MINISTERIO DE IGUALDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE IGUALDAD Y PARA LA ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE MUJERES CON ADICCIONES O CONSUMOS ABUSIVOS EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

GÉNERO Y DROGODEPENDENCIAS

Responsable de la investigación, trabajo de campo, análisis y redacción:
Patricia Martínez Redondo. Antropóloga y Educadora Social.

Revisión documental y marco teórico:
Gisela Hansen Rodríguez. Doctora en Psicología Clínica y de la Salud.

© Ministerio de Igualdad
Centro de Publicaciones
C/ Alcalá, 37 - 28071 Madrid

Este estudio ha sido promovido y coordinado por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, y elaborado por Patricia Martínez Redondo (responsable de la investigación, trabajo de campo, análisis y redacción) y Gisela Hansen Rodríguez (revisión documental y marco teórico).

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva de sus autoras y su publicación no significa que la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género se identifique con el mismo.

NIPO en línea: 048-26-010-4

Correo electrónico: dgviolenciagenero@igualdad.gob.es

Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado: https://cpage.mpr.gob.es

Cita recomendada: Martínez-Redondo, P. y Hansen Rodríguez, G. (2026) *Protocolo para el abordaje integral de mujeres con adicciones o consumos abusivos en el sistema de protección a mujeres víctimas de violencia de género.* Delegación del Gobierno contra la violencia de género. Ministerio de Igualdad.

Mujer atendida en Bilbao. El día de la entrevista le daban el alta en los servicios tras 4 años de intervención, tanto a nivel de consumo abusivo como de violencia. Cierra la entrevista con esta declaración (hasta ese momento no había compartido detalles de su historia de vida; se le pidió autorización para emplear esta cita):

> "Yo creo que la atención debería ser siempre conjunta… si… porque yo… Sí, me han ayudado bastante aquí, sí. Siempre me han apoyado sin juzgarme. Es que en mi caso tenía una violencia desde la infancia. Una violencia de… por parte de mi madre, violación por parte de hermanos... Entonces ha ido escalando desde la niñez, escalando la violencia, acompañándome, ¿no? Y que me veo así hoy, pues... Es que… Creo que han hecho un trabajo importante. Ha tardado, pero porque era normal, ¿no? Desde la infancia siendo violada, siendo agredida, siendo… Me robaron la infancia, la adolescencia, la juventud... Me vi también en la prostitución, entonces, claro, yo hoy me veo y digo que… Que puedo, Que he podido... Que otras mujeres, con apoyo, pues… podrán. Es muy importante el apoyo. Pico y pala. Así han ido conmigo. Pico y pala. Y hoy me dan el alta. Me voy tras 4 años de intervención. Seguiré viniendo de vez en cuando a verlas, claro que sí… Porque si no hubiese sido sin su apoyo, yo no dejo el consumo ni a esos señores que me hacían la vida imposible... "

Profesional de la red de violencia:

> "Nosotras aquí hacemos referencia muchas veces a cosas que se nos contaban en la formación en usos de drogas y adicciones en intersección con la violencia machista… Tenemos el manual [de prevención de recaídas con enfoque de género], y si que es verdad que nosotras igual controlábamos más en violencia que en consumos, así que nos ha servido para abrir una mirada diferente de estas mujeres y entender..."

A todas las mujeres supervivientes de violencias de género / machistas y que consumen, de forma abusiva o no, esperamos que este trabajo arroje posibilidad de movimiento y transformación social para un mejor acompañamiento institucional y profesional…

A todas las profesionales y mujeres que han participado en este estudio: gracias por vuestra implicación y análisis compartidos. Sin vosotras, este documento no existiría, o sí, pero con mucha menos calidad y verdad. Gracias, una vez más, por dar un paso al frente.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN Y PERTINENCIA DEL ESTUDIO....7
2. OBJETIVOS....10
3. METODOLOGÍA Y DESARROLLO....11
LIMITACIONES....21
4. REVISIÓN DOCUMENTAL....23
4.1 INTRODUCCIÓN....23
4.2 NOMBRAR PARA COMPRENDER: CLAVES CONCEPTUALES....25
4.2.1 El enfoque de género como mirada imprescindible en el análisis riguroso de la realidad 25
4.2.2. Consumos, adicciones y Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS): precisión terminológica....26
4.2.3. Violencia de género: definición, debates y efectos institucionales....27
4.2.4. La salud mental, los TCS y la VG desde una mirada integral....28
4.2.5. El modelo ecológico e interseccional como marco analítico....29
4.3 VG Y TCS: UN BINOMIO QUE ATRAVIESA VIDAS....30
4.3.1 La violencia de género: cifras, prevalencias e impacto....30
4.3.2. Violencia de género y Trastornos por Consumo de Sustancias: una intersección estructural invisibilizada....32
4.3.3. Violencia de género, TCS y trauma: comprender el malestar desde una perspectiva contextual....33
4.4 DETECCIÓN Y EVALUACIÓN: DE LO INVISIBLE A LO VISIBLE....34
4.4.1 Introducción....34
4.4.2 Limitaciones actuales de los servicios en la intervención psicosocial....35
4.4.2 Innovaciones metodológicas y herramientas....38
4.4.3 Ética y práctica profesional....39
4.5 LA RED DE VIOLENCIA DE GÉNERO ANTE EL DESAFÍO DEL ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS....41
4.5.1 Lógicas institucionales y culturales....42

4.5.2 Dispositivos directos y condiciones de acceso....44
4.5.3 Consecuencias de la exclusión institucional....47
4.5.4 Implicaciones finales....48
4.6 LAS CONDICIONES DE POSIBILIDAD DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL: DE LA EVIDENCIA ACUMULADA A LA RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL....50
4.6.1 Condiciones estructurales....51
4.6.2 Condiciones profesionales....52
4.6.3 Aprendizajes metodológicos para el abordaje de violencia y TCS....54
4.7 CONCLUSIONES Y ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN....55
4.7.1 Conclusiones....55
4.7.2 Orientaciones para la acción....56
5. ANÁLISIS DE FUENTES PRIMARIAS....58
5.1 INTRODUCCIÓN....58
5.1.1 Claves en cada modelo identificado....59
5.2 LA EVIDENCIA DE LA NECESIDAD DE PROTECCIÓN DE LAS MUJERES CON ADICCIONES Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS. EL PRINCIPIO DEL CAMBIO....66
5.3 CONTEXTUALIZAR Y AMPLIAR EL ESPECTRO DEL “CONSUMO”....71
5.4 ¿Y TÚ DE QUIÉN ERES?....79
5.5 CONTEXTUALIZANDO LA ATENCIÓN EN VIOLENCIA....85
5.6 AMPLIANDO EL FOCO DE LA VIOLENCIA: ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL EN INTERSECCIÓN CON LA ADICCIÓN O EL CONSUMO ABUSIVO....93
5.6.1 La particularidad de los servicios de atención a la explotación sexual o trata....99
5.7 UN SOLO RECURSO QUE CONCENTRA LA INTERVENCIÓN NO ES SUFICIENTE....105
5.8 LOS “PERFILES” DE LAS MUJERES Y LOS RECURSOS PARA SU ATENCIÓN. EXPLORANDO OTROS PRISMAS DE INTERVENCIÓN....110
5.9 LA CUESTIÓN DE LOS Y LAS MENORES EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES....126
5.10 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: DE CALLE, DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN....131
5.11 VALORACIÓN POLICIAL DEL RIESGO. LA INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS UFAM....136

5.12 APORTACIONES DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN PRIMERA PERSONA.....154

6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS.....169

6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....170

6.2 SISTEMATIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DETECTADAS Y RECOMENDADAS.....214

6.3 TABLA CORRESPONDENCIAS ENTRE REVISIÓN DOCUMENTAL Y FUENTES PRIMARIAS.....219

7. BIBLIOGRAFÍA.....222

8. ANEXOS.....227

8.1 CLAVES MÍNIMAS PARA UN MODELO INTEGRAL, mediante una Checklist operativa para el abordaje de violencias de género, trauma y TCS.....228

8.2 MAPAS DE LAS REDES DE ATENCIÓN REFERENTES DE LOS 3 MODELOS DETECTADOS + LÍNEA TEMPORAL DE HITOS INCORPORACIÓN PG EN EL INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD 235

8.3 MATERIALES RECOMENDADOS SOBRE USOS DE DROGAS, ADICCIONES Y VIOLENCIA.....239

1. INTRODUCCIÓN Y PERTINENCIA DEL ESTUDIO

Este proyecto surge en respuesta a la solicitud de la Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG en adelante) para la realización de un "Protocolo para el abordaje integral de mujeres con adicciones o consumos abusivos en el sistema de protección a mujeres víctimas de violencia de género". Es necesario aclarar que el resultado de este trabajo no pretende ser un protocolo en sentido estricto ya que la intervención en la atención directa a las mujeres víctimas/supervivientes de violencia de género es competencia de Comunidades Autónomas, Provincias y Ayuntamientos, y de hecho hay gran variabilidad de modelos de organización de los servicios. Por tanto, se ha elaborado un documento que expone líneas de actuación, con recomendaciones e indicaciones muy concretas, fruto de las buenas prácticas detectadas durante la investigación.

Dicha investigación se ha diseñado siguiendo las condiciones y requisitos de la DGVG, de forma que se ha fundamentado en el análisis de fuentes secundarias (documentación nacional e internacional); la revisión y análisis de buenas prácticas en la prestación de servicios en relación al objeto de estudio; y la obtención y análisis de información a través de fuentes primarias mediante entrevistas y grupos focales/de discusión. Como resultado de esta investigación se han diseñado unas líneas de trabajo y actuación específicas, con recomendaciones para su implementación, para el personal técnico e instituciones implicadas en la atención a las violencias de género en las mujeres que además presentan un consumo problemático de sustancias y/o adicción.

> Estas líneas de actuación provienen, como no podía ser de otra manera, del análisis de redes locales y provinciales de atención directa a la violencia contra las mujeres por razón de género. Por tanto, es un documento de carácter nacional, pero de total aplicabilidad en lo autonómico, provincial y local.

Otro elemento que queremos reflejar en esta introducción es que el estudio entiende y emplea el término violencia de género en su sentido original y no en el sentido del ámbito de actuación de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral frente a la Violencia de Género (en adelante L.O. 2004), que lo sitúa dentro de la pareja / ex pareja. Es decir (y tal como se señala en el Preámbulo de la misma Ley Orgánica): se entiende por violencia de género toda violencia de los hombres hacia las mujeres, fruto de las relaciones de desigualdad históricamente construidas, y que ubican a aquellas en subordinación y susceptibles de agresión por el mero hecho de ser mujeres[1]. Es un término que ha sido sometido a mucha confusión conceptual, de forma que

1 Debemos precisar que el Código Penal tipifica como delito la violencia de género dentro de la violencia doméstica intrafamiliar, y estrictamente cuando es de un hombre a una mujer. Esto ha contribuido aún más a la confusión conceptual a nivel popular. Sin embargo, precisamente esa tipificación es posible porque alude al género como sistema de desequivalencia entre hombres y mujeres, y no estrictamente al sexo de la persona. Citando al Tribunal Supremo *STS 677/2018*: "Solo es violencia de género cuando la agresión del hombre hacia la mujer se produce en un contexto de dominación o subordinación por razón de género." En esa misma sentencia, que generó jurisprudencia en esta materia, se concluía que siempre que se de una agresión dentro de la pareja/ex pareja,

hoy día algunas administraciones emplean el término 'violencia machista'[2] para referirse a la misma, tratando de evitar las posibles confusiones con una reducción al ámbito de la pareja/expareja. En cualquier caso, **desde este estudio se sigue empleando el término 'violencia de género' (VdG de aquí en adelante) por considerar que el propio concepto *género* ya designa, porque incluye en sí mismo en su propia definición, las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres**[3].

Como marco de la propuesta queremos señalar brevemente la evidencia acerca de la relación entre la VdG y el consumo problemático/abusivo de drogas en las mujeres, así como la necesidad de mejorar la atención prestada desde las Instituciones Públicas a las mujeres en dicha situación. Existen diversos trabajos realizados desde lo que podríamos denominar el ámbito de las drogodependencias, pero no tanto así desde la red de atención a las mujeres en situación de violencia de género. De hecho, uno de los últimos trabajos realizados (Martínez-Redondo y Arostegui Santamaría, 2021) recoge las siguientes afirmaciones:

- la alta prevalencia de VdG de todo tipo (física, sexual, psicológica, simbólica, económica, laboral) que definirían en todos los casos como "grave o severa" entre las mujeres con consumos problemáticos o abusivos[4].

- la victimización no sólo proviene de la pareja o expareja, sino de casi todos los hombres con los que se relacionan en general (padres, hermanos, "camellos", "clientes" de la prostitución, etc.). Sin embargo, la sistematización de esta información en historias clínicas y anamnesis no es una práctica extendida en todos los recursos, porque tampoco lo es preguntar sobre esta problemática.

- las personas expertas entrevistadas constatan que las mujeres llegan en muchos casos con múltiples factores de exclusión social/ejes de opresión: mujeres en situación de prostitución,

se tipificará como violencia de género si es del hombre a la mujer. Para entender que se trata de contextos de violencia de género, baste poner de ejemplo el caso de la pareja formada por Ángel Hernández y María José Carrasco en 2019 (él la ayudó a morir antes de la aprobación de la Ley de Eutanasia en España, tras una petición explícita e inequívoca) donde claramente se concluyó que no había un delito de violencia de género, aunque un hombre, dentro de la relación de pareja, le hubiese "quitado la vida" a su mujer.

