiera han terminado la educación general básica a de antes y la ESO de ahora.

Sí que alguna de las mujeres de etnia gitana que atendemos aquí, nos han mencionado las asociaciones, organizaciones de etnia gitana en las que han participado pero sobre todo como usuarias, no en consejos o en comité siendo representantes de. En estos casos ninguno. En cuento a empleo sí que alguna ha participado en proyectos de inserción laboral, no dentro de CR, y durante un tiempo han estado formándose y trabajar en eso empleo, pero una vez terminado en ese espacio formativo y laboral, por su cuenta en el mercado libre ya no ha habido continuidad de esa dinámica y todas son muy válidas. Pero fuera de esa burbuja de la formación y el empleo sigue habiendo discriminación.

9. En tu experiencia con mujeres gitanas, ¿te han hablado alguna vez de su religión? En caso afirmativo, ¿qué papel te han contado que ejerce?

Algunas van al culto, sí que ellas mismas dentro de su etnia, de su cultura de su religión lo que han hecho o lo que hacen no está bien. Y aquellos familiares, sobre todo parejas, les recriminan en su mayoría lo obvian que tener una adicción es un problema de salud y las culpabilizan de sus su situación, las responsabilizan y no las apoyan en su proceso.

10. ¿Suelen venir acompañadas de sus parejas?

Lo he intentado pero no. He quedado alguna vez con ellas y que vengan y no ha venido. Una de ellas el marido tiene la misma problemática, y entre ellos se comprenden y se apoyan y se cubren.

En el caso de hombre gitano en tratamiento el apoyo de sus mujeres es incondicional pero no es a la inversa o no suele serlo.

Ellas son más comprensivas con el tipo de enfermedad que sufre la otra parte y a veces hasta se extralimitan y como responsables autorizadas a recoger medicación, vendrían ellas siempre.

A las entrevistas sigue han venido las mujeres. Ya te digo, el apoyo de ellas hacia ellos dentro de la etnia gitana es incondicional, al revés no, no pasa.

VOLUNTARIADO

11. ¿Cuál es el papel que desempeñan los voluntarios en este centro?

A día de hoy una cosa es el perfil que solicitamos que suelen ser personas, hombre mujeres mayores de edad que tengan cierta formación, en área social o sanitaria que tengan habilidades para tratar a personas en distintas circunstancias y que tengan tolerancia a la frustración ya que veces se programan actividades a la cuales vienen muy pocos o ninguno. S citan y llegan tarde y luego pues tiene que comprender los voluntarios que se trata de proceso largos que en un corto periodo de tiempo puede que el paciente se encuentre en el mismo estado que al principio y el voluntario ha de ser empático y comprensible antes esto perfiles.

Dando disponibilidad, a lo largo del año sí que podemos realizar actividades concretas pero no tenemos un calendario con una actividad periódica y constante desde la UASA pedimos disponibilidad y con muy pocos los que contesta o los que tienen la flexibilidad para acudir al día siguiente aun acompañamiento. Y luego que propongo actividades para gestionar por su cuenta no hay mucha iniciativa que igual dentro de nuestro trabajo el motivar y movilizar a los voluntarios forma parte y tampoco tenemos mucho tiempo.

12. ¿Crees que el bajo número de voluntarios se deba a que se desconoce este tipo de voluntariado?

Cuando la persona que está interesada en hacer voluntariado viene a Cr pueden venir con alguna idea preconcebida porque ya conocen a alguien que está haciendo voluntariado y les apetece ir a ese proyecto en particular, sino se las abre todo el abanico de oferta que hay, ya o se por el tipo de actividad o por el perfil de paciente que atendemos hay ciertas reticencias. Los que sois voluntarios del proyecto o bien habéis tenido experiencia haciendo practicas o se han dedicado al trabajo sanitario o se quieren dedicar a trabajar en el ámbito de adicciones cuando acaben sus estudios y quieren entrar en el campo de trabajo o incluso ha habido algún caso que ya ha sido voluntario en su país. Por ejemplo voluntarios inmigrantes que quieren continuar con la labor que hacían en su país pero aquí. Que es otra realidad dentro del área de las adicciones, el caso es que no acabamos de enganchar o crear grupo como por ejemplo puede suceder en otros proyectos que hay actividad diaria que hay una persona de referencia que está al día, dando mal en positivo, convocado y proponiendo actividades y generar vinculo.

13. ¿Cuál es el papel que desempeñan los voluntarios?

Los perfiles de voluntarios que tenemos abiertos son promotores de salud, monitores de talleres, de acompañamiento, de tareas administrativas e incluso alguna vez hemos necesitado a voluntarios conductores. Esos serían los puestos de actividad que dentro de la UASA nos interesa cubrir por voluntarios. Los promotores de salud son los que participan en campañas de información y sensibilización, como el día mundial de la salud, lucha contra el sida, los que realizan acompañamientos son los que vienen a la UASA y hacen alguna tarea de ayuda en búsqueda de empleo, vivienda, los que acuden al domicilio del paciente para acompañarlo a alguna consulta media o algún otro centro, como CAFA, para que el paciente conozca el barrio, los recursos que están a su disposición y conductor por si hay que hacer desplazamiento con vehículos de CR. Y la voluntaria del puesto de administrativo ayuda con la gestión de documentación escaneada o introducción de datos en la basa d datos de Cr, ya que todo lo que hacemos si no lo registramos es como si no lo hiciéramos.

14. ¿Qué experiencia conoces de voluntarios trabajando con población gitana? ¿Y con mujeres gitanas?

Si búsqueda de vivienda, acompañamiento en cuestiones de salud o por ejemplo el último acompañamiento que ha realizado una voluntaria ha sido al centro de día el Encuentro para que un paciente de etnia gitana fuera valorado por el psiquiatra, otro tema la salud mental.

15. ¿Identificas alguna barrera cultural para que el voluntariado trabaje con mujer gitana? En ese caso, ¿cómo se han superado esas barreras?

La verdad es que todos los voluntarios cuando son informados en todas las actividades que pueden participar no se identifican ningún caso si van a ser hombre mujeres y de una etnia u otra y nadie me ha planteado ningún tipo de prejuicio ni problema

Durante el desarrollo de actividades si en algunos casos ha existida barrera por parte del paciente no ha sido y por parte del voluntario se ha esfumado porque son personas que quieren ayudar otras personas que están en situación de dificultad.

Es raro que un voluntario tenga prejuicio sobre otra persona que sea de diferente étnica, cultura, religión si así fuera dentro de CR no tendrían cavidad ya que en nuestros principios eso está extenso.