2 Sin embargo, encontramos que en medios de comunicación es común que el término 'violencia machista' se asimile también a la violencia dentro de la pareja/ex pareja en su forma más extrema, la muerte. En una búsqueda de titulares de noticias se pueden encontrar abundantes referencias que emplean el término violencia machista en estos casos, y no así en los casos de violencia sexual, por ejemplo, que también son violencia de género o machista en sentido estructural. No hemos hallado informes o investigaciones actualizadas sobre esta afirmación, pero en la búsqueda de titulares realizada dentro de esta investigación, sí hemos encontrado evidencias de esta afirmación (de hecho, se emplea el término violencia machista y violencia de género indistintamente para referirse a los casos de mujeres asesinadas a manos de sus parejas/exparejas). Rango de fechas establecido en buscadores de noticias en medios digitales: 01/01/2025 - 31/03/2026, con un total de 66 casos confirmados (52 en 2025 y 14 en esa franja de 2026).

3 Para una revisión del término y la confusión a la que ha sido sometido, consultar Martínez-Redondo y Arostegui (2021:13-24) fundamentada en diversas obras, destacando entre ellas la de Osborne (2009).

4 El DSM-V refiere el 'Trastorno por uso/consumo de sustancias (TUS o TCS)' leve, moderado o grave (en función del número de criterios que se cumplan y al menos durante 12 meses). Están en los ANEXOS de esta publicación para su consulta. En esta investigación se opta por seguir diferenciando entre usos problemáticos (que a priori no cumplirían con los criterios de adicción en un sentido estricto) y problemas de adicción o TUS. Resulta una distinción de utilidad precisamente porque, aunque una mujer no cumpla criterios de adicción o TUS, sí puede presentar un uso problemático/abusivo muy mediado por las circunstancias de violencia en las que se encuentra. Este es un matiz que consideramos imprescindible no perder de vista para el tema que nos ocupa: mejorar la atención a las mujeres que presentan uso abusivo de sustancias y VdG.

consumo de alcohol cronificado, con comorbilidad asociada, madres que han dejado a sus hijas/os con familiares o que han sufrido la retirada de custodia o la amenaza de ella, mujeres procedentes de trata, víctimas de violencia racista, de abusos sexuales infantiles, etc. Mujeres que han ido de un recurso a otro porque se les ha trasladado que, para ellas, dada su situación "multiproblemática", no hay espacio de atención, o que su principal necesidad es la "de vivienda". Es necesario que ningún perfil de las mujeres con problemas de adicción y/o abuso de sustancias y violencia de género quede excluida de la posibilidad de recibir atención y protección.

- las personas expertas entrevistadas consideran que son casos difíciles pero asumibles. Admiten la necesidad de generar recursos de intervención integral desde una perspectiva interseccional, siempre que existan medios, preparación profesional y una apuesta administrativa clara de permanencia, basada en la necesidad, y garantizada por las instituciones para la subsistencia de los programas y los equipos profesionales, es decir, ajena a vaivenes políticos y voluntades personales puntuales. Sólo así cabría evaluar la eficacia y efectividad de estas propuestas, identificar las buenas prácticas y hacerlas extensibles para ser replicadas.

- la alta tasa de mujeres con problemas de adicción o consumo abusivo/problemático víctimas de Violencia de Género, *per se*, justifica la necesidad de crear recursos específicos para atenderlas. Ahora bien, estos recursos deberán ser diseñados desde la perspectiva de género, así como garantizar que la totalidad de la plantilla esté ampliamente formada en dicho paradigma, tanto en el ámbito de las adicciones como en el de las violencias de género.

- en los espacios de atención a la violencia se percibe desde hace un tiempo que llegan más mujeres con problemas de consumo y ante ello perciben la necesidad de ampliar la mirada e intervenir sobre esa situación desde el propio centro de violencia, sobre todo en casos que no cumplen criterios de adicción, sino de consumo abusivo como mecanismo de afrontamiento frente a la violencia sufrida. Para hacerlo resulta un requisito indispensable reformular una normativa que hasta ahora obligaba a expulsar de su circuito a las mujeres con consumos activos (cumplan o no criterios de adicción), o que en todo caso cuentan con protocolos de derivación a recursos especializados de forma obligatoria (de esta manera se producen derivaciones en momentos de precontemplación y contemplación con respecto al abuso de sustancias en las mujeres, que generan resistencias a la intervención). Es necesario revisar y modificar sustancialmente, en este caso en ambos recursos, los contenidos de trabajo.

- salvo excepciones, los dispositivos de atención a las drogodependencias son siempre mixtos, con la probabilidad que ello conlleva, para las mujeres, de volver a entrar en dinámicas perjudiciales de relación (con sus maltratadores u otros potenciales victimarios tanto en

relación de pareja como de violencia sexual) y reproducir los ciclos de violencia-consumo otra vez, las recaídas y/o los abandonos del tratamiento.

- sale así reforzada la idea de que los centros residenciales no mixtos con una atención integral a este tipo de situaciones, se tornan no solo necesarios, sino indicados.

> Realizar un trabajo como el que se ha propuesto desde la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, resulta altamente pertinente, en tanto que ha posibilitado una aproximación a esta realidad específicamente desde la perspectiva y necesidades de la red de atención a mujeres en situación de violencia de género y sus hijos e hijas.

Por último, queremos agradecer su colaboración y participación a todos los equipos profesionales que generosamente nos han prestado su tiempo y compartido con sinceridad y transparencia sus prácticas y saberes. Y sobre todo, agradecer también la participación de todas las mujeres en entrevista o grupo focal, que con sus vivencias en primera persona sobre los recursos y atención recibida, nos permiten enfocar mejor el camino a seguir. A todas ellas, gracias por, una vez más, dar un paso al frente.

2. OBJETIVOS

Elaborar un protocolo que permita integrar y atender de forma adecuada a las mujeres con adicciones que hayan sufrido violencia de género en los centros y recursos del sistema de protección a mujeres víctimas de violencia de género, de forma que las adicciones o el consumo abusivo no se conviertan en factores de exclusión.

A tal fin se pretende cumplir los siguientes objetivos específicos:

A) Recopilar experiencias de buenas prácticas ya existentes en el ámbito nacional e internacional.
B) Ofrecer a los equipos profesionales que trabajan en el sistema de protección a mujeres víctimas de violencia de género pautas de actuación e intervención consensuadas y homogéneas que se ajusten a las necesidades de las mujeres con adicciones de forma que se garantice su atención integral.
C) Facilitar la valoración, planificación y evaluación de las intervenciones, de forma que se eviten vacíos en la intervención, y se garantice una correcta coordinación entre los servicios de atención a las adicciones y los servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia.
D) Aportar diferentes metodologías y estrategias de intervención que tengan en cuenta las dificultades que se esgrimen en el sistema de protección a mujeres víctimas de violencia de género para no atender a mujeres con adicciones, ofreciendo soluciones prácticas para vencer estas dificultades.

3. METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Este estudio se ha llevado a cabo **entre abril del 2025 y abril del 2026.**

Su enfoque es **cualitativo descriptivo y analítico**, basado en la combinación de revisión de fuentes secundarias y el acceso a información proveniente de fuentes primarias: profesionales y mujeres atendidas en los servicios de violencia y/o adicciones, que ha sido procesada mediante técnicas cualitativas de análisis de discurso desde la disciplina de la Antropología Social y Cultural, con enfoque de género.

Las **fuentes y herramientas de recogida de información** empleadas han sido las siguientes:

Fuentes bibliográficas y secundarias	Bibliografía nacional e internacional sobre consumo y adicciones en mujeres y violencia de género.
	Normativas, protocolos, planes de actuación y programas que supongan buenas prácticas en esta materia.
Fuentes primarias	**Herramientas de recogida de información**
	Entrevistas semiestructuradas a informantes clave: • mujeres atendidas en los servicios; • profesionales y responsables de planificación de recursos e intervención.
	Grupos focales/de discusión con mujeres atendidas en los servicios y con equipos profesionales de planificación de recursos e intervención.

El estudio se organizó en base a tres fases: Preparatoria, Diagnóstica y Propositiva.

Durante la **Fase Preparatoria** se llevaron a cabo todas las acciones previas necesarias para elaborar posteriormente el análisis de situación y concretar las propuestas de acción.

TAREAS	1.1 Reunión de arranque con equipo y DGVG
	1.2 Selección documental
	1.3 Desarrollo plan de trabajo y metodologías
	1.4 Diseño de herramientas

Para facilitar el acceso al campo, la DGVG proporcionó una carta explicando el objeto de la investigación y solicitando colaboración con la misma.

Se exploran los trabajos realizados desde la Red de Atención a las Adicciones (la relación de documentos está disponible en Anexos) con el mismo objeto de estudio, y se decide focalizar la atención de la revisión documental y el trabajo de campo principalmente en la Red de Atención a la Violencia. No obstante, desde el principio se prevé recoger aportaciones documentales y profesionales desde la Red de Adicciones que se considere pueden aportar novedades a lo ya expresado en los trabajos referenciados.

En esta fase también se acuerda la conveniencia de intentar acceder a los servicios de atención a mujeres víctimas de otras formas de violencias de género, principalmente violencia sexual y situación de trata o explotación sexual, de forma que el análisis no se restringa solo a los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia la de la pareja o ex-pareja

Desde la DGVG se facilitó un listado de correos de las Unidades de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer de cada Comunidad Autónoma para una primera aproximación a los territorios. Se envió un correo a todas las Unidades. De aquellas de las que se recibió respuesta a ese correo, en su mayoría se declaraba, salvo excepciones, que no existían recursos de atención a ambas problemáticas en intersección.

Ante la disparidad de intervención según los territorios en esta materia, y lo limitado de la investigación en ese sentido (en tanto que no pretende ser un estudio detallado de todo el Estado español), se plantea la necesidad de decidir sobre qué territorios se va a realizar una aproximación más exhaustiva. En la preparación de acceso al campo se van perfilando aquellos organismos/redes que facilitan el acceso, y que coinciden principalmente con aquellas en las que hay cambios significativos y prácticas novedosas detectadas. Estas prácticas se conocen a través de los trabajos realizados previamente a través del Plan Nacional sobre Drogas así como por la labor profesional de la investigadora como formadora y consultora en esta materia. Es por ello que la composición de la muestra se va perfilando de forma intencional, y no aleatoria, y además de las Unidades de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer de cada Comunidad Autónoma, en esta fase se contacta (vía correo electrónico y/o telefónica) con diversos organismos y organizaciones relacionadas con la materia, principalmente de la Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid, Cabildo de Gran Canaria, Cabildo de Lanzarote, Comunidad Valenciana y Diputación Foral de Bizkaia.

En esta fase se plantea también incluir en el estudio la experiencia de las Unidades de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) de la Policía Nacional que han recibido formación en relación a la atención y protección a víctimas con problemas de adicción/uso abusivo o problemático de sustancias; así como la experiencia de las Comunidades GPS[5], iniciativa impulsada por UNAD, la Red de Atención a las Adicciones, en colaboración con el Centro de Investigación de Derechos Humanos y Políticas Públicas de la Universidad de Salamanca, a nivel estatal, y con presencia/implantación al momento de esta investigación en: Murcia, Salamanca, La Rioja, Vigo, Asturias y Toledo.

5 Comunidades GPS: Generadoras de Saberes, Participativas y Sociales. Su objetivo es conectar entidades, profesionales y recursos para mejorar la atención integral y coordinada de mujeres con problemas de adicciones que sufren violencia de género

Durante la Fase Diagnóstica se ejecutó el proceso de obtención y análisis de información que ha permitido cumplir con los objetivos de este trabajo.

TAREAS
2.1 Realización entrevistas individuales y grupales
2.2 Realización de grupo focal
2.3 Tratamiento y análisis de la información. Elaboración de Documento Borrador
2.4 Presentación del Documento Borrador a la DGVG.

Fuentes bibliográficas y secundarias

La construcción del marco teórico se ha basado en una revisión sistematizada de la literatura existente sobre la materia. Se han incorporado fuentes de bibliografía gris, así como artículos científicos publicados en revistas indexadas entre 2015 y 2026. La estrategia de búsqueda se ha desarrollado en bases de datos especializadas, priorizando la evidencia empírica y los enfoques teóricos consolidados. El proceso de selección ha estado guiado por la relevancia temática, la calidad metodológica y la actualidad de las publicaciones.

La bibliografía para la construcción del marco teórico de análisis y aproximación al objeto de estudio, así como un listado de recursos existentes en el Estado español, está disponible en los Anexos.

Fuentes primarias. Composición de la muestra del estudio y herramientas.

El análisis de fuentes primarias permite realizar una aproximación cualitativa a la experiencia, conocimientos y necesidades tanto de profesionales como de mujeres atendidas en la red de protección frente a la violencia y la atención de los usos de drogas y las adicciones.

Las entrevistas semiestructuradas con profesionales se han mantenido de forma online mediante plataforma virtual. Las individuales han tenido una duración mínima de una hora, llegando en algunos casos a las dos horas. Las entrevistas grupales y grupos focales han tenido entre dos horas y dos horas y media de duración, y se han realizado de manera online y presencial.

Las entrevistas semiestructuradas con mujeres se han mantenido de forma presencial y también de forma online siempre en sus centros de referencia, con el apoyo de educadoras en 2 casos que las mujeres lo han solicitado (una de ellas por no hablar castellano y necesitar apoyo para la traducción). Han oscilado entre 50 minutos la más corta, y 1 hora y 40 minutos la más larga. Los grupos focales se realizaron presencialmente, con una duración de 1 hora y 15 minutos aproximadamente cada uno.

Las mujeres han participado de forma totalmente voluntaria, sin recibir ninguna compensación a cambio de su participación, con un interés genuino de contribución al objeto de investigación. En

ningún caso se ha preguntado a las mujeres por sus historias de vida o experiencias de violencias sufridas, para evitar en lo posible una entrevista que resultara 'extractivista' o revictimizante. Las preguntas iban en todo momento orientadas a sus experiencias y opiniones con respecto a los recursos de atención y las prácticas profesionales para con ellas (no exentas, en algunos casos, de violencias institucionales).

Incorporar en los estudios las opiniones y vivencias de población beneficiaria de los servicios que presta la Administración Pública, permite acceder a una información cualitativa imprescindible desde un punto de vista ético e incluso de calidad en los procesos. Sus vivencias y experiencias no se incorporan en términos de información técnica cualificada, pero es sin duda información necesaria y sí cualificada para contribuir a detectar buenas prácticas, así como para obtener *inputs* asociados a los impactos de las acciones e identificar elementos de mejora, necesidades, dificultades y oportunidades.

Como ya se ha expuesto, el acercamiento inicial venía en todo caso mediado por el conocimiento del campo de estudio por parte de la investigadora, pero aún así se exploró la posibilidad de existencia de recursos, protocolos, actuaciones, etc. en todas las Comunidades Autónomas.

Finalmente, la selección de la muestra ha quedado definida por tres elementos principales:

1) las respuestas de las Unidades de Coordinación contra la Violencia sobre la Mujer de cada Comunidad Autónoma exponían la falta de recursos de atención integral en muchas de las Comunidades, o al menos un vacío de información en ese sentido;

2) se realizaron intentos de acceso a diversas Comunidades Autónomas para conocer sus protocolos de actuación en esta materia, dentro de los servicios de atención a violencia, que resultaron infructuosos.

y 3) las reuniones preparatorias y contactos hechos en la fase preparatoria del estudio, con aquellas redes que se tenía identificado que habían puesto en marcha acciones y cambios explícitos para la atención a mujeres con ambas problemáticas, posibilitaron acceder a un gran número de profesionales y también de mujeres que lo han vivido en primera persona.

Los organismos que han colaborado y participado en el estudio son:

- Servicio de Protección frente a la Violencia Machista y Apoyo a las Familias, dependiente del Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia.
- Unidad de Atención a la Violencia de Pareja/Expareja y Unidad de Atención a Otras Violencias. Dirección General de Igualdad y contra la Violencia de Género, del Área de Gobierno de Políticas Sociales, Familia e Igualdad del Ayuntamiento de Madrid.
- Subdirección General de Adicciones del organismo autónomo Madrid Salud, del Ayuntamiento de Madrid[6].

6 También conocido como Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Indispensable para comprender/complementar la información sobre el modelo de atención a mujeres con problemas de consumo de la Dirección General de Igualdad y contra la Violencia de

- Servicio de Igualdad y Violencia de Género de la Consejería de Política Social, Accesibilidad, Igualdad y Diversidad del Cabildo de Gran Canaria.

- Casa de Acogida Maday a mujeres víctimas de VdG y con problemáticas de adicción, Fundación Canaria Yrichen, Gran Canaria.

- Unidad de Conductas Adictivas del Cabildo de Lanzarote.

Se suman también en menor medida las aportaciones de:

- Comunidad de Madrid- Servicio de Asistencia en Adicciones. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Dirección General Asistencial.

- Información sobre diversos recursos de Violencia y recursos de Adicciones de Toledo, Vigo, Oviedo, Ibiza, Jaén y Alicante, principalmente a través de la participación de la Unidad de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) de la Policía Nacional en España, y la GPS de Toledo.

- Comunidad Terapéutica Charo Cordero, para mujeres solas y mujeres con sus hijos/as, gestionada por Cruz Roja, en Plasencia (Cáceres).

- Centro de acogida y centro de día para mujeres en situación de grave exclusión “Beatriz Galindo”, gestionado por Fundación Salud y Comunidad (Ayuntamiento de Madrid)

- Asociación Calidad de Vida, de Gran Canaria, que atiende a personas con problemas de consumo.

A las herramientas de recogida de información ya expuestas (entrevistas y grupos focales) se añaden algunas aportaciones por escrito de diversas participantes, y las observaciones efectuadas por las profesionales asistentes a un espacio formativo con la GPS de Toledo.

A continuación se detalla la composición de la muestra y herramientas de recogida de información en cada uno de los casos.

Género del Ayuntamiento de Madrid.

COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA TOTAL DEL ESTUDIO Y HERRAMIENTAS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

ORGANISMO/LOCALIDAD		
AYUNTAMIENTO DE MADRID	Subdirección General de Adicciones Madrid Salud	**ENTREVISTA** Jefa Departamento de Asistencia de la Subdirección General de Adicciones Madrid Salud **ENTREVISTA** Jefa de Sección Centro de Atención a las Adicciones (CAD) San Blas.
	Unidad de Atención a Violencia de Género en la pareja/ex-pareja. Dirección General de Igualdad y contra la Violencia de Género	**ENTREVISTA GRUPAL 4 PROFESIONALES** - Jefa de Unidad de Atención a Violencia de Género en la pareja/ex pareja - Trabajadora Social Servicio de Atención a la Violencia de Género (SAVG). Puerta de entrada a la red. - Directora Centro Emergencia. Servicio Residencial de Corta Estancia. - Directora CAPSEM- Centro de atención psicosocioeducativa. Servicio ambulatorio.
	Unidad de Atención a Otras Violencias Dirección General de Igualdad y contra la Violencia de Género	**ENTREVISTA** Coordinadora Centro de Crisis Pilar Estébanez. Atención ambulatoria a la violencia sexual. **ENTREVISTA** Coordinadora Centro de Emergencia Mariana Pineda para mujeres víctimas de trata y explotación sexual. Servicio alojativo de corta estancia. **ENTREVISTA GRUPAL 3 PROFESIONALES** Concepción Arenal - Servicio Unidad Móvil y Centro atención ambulatoria para mujeres víctimas de trata y explotación sexual. - Coordinadora del servicio - Trabajadora Social Unidad Móvil - Trabajadora Social Centro atención ambulatoria **ENTREVISTA** Coordinadora Centro Benita Pastrana para atención ambulatoria a la violencia sexual (pasada, no en situación de crisis).

	GRUPO FOCAL CON 5 PROFESIONALES DE AMBAS REDES Mesa de coordinación de casos. 5 profesionales. 2 de violencia y 3 de adicciones. - Jefa en funciones de Unidad de Atención a Violencia de Género en la pareja/ex pareja - Jefa de Unidad de Atención a Otras Violencias. - Adjunta Departamento de Asistencia Subdirección General de Adicciones Madrid Salud - Trabajadora Social y adjunta a jefatura de sección del CAD Arganzuela - Psicóloga CAD Vallecas	
TOTAL MUESTRA PROFESIONALES AYUNTAMIENTO DE MADRID: 17 12 profesionales de violencia y 5 profesionales de adicciones.		
DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA.	Servicio de Protección frente a la Violencia Machista y Apoyo a las Familias	**ENTREVISTA** Jefa de Sección del Servicio de Protección frente a la Violencia Machista y apoyo a las Familias. Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad **ENTREVISTA** Coordinadora INDARTUZ. Centro de Acogida Inmediata (CAI) – Urgencia. **ENTREVISTA** Coordinadora HAZIAK. Servicio de valoración, acompañamiento y espera tras urgencia **ENTREVISTA A 2 PROFESIONALES** Trabajadoras Sociales – Técnicas de valoración y de intervención del Servicio de Protección frente a la Violencia Machista **ENTREVISTA** Coordinadora KEMENA. Servicio alojativo de alta intensidad y alta exigencia. **ENTREVISTA** Coordinador de servicios de tratamiento ambulatorio e inclusión de Fundación Gizakia (adicciones). Servicio de día MADARIAGA - Atención ambulatoria. Servicio exigencia adaptada.

		ENTREVISTA Trabajadora Social – Coordinadora en funciones. EKIN -Servicio de Día adicciones con Alojamiento. Baja exigencia – Alta intensidad. Fundación Gizakia **ENTREVISTA 2 PROFESIONALES** Fundación Etorkintza (adicciones) - Jefa de servicio alojativo de baja exigencia para mujeres en consumo activo (cerrado en la actualidad); - Coordinadora del centro ambulatorio, psicóloga tratamiento ambulatorio y Programa Violencia en adolescentes y jóvenes.
TOTAL MUESTRA PROFESIONALES BILBAO: 10 6 profesionales de violencia, 3 profesionales de adicciones y 1 de perfil mixto (en entidad de adicciones)		
CABILDO DE GRAN CANARIA y CABILDO DE LANZAROTE		**ENTREVISTA A 2 PROFESIONALES** de violencia - Jefa de Sección Violencia de Género. Consejería de Gobierno de Política Social, Accesibilidad, Igualdad y Diversidad - Trabajadora Social-Técnica del servicio asignada a MADAY – Casa de Acogida Maday a mujeres víctimas de VdG y con problemáticas de adicción. **ENTREVISTA** Responsable del Área de Tratamiento e Igualdad de la Fundación Canaria Yrichen. Ex Directora de la Casa Maday. **ENTREVISTA** Responsable de Recursos Socioeducativos de Fundación Canaria Yrichen. Actual responsable de Casa Maday. **ENTREVISTA** con profesional de ambas redes; Trabajadora Social en UAD (Unidad de Atención a las Adicciones) y Ex Coordinadora del Servicio de Igualdad, Violencia de Género y Diversidad del Cabildo de Lanzarote. **APORTACIONES POR ESCRITO** profesional Calidad de Vida (atención a las adicciones)

<table>
<tr><td colspan="3">TOTAL MUESTRA PROFESIONALES CANARIAS: 6
2 profesionales de violencia, 3 profesionales de adicciones y 1 de perfil mixto (en recurso de adicciones)</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>Unidad de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) de la Policía Nacional en España</td><td colspan="2">GRUPO FOCAL integrado por 9 participantes.
Jefatura Superior de Policía de Madrid: Subinspector Brigada Provincial de Policía Judicial Madrid; Policía UFAM Chamberí. Protección; Policía UFAM Ciudad Lineal Protección
Jefatura Superior de Castilla La Mancha: Policía UFAM Toledo Investigación.
Jefatura Superior de Policía Asturias: Policía UFAM Oviedo Investigación
Comisaría Provincial de Alicante: Oficial UFAM
Comisaría Provincial de Jaen: Subinspector UFAM
Comisaría Local de Vigo: Policía UFAM Protección
Comisaría Local de Ibiza: Subinspectora UFAM
APORTACIONES POR ESCRITO de la UNIDAD CENTRAL DE LA UFAM en Madrid.</td></tr>
<tr><td>GPS- UNAD</td><td colspan="2">- ENTREVISTA Psicóloga integrante GPS Asturias.
- ENTREVISTA Técnica de proyectos de UNAD
- ANOTACIONES PROVENIENTES DE ESPACIO FORMATIVO GPS Toledo (integrado por profesionales de diversas entidades y organismos de atención a las adicciones, a las violencias de género, Policía Local, UFAM y Guardia Civil)</td></tr>
<tr><td>COMUNIDAD DE MADRID</td><td>Servicio de Asistencia en Adicciones. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental Y Adicciones. Dirección</td><td>ENTREVISTA GRUPAL 4 profesionales del Servicio de Asistencia.
APORTACIONES POR ESCRITO EN REUNIÓN del grupo de referentes en género de los Centros de Tratamiento de las Adicciones (CTA, antiguos CAID) en contacto con los servicios de violencia de</td></tr>
</table>

	General Asistencial	sus municipios (10 participantes de 10 municipios distintos)

MADRID	12 mujeres
ENTREVISTA con mujer atendida en la red de violencia (SAVD, C.E. Alojativo de corta estancia y CAPSEM). Abstinente.	
ENTREVISTA con mujer atendida en Servicio de Proximidad de la red de adicciones (programas de reducción del daño). Consumo en activo.	
2 GRUPOS FOCALES con mujeres en tratamiento en Comunidad Terapéutica de la red de adicciones. 10 participantes (5 por grupo).	
BILBAO	**4 mujeres**
ENTREVISTA con mujer Servicios Violencia y Adicciones. Gizakia. En Servicio de Día Madariaga. Abstinente.	
ENTREVISTA con mujer Servicios Violencia y Adicciones. Haziak. Recién salida de desintoxicación, pero con consumos esporádicos.	
ENTREVISTA con mujer servicios Violencia. Haziak. Consumo en activo.	
ENTREVISTA con mujer Servicios Violencia. Haziak y Gizakia. Consumos esporádicos.	
CANARIAS	**1 mujer**
ENTREVISTA con mujer, perfil técnico con la problemática en primera persona. En tratamiento.	

Resumen Muestra

Entrevistas semiestructuradas en profundidad: 28

- 22 entrevistas con un total de 33 profesionales: 18 de violencia; 13 de adicciones y 2 de perfil mixto (se refiere a que han trabajado en ambas redes, aunque actualmente se ubican ambas en la de adicciones)

- 7 entrevistas a mujeres de ambas redes.

Grupos focales: 4

- 1 con profesionales de las redes de atención (3 de adicciones y 2 de violencia)

- 1 con profesionales de la UFAM (9 en total)

- 2 con mujeres en tratamiento en Comunidad Terapéutica (10 mujeres en total)

Aportaciones por escrito:

- 10 profesionales de adicciones en contacto con servicios de violencia de 10 municipios.

- Unidad Central de la UFAM

- 1 profesional de adicciones

Finalmente, en la Fase Propositiva de esta investigación se ha procedido a elaborar este Informe Final que responde a los Objetivos General y Específicos de la propuesta de la Delegación. También se ha elaborado un Informe Breve que incluye las Conclusiones, el resumen de Buenas Prácticas detectadas y la Checklist elaborada.

Se acompaña de un Resumen Ejecutivo que recoge los elementos clave del documento de forma accesible y práctica.

LIMITACIONES

- Aunque la muestra ha permitido analizar en profundidad muchas cuestiones para la elaboración de las propuestas de intervención, este estudio no ha accedido a todas las redes de atención a las violencia de género municipales y autonómicas del Estado español. En principio, el conocimiento del campo de investigación y la metodología de acceso permitieron detectar prácticas novedosas instauradas en las redes que se analizan, así como limitaciones y dificultades que se reproducen de forma común en gran parte de las Comunidades Autónomas[7]. Pero al no haber accedido con el

7 De hecho, estas dificultades generalizadas en la atención a las mujeres víctimas de violencias de género y con usos problemáticos de sustancias, constituyen parte de la fundamentación para realizar este trabajo desde la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

mismo nivel de detalle a todo el Estado, pueden existir experiencias que no queden reflejadas y que puedan suponer una mejora o avance que no se haya tenido en cuenta.

- Es necesario reiterar que las competencias de intervención son autonómicas y locales, con lo que es necesario adaptar las indicaciones recogidas en este documento al contexto administrativo de cada red de atención, para su óptima replicabilidad.

- Como toda investigación, y más de corte cualitativo como esta, las interpretaciones se elaboran a partir de la perspectiva del personal investigador, lo que puede incurrir en sesgos en el análisis. Es por ello que se ha recurrido a la revisión documental y el análisis desde la teoría fundamentada, para complementar el análisis de discurso efectuado a partir de las entrevistas a profesionales y mujeres que componen la muestra.

4. REVISIÓN DOCUMENTAL

4.1 INTRODUCCIÓN

"La violencia de género y la adicción femenina son dos circunstancias estrechamente relacionadas y constituyen algunas de las expresiones más visibles y dramáticas de una realidad estructural más profunda, centrada en la desigualdad de género" (Castaño, 2009: 6).

"Resulta, por tanto, fundamental aportar elementos que contribuyan al diseño de acciones apropiadas, basadas en la evidencia, para el abordaje integral de la violencia de género y las drogodependencias" (Folch et al., 2020: 2).

La violencia de género constituye, todavía hoy, una de las violaciones más graves y persistentes de los derechos humanos de las mujeres y las niñas a nivel global. Treinta años después de la Plataforma de Acción de Beijing, las cifras permanecen prácticamente inalteradas: una de cada tres mujeres ha experimentado violencia a lo largo de su vida (ONU Mujeres, 2023). Asimismo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible evidencian que tanto el ODS 5 (igualdad de género) como el ODS 3 (salud y bienestar) se encuentran entre los más rezagados.

¿Cómo explicar que, tras décadas de conocimiento acumulado, sensibilización social e institucional y compromisos internacionales, la violencia de género continúe siendo una constante estructural?

La respuesta no puede reducirse únicamente a un déficit de recursos o a la falta de voluntad política. Se trata, sobre todo, de la persistencia de un orden social y simbólico que sitúa a las mujeres en posiciones estructurales de subordinación. En este contexto, la violencia opera como un mecanismo de control, mientras que los consumos problemáticos en mujeres son leídos y sancionados como desviaciones respecto al mandato de género. Así, se intersectan dos realidades —ser mujer y ser consumidora— generando un entramado de exclusiones especialmente grave.

En el contexto español, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 (DGVG, 2025) evidencia la magnitud estructural del fenómeno: el 30,3% de las mujeres de 16 o más años ha sufrido violencia en la pareja o expareja a lo largo de su vida (6.445.301 mujeres), el 14,5% ha sufrido violencia sexual fuera del ámbito de la pareja (3.076.748 mujeres) y el 36,2% acoso sexual (7.714.773 mujeres).

Paralelamente, los datos del Plan Nacional sobre Drogas (obtenidos del ESTUDES y el EDADES)[8] muestran un incremento sostenido del consumo de determinadas sustancias en mujeres, especialmente hipnosedantes, alcohol y analgésicos opioides. Sin embargo, pese a la coexistencia

8 El ESTUDES y el EDADES forman parte de los sistemas de información estadística y epidemiológica del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en España. Su objetivo es conocer las prevalencias de consumo de sustancias y comportamientos adictivos, así como las actitudes y percepciones de la población. Ambas son encuestas bienales. El ESTUDES se dirige a estudiantes de Enseñanzas Secundarias (14 a 18 años) y el EDADES a la población general de 15 a 64 años residente en hogares. Se pueden consultar en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm

de ambas realidades, rara vez se articulan políticas públicas o sistemas de intervención que analicen conjuntamente la relación entre violencia de género y consumo de sustancias.

Como han señalado diversos estudios (por citar algunos: Castaño, 2009; Martínez-Redondo, 2009; Martínez-Redondo y Arostegui, 2021; Plaza, Hasen y Bedoya, 2022), los sistemas de atención a la violencia de género y a las adicciones funcionan como campos institucionales separados, con escasos mecanismos de coordinación. Esta fragmentación genera un vacío institucional que deja fuera a quienes habitan la intersección entre ambas problemáticas, traduciéndose en prácticas que pueden resultar revictimizantes o que refuerzan las barreras de acceso.

En numerosos recursos de violencia de género, el consumo opera como criterio de exclusión. A su vez, en los dispositivos de adicciones, la violencia suele quedar invisibilizada o subordinada. El resultado es un desajuste estructural: los sistemas no responden a realidades complejas, sino que exigen que las mujeres encajen en categorías predefinidas, como la de la "víctima adecuada".

Frente a esta situación, el presente trabajo tiene como objetivo contribuir a la definición y la elaboración de un protocolo homogéneo y garantista que permita la atención integral de mujeres con consumos problemáticos en la red de violencia de género, evitando que el consumo opere como factor de exclusión.

Este objetivo es, además, profundamente ético, en tanto implica garantizar derechos fundamentales y cuestionar las lógicas institucionales que excluyen a las mujeres que no encajan en los perfiles normativos. Supone reconocer que las mujeres con consumos forman parte de la realidad que el sistema debe atender de manera sistemática.

Este marco teórico y análisis documental se estructura en torno a varios ejes. En primer lugar, se aborda la conceptualización de los fenómenos, analizando cómo las definiciones condicionan el reconocimiento institucional. En segundo lugar, se examina la interrelación entre violencia de género y consumo, incorporando la perspectiva del trauma. En tercer lugar, se analizan las limitaciones de los modelos actuales de intervención y las barreras institucionales existentes. Finalmente, se proponen condiciones y orientaciones para avanzar hacia un modelo integral de atención.

Este recorrido permite situar el problema como una cuestión central de salud pública, derechos humanos y justicia social. El desafío no es menor: integrar realidades históricamente fragmentadas, desmontar prejuicios y construir dispositivos que acompañen sin excluir.

En definitiva, este trabajo no se limita a proponer mejoras técnicas, sino que plantea la necesidad de revisar las bases conceptuales y prácticas del sistema de atención, incorporando una perspectiva feminista, integral y orientada a la garantía de derechos

4.2 NOMBRAR PARA COMPRENDER: CLAVES CONCEPTUALES

4.2.1 El enfoque de género como mirada imprescindible en el análisis riguroso de la realidad

Antes de abordar la conceptualización terminológica que estructura este trabajo, resulta necesario explicitar por qué se adopta el enfoque de género como marco teórico central. Esta aclaración no es menor, ya que tanto en el debate público como en determinados ámbitos académicos sigue siendo habitual cuestionar la legitimidad de esta perspectiva o reducirla a una postura ideológica.

El concepto de género surge en el seno del feminismo como una categoría analítica orientada a visibilizar las relaciones de poder que estructuran la desigualdad entre mujeres y hombres. Como sostienen diversas autoras, el género no se limita a describir diferencias, sino que permite comprender un sistema social de significaciones que organiza jerarquías materiales y simbólicas. En este sentido, su potencial analítico radica precisamente en su capacidad para hacer visibles dimensiones de la realidad que permanecen ocultas bajo marcos aparentemente neutros.

Desde esta perspectiva, el enfoque de género entra en diálogo crítico con los supuestos clásicos de la epistemología tradicional, especialmente con la idea de neutralidad y objetividad entendidas como universales. Lejos de ser un enfoque parcial, permite ampliar los límites de la objetividad científica al incorporar experiencias y dimensiones históricamente invisibilizadas. Así, más que una posición ideológica, constituye una herramienta analítica imprescindible para comprender fenómenos complejos atravesados por relaciones de poder.

En este sentido, el género se configura también como un determinante social de la salud, en la medida en que influye tanto en la exposición a riesgos como en el acceso a recursos, la calidad de la atención y los resultados en salud. Las desigualdades observadas en los procesos de salud-enfermedad no pueden explicarse únicamente por factores biológicos, sino que responden a normas sociales, expectativas de género y condiciones materiales de vida diferenciadas.

Esta perspectiva resulta especialmente pertinente en el ámbito de los consumos y los Trastornos por Uso de Sustancias (TCS). Diversas investigaciones han evidenciado cómo las trayectorias de las mujeres están atravesadas por estructuras de género que influyen en los patrones de uso, la percepción social, el acceso al tratamiento y la exposición a situaciones de violencia y trauma. De manera similar, la violencia de género solo puede comprenderse como un mecanismo de control y mantenimiento de la desigualdad estructural, y no como un suceso individual o aislado.

Por todo ello, el enfoque de género no constituye un añadido metodológico ni un posicionamiento accesorio, sino el marco que permite describir con mayor precisión los fenómenos aquí analizados y comprender las desigualdades de acceso, atención y protección que afectan a las mujeres con TCS y a las mujeres que sufren violencia.

4.2.2. Consumos, adicciones y Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS): precisión terminológica

Antes de profundizar en la relación entre violencia de género y consumo de sustancias, resulta imprescindible precisar el marco conceptual desde el cual se entiende la noción de adicción. En la literatura científica persiste el uso indistinto de términos como adicción, abuso, dependencia o trastorno por consumo de sustancias, lo que genera confusión conceptual y dificulta tanto la comparación de resultados como el diseño de intervenciones adecuadas.

La publicación del DSM-5 supuso un cambio relevante respecto a ediciones anteriores al integrar las categorías de abuso y dependencia en una única entidad diagnóstica: el Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS), graduado en distintos niveles de severidad. Esta reformulación introduce una conceptualización dimensional del consumo problemático, estableciendo un continuo en función del número de criterios cumplidos y permitiendo identificar situaciones que anteriormente quedaban fuera del diagnóstico formal.

Este cambio ha sido señalado como una de las principales aportaciones del modelo, al facilitar el reconocimiento de consumos problemáticos en fases iniciales y ampliar la capacidad de intervención. No obstante, esta ampliación no está exenta de limitaciones, especialmente en lo que respecta a la incorporación de una perspectiva de género.

Si bien el DSM-5 introduce referencias a factores culturales y diferencias relacionadas con el sexo y el género, estas se mantienen en un nivel descriptivo y no se traducen en una revisión sustantiva de los criterios diagnósticos. El género aparece como una variable diferencial, pero no como una estructura de poder que organiza la desigualdad y condiciona la producción del malestar.

En coherencia con este marco, a lo largo del presente documento se empleará el término Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS), por considerarse más preciso y menos estigmatizante, así como alineado con los estándares diagnósticos vigentes. No obstante, el uso de esta terminología se realiza desde una posición crítica.

Los sistemas diagnósticos continúan siendo una referencia técnica central, pero su aparente neutralidad tiende a traducirse en una lectura del malestar como fenómeno individual, desligado de las condiciones sociales, relacionales y de poder en las que se produce. Desde esta perspectiva, las experiencias de las mujeres —atravesadas por desigualdades de género, violencia y sobrecarga de cuidados— tienden a ser interpretadas como desajustes individuales, en lugar de comprenderse como respuestas situadas en contextos de daño y sufrimiento sostenido.

Esta lógica tiene consecuencias directas en la salud mental de las mujeres, como el sobrediagnóstico de determinados trastornos, la medicalización del malestar y la invisibilización de la violencia como factor explicativo central. En este contexto, conductas como el consumo reiterado de sustancias o la desregulación emocional pueden funcionar como estrategias de afrontamiento frente al trauma; sin

embargo, al no incorporarse esta dimensión contextual, quedan fijadas como síntomas que acompañan a las mujeres a lo largo de sus trayectorias.

En el caso específico de las mujeres con TCS, esta ausencia de una perspectiva de género refuerza narrativas de responsabilización individual, invisibiliza la función adaptativa del consumo en contextos de violencia y legitima prácticas institucionales fragmentadas.

Por ello, este trabajo adopta la terminología diagnóstica vigente sin asumir una lectura reduccionista del malestar, reconociendo sus límites y subrayando la necesidad de abordajes que integren de manera efectiva el género, el trauma y los determinantes sociales de la salud como ejes imprescindibles de análisis.

4.2.3. Violencia de género: definición, debates y efectos institucionales

Hablar de violencia de género implica adentrarse en un campo donde las definiciones nunca han sido neutras. Cada elección terminológica activa marcos explicativos distintos y produce efectos materiales en el reconocimiento de las víctimas, el diseño de políticas públicas y el acceso a recursos. Por ello, antes de analizar su intersección con los TCS, resulta imprescindible reconstruir brevemente la configuración del concepto y sus implicaciones.

Este trabajo adopta como punto de partida la definición recogida en la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), que entiende la violencia contra las mujeres como todo acto basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como privado. Esta formulación permite comprender la violencia de género como una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales y no como un conflicto individual.

En el contexto español, los avances normativos, especialmente la LO 1/2004, supusieron un reconocimiento jurídico sin precedentes, pero también introdujeron limitaciones al circunscribir la violencia de género a la ejercida por la pareja o expareja. Esta restricción ha generado lo que diversas autoras han denominado una “ceguera selectiva” (Bodelón, 2014 y 2019), dejando fuera otras formas de violencia de género recogidas por la ONU y reforzando la figura institucional de la “víctima adecuada”, que requiere un marco relacional específico para validar la protección del Estado.

Esta delimitación tiene consecuencias materiales directas, ya que condiciona el acceso a la protección institucional y excluye de manera sistemática a mujeres cuyas vidas están atravesadas por niveles basales de violencia elevados y sostenidos en el tiempo, dentro y fuera del ámbito de la pareja/expareja —como mujeres migrantes, mujeres sin hogar, mujeres en situación de prostitución o mujeres con Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)—. Además, estas situaciones no responden necesariamente a una lógica de agravamiento puntual o de incremento reciente de la violencia, que es precisamente el criterio que muchos dispositivos exigen para activar recursos de protección.

Como resultado, mujeres que viven violencia grave de forma cotidiana y estructural quedan fuera de los circuitos de atención. En estos casos, la violencia de género se entrelaza con la violencia institucional, cuando los propios sistemas diseñados para proteger terminan expulsando o penalizando a quienes no se ajustan al ideal normativo de "víctima adecuada".

Los debates en torno al concepto de violencia de género no son, por tanto, meramente académicos. Afectan a quién es reconocida como víctima, qué violencias se consideran legítimas y qué recursos se activan. Cualquier propuesta de intervención conjunta en violencia de género y TCS requiere partir de una definición explícita y críticamente situada del concepto.

Para profundizar en estos debates, resulta especialmente recomendable el trabajo de Martínez-Redondo y Arostegui Santamaría (2021).

4.2.4. La salud mental, los TCS y la VG desde una mirada integral

Modelos reduccionistas en salud mental: despolitización, responsabilización y patologización

Los modelos hegemónicos de comprensión de la salud mental y de las adicciones se han construido históricamente desde una lógica biomédica que sitúa el malestar en el individuo, desligándolo de las condiciones sociales, relacionales y estructurales en las que se produce. Si bien estos enfoques han permitido sistematizar clasificaciones diagnósticas y describir determinados patrones clínicos, sus límites resultan especialmente evidentes cuando se analizan las trayectorias vitales de las mujeres.

Desde una perspectiva crítica y feminista, estos modelos producen al menos tres efectos problemáticos. En primer lugar, una despolitización del sufrimiento, al invisibilizar el papel central que juegan la violencia de género, la desigualdad, la precariedad económica y la sobrecarga de cuidados en la producción del malestar psíquico. En segundo lugar, una responsabilización individual, que sitúa a las mujeres como causa de su propio padecimiento. Y, en tercer lugar, una patologización de respuestas adaptativas al trauma, fijando en diagnósticos clínicos conductas y síntomas que, leídos desde el contexto, pueden entenderse como estrategias de supervivencia frente a experiencias prolongadas de violencia y exclusión.

El Estudio GEA (Confederación de Salud Mental España, 2025) confirma empíricamente estos efectos, mostrando cómo la medicalización excesiva, el sobrediagnóstico y la falta de contextualización del malestar contribuyen a reforzar el estigma, el autoestigma y la exclusión de las mujeres con problemas de salud mental de los espacios de participación social y de garantía de derechos. En este marco, el diagnóstico opera con frecuencia más como un dispositivo de control que como una herramienta de comprensión integral del sufrimiento.

El modelo biopsicosocial comunitario: reconstruir el sentido del malestar desde el contexto

Frente a las limitaciones de los enfoques reduccionistas, el modelo biopsicosocial comunitario ofrece un marco coherente con la perspectiva de género, los determinantes sociales de la salud y el enfoque

de derechos. Este modelo entiende el malestar psíquico como el resultado de la interacción entre procesos biológicos, psicológicos y sociales, incorporando de manera central las condiciones materiales de vida, las relaciones de poder, las experiencias de violencia y el acceso efectivo a derechos.

Desde esta mirada, los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) en mujeres se comprenden como respuestas situadas a trayectorias vitales atravesadas por la violencia, el trauma, la precariedad, el estigma y la exclusión social. El consumo deja de interpretarse únicamente como un síntoma a erradicar para ser leído como una estrategia de afrontamiento frente al dolor, el miedo o la desregulación emocional derivados de contextos de violencia sostenida.

Diversos estudios subrayan la necesidad de modelos de atención que superen la fragmentación entre salud mental, TCS, violencia de género y acción social, evidenciando cómo la falta de abordajes integrales genera barreras de acceso, cronificación del malestar y revictimizaciones institucionales. (Simonelli et al., 2014)

En este sentido, el modelo biopsicosocial no solo amplía la comprensión del sufrimiento, sino que habilita respuestas intersectoriales que articulan atención clínica, apoyo social y acompañamiento comunitario.

Implicaciones éticas y políticas: de la intervención clínica a las garantías de derechos

Asumir este modelo implica un desplazamiento ético y político en la forma de concebir la intervención. Supone reconocer el sufrimiento de las mujeres como legítimo y contextualizado, cuestionar la exclusión de mujeres con TCS de los recursos de violencia de género, e incorporar enfoques sensibles al trauma que eviten la reproducción de daños.

Desde una ética feminista de la intervención, las instituciones no pueden limitarse a atender casos individuales, sino que tienen la responsabilidad de revisar las condiciones estructurales que producen el daño. Esto implica repensar los criterios de acceso, los lenguajes diagnósticos y las prácticas profesionales que refuerzan estigmas o exigen a las mujeres ajustarse a un ideal normativo de "paciente" o "víctima adecuada".

La vulneración de derechos —especialmente en el acceso a recursos de protección, la autonomía personal y la participación social— no es un efecto colateral, sino una consecuencia directa de sistemas de atención que no incorporan de forma efectiva la perspectiva de género y derechos humanos.

4.2.5. El modelo ecológico e interseccional como marco analítico

La articulación del modelo ecológico con la perspectiva interseccional permite comprender el binomio violencia de género–TCS como un proceso estructural y multinivel. Este marco muestra cómo la violencia y el consumo se configuran en distintos planos —individual, relacional, comunitario e institucional— y cómo estos procesos no afectan de la misma manera a todas las mujeres.

Desde esta perspectiva, factores como la clase social, la situación administrativa, la edad, la discapacidad o la situación de exclusión social configuran exposiciones diferenciales al riesgo, al daño y a la exclusión. Estas intersecciones incrementan la vulnerabilidad y dificultan el acceso efectivo a derechos, especialmente cuando los dispositivos de atención no están diseñados para responder a trayectorias vitales consideradas como complejas.

Este enfoque permite, además, superar lecturas simplificadoras que abordan la violencia de género y los TCS como problemáticas independientes, situándolos como fenómenos interrelacionados que se refuerzan mutuamente en contextos de desigualdad estructural.

En este marco, la recuperación no puede reducirse a la abstinencia o a la remisión sintomática, sino que se entiende como un proceso de reconstrucción de condiciones de vida dignas, de restitución de derechos y de fortalecimiento de la autonomía.

Este planteamiento sienta las bases para el capítulo siguiente, en el que se abordará de manera específica cómo la violencia de género y los Trastornos por Consumo de Sustancias se entrelazan en las trayectorias vitales de las mujeres, configurando un binomio que no puede seguir siendo analizado ni acompañado de forma fragmentada.

4.3 VG Y TCS: UN BINOMIO QUE ATRAVIESA VIDAS

4.3.1 La violencia de género: cifras, prevalencias e impacto

La violencia de género constituye, tanto a nivel global como en el contexto español, uno de los principales problemas de salud pública y de derechos humanos. Su reconocimiento como fenómeno estructural ha sido el resultado de décadas de movilización feminista y avances normativos; sin embargo, los datos disponibles continúan evidenciando una magnitud elevada, persistente y profundamente arraigada.

A escala global, se estima que cerca de una de cada tres mujeres —aproximadamente 736 millones de mujeres mayores de 15 años— ha sufrido violencia física o sexual a lo largo de su vida por parte de su pareja o de otra persona (OMS, 2021). Esta prevalencia se ha mantenido prácticamente estable en las últimas décadas, lo que pone de manifiesto la persistencia estructural del fenómeno y las limitaciones en su erradicación.

La violencia contra las mujeres adopta formas múltiples que incluyen la violencia física, sexual, psicológica, económica y de control. Estas no se presentan de forma aislada, sino que tienden a acumularse a lo largo del ciclo vital, generando impactos persistentes en la salud física, mental y social. En este sentido, la violencia de género puede entenderse como un continuum de experiencias que atraviesan las trayectorias vitales de las mujeres.

En el contexto español, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024 (DGVG, 2025) constituye la principal fuente estadística para dimensionar este fenómeno. Según sus resultados, el 30,3 % de las mujeres residentes en España de 16 o más años ha sufrido algún tipo de violencia por parte de la pareja o expareja a lo largo de su vida .

Si se atiende a formas específicas de violencia, el 12,7 % ha sufrido violencia física y/o sexual en el ámbito de la pareja, el 20,9 % violencia psicológica emocional y el 25,1 % violencia psicológica de control. Fuera del ámbito de la pareja, el 14,5 % de las mujeres ha sufrido violencia sexual a lo largo de su vida . Asimismo, el acoso sexual alcanza al 36,2 % de las mujeres, lo que evidencia la extensión de formas de violencia más normalizadas y socialmente invisibilizadas .

La distribución de la violencia no es homogénea, sino que se articula con distintos ejes de desigualdad social. El informe señala la presencia de factores que incrementan el riesgo, como la dependencia económica o la desigualdad en la toma de decisiones dentro de la pareja, lo que pone de manifiesto la interrelación entre violencia de género y vulnerabilidad estructural .

Más allá de su prevalencia, la violencia de género tiene consecuencias profundas y sostenidas en la salud y el bienestar. El 73,5 % de las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja presenta consecuencias psicológicas derivadas de la misma, y la prevalencia de ideación suicida alcanza el 18,4 %, frente al 4,2 % en mujeres sin experiencia de violencia (cuando el informe analiza la ideación suicida vinculada estrictamente a la violencia física o sexual dentro de la pareja, el indicador escala hasta el 26,7 %). Estas cifras evidencian el impacto acumulativo de la violencia en la salud mental y su carácter prolongado en el tiempo.

En este contexto, resulta especialmente relevante la relación que se evidencia entre la violencia de género y consumo de sustancias. Según la Macroencuesta 2024, el 25,1 % de las mujeres que han sufrido violencia dentro de la pareja/ex pareja (o relación análoga de intimidad) ha recurrido al consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas como estrategia de afrontamiento, porcentaje que se eleva hasta el 32,9 % entre quienes han sufrido violencia física o sexual. Además, el 8,9 % de las mujeres que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja ha recurrido también al consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas, y este porcentaje se eleva hasta el 21,3 % entre quienes han sufrido una violación. Asimismo, el 26,7 % de las mujeres que han sufrido violencia física fuera de la pareja ha consumido tranquilizantes o ansiolíticos en los últimos 12 meses y el 17,2 % antidepresivos, frente al 16,6% y 9,3% respectivamente de quienes no han sufrido esta violencia. .

Estos datos ponen de manifiesto la función del consumo como mecanismo de regulación del malestar en contextos de violencia, así como su papel en la configuración de trayectorias de vulnerabilidad.

En conjunto, la evidencia muestra que la violencia de género no constituye un fenómeno aislado ni episódico, sino una manifestación estructural de relaciones de poder desiguales, con impactos acumulativos en la salud y las condiciones de vida de las mujeres. Esta lectura resulta fundamental

para comprender, en los apartados siguientes, la interrelación entre violencia de género y trastornos por consumo de sustancias.

4.3.2. Violencia de género y Trastornos por Consumo de Sustancias: una intersección estructural invisibilizada

La relación entre violencia de género y Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS) ha sido ampliamente documentada en la literatura científica, aunque históricamente ha sido abordada de manera fragmentada en los sistemas de intervención. Lejos de constituir fenómenos independientes, la evidencia muestra que ambas realidades se encuentran profundamente interrelacionadas y se refuerzan mutuamente en contextos de desigualdad estructural.

Diversos estudios (Arana y Comas, 2019; Caldentey et al., 2017; Llopis et al, 2005; Stocco et al, 2000) han señalado que las mujeres con TCS presentan una prevalencia significativamente mayor de experiencias de violencia a lo largo de su vida, especialmente en el ámbito de la pareja, pero también en otros contextos relacionales y comunitarios. A su vez, la exposición a violencia de género se asocia con un mayor riesgo de inicio, mantenimiento y cronificación del consumo de sustancias.

En este sentido, la relación entre violencia de género y consumo puede entenderse como bidireccional. Por un lado, la violencia actúa como factor desencadenante y mantenedor del consumo, en la medida en que muchas mujeres recurren a las sustancias como estrategia de afrontamiento frente al malestar emocional, el trauma o la desregulación afectiva derivados de experiencias de violencia. Por otro lado, el consumo puede incrementar la exposición a situaciones de riesgo, dificultar la identificación de la violencia y agravar las condiciones de vulnerabilidad.

Esta intersección no puede comprenderse al margen de los procesos de estigmatización que atraviesan a las mujeres con TCS. El consumo en mujeres es socialmente sancionado en mayor medida que en los hombres, al percibirse como una transgresión de los mandatos de género asociados al cuidado, la maternidad o la respetabilidad. Este estigma se traduce en procesos de invisibilización, autoestigma y dificultades añadidas en el acceso a recursos.

En el ámbito institucional, esta realidad se traduce en respuestas fragmentadas que no logran abordar de manera integrada ambas problemáticas. Los recursos de atención a la violencia de género suelen excluir a mujeres con consumo activo o no adaptarse a sus necesidades específicas, mientras que los dispositivos de adicciones tienden a invisibilizar la violencia o a situarla en un segundo plano.

Como resultado, las mujeres que se sitúan en la intersección entre violencia de género y TCS quedan frecuentemente fuera de los circuitos de atención o transitan por itinerarios discontinuos, caracterizados por derivaciones constantes, falta de coordinación entre recursos y experiencias de revictimización institucional.

En este contexto, la intersección entre violencia de género y consumo de sustancias no constituye una excepción, sino una realidad estructural que pone en evidencia los límites de los modelos de

intervención actuales. Abordarla requiere superar la fragmentación institucional y avanzar hacia enfoques integrales que reconozcan la complejidad de las trayectorias vitales de las mujeres.

4.3.3. Violencia de género, TCS y trauma: comprender el malestar desde una perspectiva contextual

La incorporación del concepto de trauma resulta fundamental para comprender la relación entre violencia de género y Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS), así como para interpretar el malestar desde una perspectiva no reduccionista. En este marco, el trauma no se entiende como un acontecimiento puntual, sino como un proceso que puede derivarse de la exposición prolongada a situaciones de violencia, miedo o desprotección.

Diversos estudios han señalado que muchas mujeres con TCS presentan historias de trauma complejo, caracterizadas por la repetición de experiencias de violencia a lo largo del ciclo vital. Estas vivencias generan impactos profundos en la regulación emocional, la percepción de seguridad y la construcción de la identidad, afectando de manera sostenida al bienestar psicológico.

Desde esta perspectiva, síntomas como la ansiedad, la hiperactivación, la evitación, la disociación o la desregulación emocional pueden entenderse como respuestas adaptativas a contextos de amenaza continuada. En este sentido, el consumo de sustancias puede desempeñar una función reguladora, permitiendo a las mujeres gestionar estados emocionales intensos o aliviar el sufrimiento asociado a experiencias traumáticas.

La comprensión del trauma permite, por tanto, desplazar la mirada desde una interpretación centrada en el síntoma hacia una lectura contextual del malestar, en la que las conductas dejan de ser entendidas como fallos individuales para ser reconocidas como respuestas situadas en trayectorias de violencia y exclusión.

No obstante, los sistemas de atención continúan operando en gran medida desde modelos que no incorporan esta perspectiva, lo que se traduce en intervenciones que pueden resultar iatrogénicas o revictimizantes. La ausencia de enfoques sensibles al trauma dificulta el reconocimiento de las necesidades específicas de estas mujeres y limita la eficacia de las respuestas institucionales.

En este sentido, avanzar hacia modelos de intervención informados por el trauma implica no solo adaptar las prácticas clínicas, sino también revisar las condiciones estructurales en las que se produce la atención, incorporando la perspectiva de género, los determinantes sociales de la salud y el enfoque de derechos.

De este modo, la integración del enfoque de trauma no solo mejora la comprensión del vínculo entre violencia de género y TCS, sino que constituye una condición necesaria para el desarrollo de respuestas más ajustadas, no revictimizantes y orientadas a la recuperación.

4.4 DETECCIÓN Y EVALUACIÓN: DE LO INVISIBLE A LO VISIBLE

4.4.1 Introducción

La detección del consumo problemático y de los trastornos por consumo de sustancias (TCS) en mujeres que sufren violencia de género constituye uno de los principales puntos ciegos de los sistemas de protección. A pesar de que la literatura científica ha documentado de manera consistente la intersección estructural entre violencia de género, trauma y consumo, esta evidencia no se ha traducido de forma sistemática en protocolos, herramientas ni prácticas profesionales consolidadas dentro de la red de violencia de género.

Esta carencia resulta especialmente significativa si se contrasta con el desarrollo alcanzado en otros ámbitos. Desde la red de atención a las adicciones, la detección de la violencia de género ha sido progresivamente reconocida como una prioridad institucional, alineada tanto con el mandato normativo de la Ley Orgánica 1/2004 como con las estrategias impulsadas por el Pacto de Estado en materia de violencia de género (2019). No obstante, persisten omisiones relevantes: ni el sistema de servicios sociales aparece explícitamente señalado como ámbito clave de detección, ni las mujeres con adicciones son identificadas de forma clara como un colectivo prioritario de especial vulnerabilidad.

La experiencia acumulada en la red de drogas permite afirmar que la detección no es un acto espontáneo ni una consecuencia automática de la atención, sino el resultado directo de "tener en cuenta" una problemática, de incorporarla como hipótesis de trabajo y como responsabilidad profesional (Rosich y Micciola, 2021). Por tanto, aquello que es probabilísticamente comórbido debe ser, al menos, explorado en la evaluación. Desde este enfoque, detectar implica un proceso activo de identificación de situaciones de victimización, capaz de reconocer tanto violencias incipientes como dinámicas cronificadas y de activar mecanismos de protección y acompañamiento de forma precoz (OMS, 1998; Cendoya et al., 2022).

Sin embargo, este aprendizaje no ha sido incorporado de manera equivalente en la red de violencia de género respecto a los consumos y los TCS. Mientras que en el ámbito de las adicciones se ha asumido que las mujeres no siempre narran ni verbalizan sus experiencias de violencia —por miedo, por estrategias de ocultación o por la dificultad de resignificar lo vivido—, y que por ello resulta imprescindible inferir dichas experiencias a partir de discursos fragmentados o indicadores relacionales, en la red de violencia de género sigue predominando un modelo de detección del consumo basado en la verbalización explícita y voluntaria, así como en ciertos consumos que alertan desde un sesgo de moralidad.

La investigación desarrollada desde la red UNAD, a través del Protocolo de Detección Implícita de Violencia de Género en Mujeres con Adicciones (DIVG-MA), ha mostrado que la detección eficaz exige algo más que intuición profesional. Requiere formación específica, marcos conceptuales compartidos

y herramientas que reduzcan los sesgos individuales y aumenten la seguridad en la toma de decisiones (Álvarez et al., 2012; Loinaz, 2017; Hart, 2008; Hanson et al., 2007; Hilton et al., 2006). La combinación de juicio profesional estructurado, protocolos claros y trabajo en red ha demostrado ser eficaz para identificar violencias incluso cuando no son verbalizadas de forma directa.

Desde el prisma de este trabajo, el contraste resulta elocuente: si la red de drogas ha sido capaz de desarrollar modelos sofisticados para detectar violencia en mujeres con consumos (aunque no implementados de manera homogénea), resulta difícil justificar que la red de violencia de género continúe operando sin marcos equivalentes para detectar consumos y TCS en mujeres violentadas. La ausencia de detección no puede atribuirse a la falta de herramientas conceptuales, sino a decisiones organizativas, culturales y éticas que han relegado el consumo al ámbito sanitario, manteniendo una lectura fragmentada de trayectorias vitales profundamente atravesadas por violencia, desigualdad y trauma.

La integración del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1977; 1997; Heise, 1998) y de la perspectiva interseccional (Hancock, 2007; Hillsburg, 2013) refuerza esta reflexión. Estos enfoques permiten comprender cómo los consumos, las violencias y otras formas de exclusión se configuran en interacción a través de distintos niveles y ejes de desigualdad. Ignorar esta complejidad en los procesos de detección supone reproducir lecturas simplificadoras que dejan fuera a las mujeres con trayectorias más complejas.

En este sentido, detectar (y acompañar) consumos y TCS en contextos de violencia de género no es únicamente una cuestión técnica, sino una responsabilidad institucional ligada a la garantía de derechos. No detectar implica no intervenir; y no intervenir de forma integral perpetúa la exclusión, cronifica el daño y refuerza dinámicas de violencia institucional. Este capítulo se propone analizar las barreras estructurales, culturales y metodológicas que sostienen esta invisibilidad, revisar las principales aportaciones desarrolladas en otros ámbitos —particularmente desde la red de drogas— y situar la detección como una práctica ética, competencial y políticamente situada en la intervención psicosocial.

4.4.2 Limitaciones actuales de los servicios en la intervención psicosocial

Dependencia del reconocimiento y la verbalización

Uno de los principales obstáculos para la detección del consumo problemático y de los trastornos por consumo de sustancias (TCS) en la red de violencia de género es la dependencia casi exclusiva de la verbalización explícita por parte de las mujeres. Los dispositivos tienden a operar bajo el supuesto implícito de que el consumo será reconocido y comunicado de forma directa, como si se tratara de una información accesible, neutral y carente de consecuencias. Este supuesto ignora que el miedo a la exclusión, a la retirada de recursos o a la pérdida de credibilidad actúa como un potente mecanismo de silenciamiento (Martínez-Redondo, 2021; UNAD, 2024).

La literatura especializada muestra que muchas mujeres ocultan activamente sus consumos, especialmente cuando estos son problemáticos o implican sustancias ilegales, no por falta de conciencia o voluntad, sino como estrategia de autoprotección frente a sistemas institucionales que penalizan el desvío del ideal normativo de "víctima adecuada" (Hansen, 2021; Shirley-Beavan et al., 2020). En este sentido, la no verbalización del consumo no debe interpretarse como resistencia individual o falta de colaboración, sino como una respuesta racional y adaptativa a contextos institucionales percibidos como inseguros.

Los resultados del estudio de UNAD (2024) refuerzan esta lectura al señalar que, en contextos de alta complejidad, la petición de ayuda explícita constituye la excepción y no la norma. Las mujeres suelen demandar apoyo de forma implícita, mediadas por procesos de normalización de la violencia, por la expectativa de cambio del agresor o por experiencias previas de respuestas institucionales que no cubrieron sus necesidades reales. Extrapolado al ámbito de la violencia de género, este hallazgo cuestiona los modelos de detección basados en la demanda verbalizada y permite afirmar que esperar a que las mujeres nombren el consumo equivale, en la práctica, a no detectarlo.

Desde esta lógica, la detección basada exclusivamente en el reconocimiento explícito no solo resulta ineficaz, sino que reproduce una forma sutil de exclusión: solo acceden plenamente a la protección aquellas mujeres capaces de ajustar su relato a las expectativas del dispositivo. Las trayectorias atravesadas por consumos, policonsumos o TCS quedan atrapadas en una disyuntiva estructural entre decir y perder recursos, o callar y sostener el daño.

Invisibilidad de los consumos por miedo a la exclusión

En la práctica cotidiana de los recursos de violencia de género, el consumo continúa funcionando como un criterio informal —aunque operativo— de exclusión. Diversos informes documentan que las mujeres con consumo activo o con diagnósticos de TCS son derivadas fuera de la red, ven suspendido su acceso a dispositivos residenciales o son catalogadas como "no perfil", incluso cuando la violencia es grave, continuada y presenta elevados niveles de riesgo (Martínez, P., 2009; Plaza et al, 2022; UNAD, 2024).

Esta lógica institucional tiene efectos directos sobre los procesos de detección. El conocimiento —explícito o tácito— de que el reconocimiento del consumo puede conllevar la pérdida de protección refuerza su ocultación y favorece la cronificación simultánea de la violencia y del consumo. La red de violencia de género termina recibiendo mayoritariamente a mujeres que han aprendido a disociar, minimizar o camuflar sus consumos, mientras que aquellas con trayectorias más complejas quedan fuera del circuito de atención, reproduciendo una forma específica de violencia institucional.

Los hallazgos de diversas investigaciones muestran que las propias mujeres perciben que la atención recibida a lo largo de su vida ha estado condicionada por la vulnerabilidad predominante en cada momento, siendo la situación de exclusión social o de drogodependencia la que más ha limitado su

acceso a una atención integral. Este patrón confirma que los sistemas tienden a priorizar una única problemática "principal", relegando las demás y fragmentando la intervención, incluso cuando la evidencia muestra que dichas problemáticas operan de forma interdependiente.

Lejos de tratarse de disfunciones puntuales, esta exclusión responde a una organización del sistema que continúa operando desde una lógica de perfiles, requisitos y derivaciones, y no desde una lógica de derechos. El resultado es una segmentación implícita de las mujeres víctimas de violencia: unas consideradas "tratables" y otras sistemáticamente desplazadas hacia otros sistemas, debilitando la continuidad asistencial y aumentando el riesgo.

Limitaciones de las herramientas clásicas en violencia de género y en TCS

Las herramientas tradicionales de detección utilizadas tanto en violencia de género como en adicciones presentan limitaciones significativas cuando se aplican de forma aislada. En el ámbito de la violencia de género, los instrumentos más extendidos priorizan la identificación de hechos violentos explícitos, denuncias o episodios agudos, mientras que en el ámbito de las adicciones se centran en patrones de consumo, tolerancia o dependencia, sin incorporar de manera sistemática la violencia, el trauma complejo o los determinantes sociales de la salud como variables estructurales del daño.

La literatura internacional ha documentado que cuestionarios ampliamente utilizados —como el Abuse Assessment Screen o el WHO Women's Health and Life Experiences Questionnaire— infra-detectan dinámicas crónicas, psicológicas o encubiertas de violencia y dependen excesivamente de la verbalización directa, lo que limita su sensibilidad en contextos de alta vulneración (Rivas et al., 2021; Sprague et al., 2021). Incluso cuando estas herramientas se aplican de forma rutinaria, la tasa de detección efectiva es baja, lo que evidencia no solo dificultades de implementación, sino límites inherentes a su diseño cuando no se acompañan de formación especializada, lectura contextual y perspectiva de género.

De forma paralela, la investigación en adicciones señala que la mayoría de instrumentos de cribado no integran de manera sistemática la violencia de género ni el trauma complejo, lo que reduce su validez en mujeres con trayectorias atravesadas por múltiples violencias y exclusión social (El-Bassel et al., 2013). Esta fragmentación favorece la infradetección, incrementa los falsos negativos y promueve derivaciones desarticuladas entre sistemas.

Diversos estudios ponen de relieve que estas limitaciones se intensifican cuanto mayor es la situación de exclusión social. Los equipos profesionales identifican mayores dificultades de detección en los casos de mayor complejidad, junto con la escasez de recursos específicos, condiciones de acceso de difícil cumplimiento y dificultades estructurales de coordinación entre sistemas.

Aplicadas sin contextualización, estas herramientas no solo resultan insuficientes, sino que pueden generar efectos iatrogénicos: infraestimación del riesgo, ausencia de consideración del consumo como estrategia de afrontamiento o derivaciones sin garantía de continuidad. La limitación no reside

únicamente en los instrumentos, sino en el marco desde el que se utilizan y en la ausencia de modelos integrados de evaluación psicosocial.

La evidencia científica ha señalado que los instrumentos de evaluación de TCS y los de detección de violencia han sido desarrollados desde marcos paralelos no comunicantes, lo que produce una ceguera metodológica especialmente problemática. En consecuencia, no solo miden de forma incompleta, sino que reproducen la división institucional entre violencia y consumo, limitando la posibilidad de una detección e intervención verdaderamente integrales.

En conjunto, estas limitaciones permiten afirmar que la invisibilidad del consumo y de los TCS en la red de violencia de género no responde a una falta de evidencia ni de sensibilidad profesional, sino a diseños institucionales que penalizan la complejidad y desincentivan la revelación

4.4.2 Innovaciones metodológicas y herramientas

La detección implícita: señales indirectas, narrativas fragmentadas, indicadores relacionales.

Las limitaciones identificadas en los modelos clásicos de detección han motivado el desarrollo de enfoques metodológicos alternativos orientados a mejorar la identificación de situaciones de violencia y consumo en contextos de alta complejidad. Estas innovaciones comparten una premisa central: la detección no puede reducirse a un acto puntual ni depender exclusivamente de la verbalización explícita, sino que debe concebirse como un proceso progresivo, relacional y contextualizado, capaz de captar manifestaciones indirectas del daño.

Desde este marco, la detección implícita se configura como una respuesta metodológica coherente con la evidencia disponible sobre violencia de género, trauma complejo y consumo de sustancias, especialmente en mujeres que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad múltiple. Este enfoque desplaza el énfasis desde la revelación directa hacia la exploración sistemática de indicadores relacionales, narrativos y contextuales, integrados en el proceso de intervención psicosocial.

Permite aproximarse mediante indicadores de consumo —incluido el uso intensivo de psicofármacos — a partir de trayectorias de polivictimización, dificultades de regulación emocional, dificultades relacionales, sentimientos persistentes de culpa y vergüenza, o experiencias reiteradas de desprotección institucional, sin exigir una autoidentificación explícita como “consumidora” o “adicta”.

Aportaciones internacionales y enfoques integrados

A nivel internacional, diversos marcos han reforzado esta orientación metodológica. Los enfoques “trauma-informed” aplicados a la violencia de género y a las adicciones subrayan que los procesos de detección deben minimizar el riesgo de retraumatización, priorizar la seguridad emocional y reconocer el consumo como posible estrategia de afrontamiento. En la misma línea, los modelos gender-responsive desarrollados en contextos europeos y anglosajones insisten en la necesidad de adaptar las herramientas de evaluación a las trayectorias específicas de las mujeres, incorporando

variables estructurales como el control coercitivo, la maternidad, el estigma y la violencia institucional.

Experiencias como el programa IRIS en el ámbito de la atención primaria o las directrices de la OMS para la respuesta a la violencia de pareja muestran que la mejora de la detección depende menos de la sofisticación del instrumento que de la integración de formación, circuitos claros de derivación y apoyos activables. Estas propuestas coinciden en señalar que los instrumentos de cribado solo resultan eficaces cuando se insertan en modelos organizativos coherentes, con capacidad real de respuesta tras la detección.

Psicofármacos, medicalización del malestar y detección del TCS

El trabajo de Marta Escolano con Asociación Progestión (2024) introduce una dimensión clave para ampliar el marco de la detección: la consideración del consumo de psicofármacos como una forma socialmente legitimada e institucionalmente invisibilizada de consumo problemático en mujeres. Desde una perspectiva feminista, su investigación evidencia cómo la medicalización del malestar opera como mecanismo de adaptación funcional a contextos de violencia, precariedad y desigualdad, contribuyendo a la cronificación del consumo sin que este sea reconocido como TCS.

Las conclusiones del estudio señalan que la prescripción prolongada de hipnosedantes y ansiolíticos, la minimización del riesgo de dependencia y la ausencia de alternativas psicosociales refuerzan trayectorias de consumo que rara vez son problematizadas. Desde la red de violencia de género, esta aportación obliga a ampliar los marcos de detección, reconociendo que la ausencia de sustancias ilegales no equivale a ausencia de consumo problemático, y que la no detección del uso de psicofármacos reproduce formas específicas de invisibilización del daño.

En conjunto, las innovaciones metodológicas revisadas permiten afirmar que la detección implícita constituye una condición metodológica y ética para la identificación del consumo problemático y los TCS en mujeres que sufren violencia de género. Detectar implica sostener procesos de exploración progresiva, integrar múltiples fuentes de información y renunciar a lógicas evaluativas que penalizan la complejidad. Desde esta perspectiva, la detección deja de ser un filtro de acceso para convertirse en una herramienta al servicio de la evaluación integral y la garantía de derechos, cuestión que será abordada en el siguiente apartado desde una perspectiva ética y profesional.

4.4.3 Ética y práctica profesional

La detección como práctica no neutral y responsabilidad institucional

La detección del consumo problemático y de los TCS en mujeres que sufren violencia de género no constituye un acto técnico *neutral*, sino una *práctica situada* desde el punto de vista ético, político e institucional. Decidir qué se pregunta, cuándo, cómo se interpreta la información y qué consecuencias tiene implica posicionamientos que impactan directamente en la garantía de derechos.

La literatura feminista y psicosocial ha señalado que no detectar también es una forma de intervenir. La omisión del consumo —o su detección sin posibilidad real de acompañamiento— produce efectos materiales: cronifica el daño, incrementa el riesgo y contribuye a la exclusión de las mujeres con trayectorias más complejas.

Asumir la detección como responsabilidad institucional implica reconocer que no basta con disponer de herramientas si estas no se inscriben en sistemas capaces de responder de forma integral. Detectar sin intervenir, o derivar sin garantizar continuidad, reproduce dinámicas de violencia institucional.

Competencia profesional y formación obligatoria

La evidencia converge en un punto central: la detección eficaz requiere competencia profesional específica. La formación en perspectiva de género, trauma complejo y consumos no puede concebirse como un complemento opcional, sino como un requisito estructural.

Diversos estudios muestran que equipos con mayor capacitación presentan mejores resultados en adherencia, reducción de abandonos y capacidad para sostener intervenciones complejas. Comprender el consumo como posible estrategia de afrontamiento resulta clave para evitar lecturas punitivas y generar espacios de intervención seguros.

Asimismo, la formación debe incluir habilidades para la detección implícita, el uso crítico de instrumentos y la gestión ética de la información. Sin estas competencias, la detección corre el riesgo de convertirse en un acto administrativo o en una práctica basada en la intuición, aumentando el sesgo.

Principios éticos de la intervención psicosocial

Desde una perspectiva ética, la intervención debe regirse por los principios de no maleficencia, justicia y autonomía. La no maleficencia implica evitar prácticas que generen daño añadido, como la detección sin red de apoyo. El principio de justicia exige reconocer la desventaja estructural de estas mujeres y que la igualdad formal no garantiza equidad. La garantía de derechos obliga a situar la protección por encima de criterios de perfil o idoneidad.

En este marco, la fragmentación entre violencia y consumo no puede considerarse una limitación técnica inevitable, sino una decisión institucional con consecuencias éticas.

Detección, acompañamiento y continuidad asistencial

Una práctica ética de la detección exige su vinculación con el acompañamiento y la continuidad asistencial. Detectar implica asumir la responsabilidad de sostener el proceso, ya sea dentro del dispositivo o mediante coordinaciones efectivas.

Desde esta perspectiva, la detección implícita se configura también como una condición ética: permite respetar los tiempos de la mujer, reducir la retraumatización y evitar que el reconocimiento del consumo se convierta en un factor de exclusión.

Este capítulo ha puesto de manifiesto que la detección y evaluación del consumo problemático y de los TCS constituye uno de los principales desafíos —y responsabilidades— de los sistemas de protección. Hacer visible lo invisible no depende solo de mejorar instrumentos, sino de revisar marcos éticos, prácticas profesionales y condiciones organizativas.

4.5 LA RED DE VIOLENCIA DE GÉNERO ANTE EL DESAFÍO DEL ABORDAJE INTEGRAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

La red de atención a la violencia de género se encuentra, en la actualidad, ante un desafío estructural que interpela de manera directa a sus fundamentos organizativos, culturales y éticos: la capacidad real de ofrecer respuestas sostenidas a mujeres cuyas trayectorias vitales se sitúan en la intersección entre violencia de género, consumos problemáticos de sustancias y procesos de exclusión social. Aunque el marco normativo vigente —tanto a nivel estatal como autonómico— proclama el derecho a una atención integral, la práctica cotidiana de los dispositivos revela persistentes dificultades para incorporar esta complejidad sin recurrir a mecanismos de segmentación, derivación o exclusión.

Este capítulo parte de una premisa central: la exclusión de mujeres con trastornos por consumo de sustancias (TCS) de la red de violencia de género no puede entenderse como una disfunción puntual, una carencia de recursos aislada o una suma de errores profesionales individuales. Por el contrario, se trata de un fenómeno estructural, sostenido por lógicas institucionales y culturales profundamente arraigadas que delimitan no solo quién es considerada una víctima legítima de violencia, sino también qué situaciones se reconocen como objeto legítimo de intervención pública y cuáles quedan situadas en los márgenes de la responsabilidad institucional.

Las evidencias empíricas disponibles muestran que, en la práctica, la red de violencia de género continúa operando sobre modelos de victimización normativos, diseñados para trayectorias relativamente lineales: ruptura con el agresor, activación de recursos de emergencia, acceso a dispositivos residenciales, estabilización y reparación. Sin embargo, las mujeres con TCS suelen presentar trayectorias marcadas por violencias prolongadas, consumo como estrategia de afrontamiento, precariedad residencial y ausencia de redes de apoyo, lo que las sitúa en un desajuste estructural respecto a los dispositivos existentes.

El diagnóstico de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral de Catalunya elaborado por Bodelón et al. (2016) resulta especialmente ilustrativo en este sentido. A pesar de reconocer avances significativos en la consolidación de la red y en la ampliación de recursos, el informe identifica importantes tensiones entre el discurso de la integralidad y la realidad de las prácticas, señalando la persistencia de inercias judicializadoras, rigideces organizativas y dificultades para atender situaciones de alta

complejidad. Estas conclusiones, aunque situadas en el contexto catalán, presentan un alto grado de transferibilidad a otros territorios y permiten problematizar el funcionamiento general de los sistemas de protección frente a la violencia de género.

A su vez, los informes recientes de UNAD (2024) y otros trabajos centrados en mujeres en contextos de consumo de drogas y exclusión residencial ponen de manifiesto una paradoja especialmente relevante para este análisis: aquellas mujeres que presentan mayores niveles de riesgo y vulneración de derechos son, precisamente, las que encuentran más barreras de acceso a los dispositivos diseñados para protegerlas. Esta paradoja no puede atribuirse únicamente a la falta de recursos específicos, sino que también invita a reflexionar sobre un modelo de intervención que, en ocasiones, encuentra dificultades para abordar la complejidad y termina gestionando la exclusión como parte de su funcionamiento.

Desde este marco, el capítulo se estructura en tres apartados. En primer lugar, se analizan las lógicas institucionales y culturales que sostienen la figura de la "víctima adecuada" y legitiman la exclusión implícita de mujeres con TCS. En segundo lugar, se examinan los dispositivos directos y las condiciones de acceso, con especial atención a los recursos residenciales, los protocolos de abstinencia y la invisibilización de determinados consumos. Finalmente, se abordan las consecuencias de esta exclusión institucional en términos de vulneración de derechos, cronificación de problemáticas y reproducción de desigualdades. El capítulo se cierra con un puente analítico hacia el Capítulo 6, centrado en las condiciones estructurales necesarias para sostener un abordaje verdaderamente integral.

4.5.1 Lógicas institucionales y culturales

Estigma, victimología androcéntrica y la construcción de la "víctima adecuada"

Uno de los elementos centrales para comprender las dificultades de la red de violencia de género en el abordaje de los TCS es la persistencia de una victimología implícita de carácter androcéntrico, que opera como marco normativo de interpretación de las experiencias de violencia. Esta victimología no siempre se explicita en los discursos institucionales, pero se manifiesta de forma clara en los criterios de acceso, en las prácticas de intervención y en las decisiones organizativas.

Desde la criminología y la sociología jurídica feminista, autoras como Encarna Bodelón han señalado que los sistemas de protección tienden a construir una figura implícita de "víctima adecuada": una mujer que cumple determinadas expectativas morales, relacionales y conductuales, y cuyo relato resulta legible para el sistema. Esta figura se caracteriza, entre otros elementos, por la ausencia de conductas consideradas desviadas, la capacidad de sostener un discurso coherente y lineal sobre la violencia sufrida, y la disposición a ajustarse a los itinerarios de intervención previstos por la institución.

El diagnóstico de la *Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral de Catalunya* pone de relieve que, pese a los avances normativos y a la ampliación de recursos, estas representaciones siguen operando de manera subyacente en la práctica profesional (Bodelón et al., 2016). El informe identifica una tensión constante entre el reconocimiento formal de la diversidad de situaciones de violencia y la dificultad real para atender trayectorias que se alejan del modelo hegemónico de victimización.

Las mujeres con TCS encarnan, desde esta lógica, una figura especialmente problematizada. Su experiencia vital desafía las fronteras entre víctima y "sujeto problemático", desestabiliza la dicotomía entre protección y tratamiento, y cuestiona la separación institucional entre violencia de género, adicciones y exclusión social. En consecuencia, estas mujeres son frecuentemente situadas fuera del campo de inteligibilidad de la red de violencia de género, no por ausencia de violencia, sino por lo que se interpreta como "exceso de complejidad".

Esta construcción de la "víctima adecuada" tiene efectos materiales. Como señalan diversos trabajos sobre "buenas y malas víctimas", el reconocimiento institucional no es automático ni universal, sino que se encuentra mediado por juicios implícitos sobre credibilidad, merecimiento y capacidad de agencia. Las mujeres con consumos problemáticos suelen ser percibidas como menos fiables, menos cooperadoras o menos "aprovechables" para los dispositivos, lo que se traduce en barreras de acceso y permanencia.

Estigma, control social y moralización del consumo

El estigma asociado al consumo de sustancias constituye un eje transversal en estas dinámicas. A diferencia de otras problemáticas, el consumo sigue siendo interpretado en muchos contextos institucionales desde marcos moralizantes que lo asocian a falta de voluntad, irresponsabilidad o riesgo para la convivencia. Esta lectura se intensifica cuando el consumo se da en mujeres, debido al no cumplimiento de los ideales de género asociados al cuidado, la maternidad y el autocontrol.

El diagnóstico de Bodelón et al. (2016) señala que, en la red catalana, persisten dificultades para integrar de forma no punitiva problemáticas como la salud mental o las adicciones, que tienden a ser externalizadas hacia otros sistemas. Esta externalización no es neutra: implica desplazar la responsabilidad de la protección hacia dispositivos que no siempre están preparados para abordar la violencia de género, generando vacíos asistenciales y trayectorias fragmentadas.

Desde una perspectiva de control social, el consumo opera así como un marcador de desviación que reconfigura la posición de la mujer dentro del sistema de protección. La víctima deja de ser leída prioritariamente como sujeto de derechos y pasa a ser interpretada como "caso complejo", "caso difícil" o directamente "no perfil" (Martínez-Redondo y Arostegui, 2023). Esta mutación del estatus tiene consecuencias directas sobre la intervención y sobre la disposición institucional a asumir riesgos.

La exclusión implícita como forma de violencia institucional

Estas dinámicas pueden conceptualizarse, siguiendo a diversas autoras, como una forma específica de violencia institucional. No se trata únicamente de la ausencia de recursos adecuados, sino de la producción activa de desprotección a través de normas, protocolos y prácticas que, de manera sistemática, dejan fuera a determinados perfiles de mujeres.

Investigaciones centradas en mujeres en contextos de consumo de drogas y privación de libertad, así como los trabajos de Cristiana Vale Pires y Corina Giacomello, han mostrado cómo los sistemas de protección tienden a reproducir lógicas de exclusión bajo la apariencia de neutralidad técnica. La violencia institucional se manifiesta aquí en la exigencia de requisitos inalcanzables, en la derivación constante sin acompañamiento y en la imposibilidad práctica de acceder a dispositivos seguros. (Pires, C., 2026, Plaza, L. et al 2021).

El informe de UNAD (2024) refuerza esta lectura al documentar que muchas mujeres con TCS atraviesan múltiples recursos sin que ninguno asuma de forma clara la responsabilidad de garantizar respuestas sostenidas frente a las situaciones de violencia que experimentan. La coordinación entre sistemas aparece con frecuencia condicionada a la iniciativa individual de profesionales concretos, y no a circuitos institucionales estructurados, lo que incrementa la arbitrariedad y la desigualdad en el acceso a los recursos (Creación Positiva,2025; Patton, 2024).

Desde esta perspectiva, la exclusión de mujeres con TCS no puede entenderse únicamente como un daño colateral del funcionamiento institucional, sino como un efecto previsible de un sistema diseñado para gestionar la violencia desde parámetros de excepcionalidad y urgencia, más que desde una comprensión estructural y continuada de la vulneración de derechos. Al mismo tiempo, esta situación invita a problematizar qué se entiende por “protección frente a la violencia”, en la medida en que las respuestas institucionales suelen oscilar entre lógicas de control, temporalidad limitada y condicionalidad de acceso, que no siempre se corresponden con los procesos complejos y no lineales mediante los cuales muchas mujeres intentan reconstruir su seguridad. En este sentido, más que espacios de control o permanencia condicionada, los dispositivos de apoyo deberían funcionar como lugares seguros a los que poder volver reiteradamente, incluso cuando las trayectorias de salida de la violencia no siguen itinerarios lineales.

4.5.2 Dispositivos directos y condiciones de acceso

Las lógicas institucionales y culturales analizadas en el apartado anterior se materializan de forma especialmente nítida en los dispositivos directos de atención a la violencia de género y, de manera particular, en las condiciones de acceso y permanencia que estos marcan. Es en este nivel operativo donde la exclusión de mujeres con trastornos por consumo de sustancias (TCS) deja de ser implícita para convertirse en una práctica concreta, con efectos inmediatos sobre la seguridad y la continuidad vital de las mujeres.

Casas de acogida y exigencia de abstinencia

Los recursos residenciales —casas de acogida, pisos tutelados y otros dispositivos de emergencia— constituyen uno de los pilares históricos de la protección frente a la violencia de género dentro de la pareja/ex pareja. Sin embargo, múltiples investigaciones han señalado que estos dispositivos han sido concebidos, mayoritariamente, desde una lógica de excepcionalidad y emergencia, orientada a situaciones de riesgo agudo y temporal.

Tal como ya apuntaba Patricia Martínez (2009), pensar los recursos residenciales de violencia desde lógicas orientadas a dar respuesta y protección ante incrementos puntuales del riesgo deja fuera a aquellas mujeres cuya trayectoria vital está atravesada por una violencia basal, prolongada y normalizada. Las mujeres con TCS no suelen encajar en el modelo de "crisis puntual", ya que su exposición a la violencia y a la precariedad es persistente y acumulativa. Incluso cuando se producen episodios agudos de especial gravedad, el acceso efectivo a los dispositivos de protección continúa viéndose obstaculizado. En estos casos, el consumo es frecuentemente utilizado como elemento de confrontación o como criterio implícito de exclusión, desplazando el foco desde la violencia sufrida hacia la conducta de la mujer y generando dinámicas de responsabilización —explícitas o sutiles— sobre la situación vivida. Este tipo de respuestas institucionales no solo limita el acceso, sino que también propicia abandonos tempranos, ya sea por derivaciones excluyentes o por la autoexclusión derivada de experiencias de estigmatización y deslegitimación.

En este contexto, la exigencia —explícita o implícita— de abstinencia como condición de acceso o permanencia opera como un potente mecanismo de exclusión. El informe de UNAD (2024) documenta que muchas mujeres son rechazadas o expulsadas de recursos residenciales al detectarse consumo activo, incluso cuando la violencia es grave y el riesgo elevado. Esta exigencia resulta especialmente problemática desde una perspectiva de protección, ya que sitúa a las mujeres ante una disyuntiva imposible: renunciar a un recurso seguro u ocultar su consumo para no perderlo.

El diagnóstico de Bodelón et al. (2016) confirma que, en la red catalana, los dispositivos residenciales presentan dificultades significativas para adaptarse a situaciones de alta complejidad, y tienden a derivar a las mujeres con consumo hacia otros sistemas sin garantizar continuidad ni acompañamiento. Esta lógica refuerza la fragmentación asistencial y debilita la función protectora de la red de violencia de género.

Protocolos obsoletos y rigidez en los modelos de atención

Más allá de los recursos residenciales, la exclusión se ve reforzada por la persistencia de protocolos rígidos y poco actualizados, diseñados para trayectorias normativas de victimización. Estos protocolos suelen asumir una secuencia lineal —detección, denuncia, protección, recuperación— que no se corresponde con la realidad de muchas mujeres con TCS, cuyas trayectorias están marcadas por avances, retrocesos, recaídas y continuidades relacionales con el agresor o múltiples/variados agresores.

Pese a la voluntad de coordinación interinstitucional, persisten importantes dificultades para integrar de forma efectiva los ámbitos de violencia de género, salud mental y adicciones. Esta falta de integración se traduce en derivaciones sucesivas, duplicidad de evaluaciones y, en muchos casos, en la pérdida de la mujer en los circuitos de atención.

La rigidez protocolaria se convierte así en una barrera estructural que penaliza la complejidad y favorece la exclusión de quienes no pueden sostener los itinerarios previstos por el sistema.

Invisibilización del consumo/dependencia de psicofármacos

Un elemento especialmente relevante en el análisis de las condiciones de acceso es la invisibilización del consumo de psicofármacos. Diversos estudios feministas han señalado cómo el sufrimiento derivado de la violencia de género ha sido históricamente medicalizado, especialmente en mujeres, a través de la prescripción de ansiolíticos, hipnosedantes y antidepresivos.

El informe de UNAD (2024) y otros trabajos recientes como los de Escolano,M. (2024) muestran que este tipo de consumo rara vez es problematizado como TCS dentro de la red de violencia de género, a diferencia de lo que ocurre con sustancias ilegales o alcohol. Esta diferenciación no responde a criterios de riesgo o dependencia, sino a una legitimación institucional del consumo farmacológico como respuesta “adecuada” al malestar femenino.

La consecuencia es doble: por un lado, se invisibilizan trayectorias de dependencia farmacológica que cronifican el daño; por otro, se refuerza una lectura sesgada del consumo, en la que solo determinadas sustancias activan mecanismos de exclusión.

Falta de evaluación de etapas motivacionales

Finalmente, otro factor clave en las condiciones de acceso es la ausencia sistemática de evaluación de las etapas motivacionales en relación con el consumo. Muchos dispositivos de violencia de género operan bajo supuestos implícitos de disponibilidad para el cambio, exigiendo abstinencia, adherencia y cumplimiento normativo sin considerar el momento vital y motivacional de la mujer.

Esta ausencia de evaluación incrementa el riesgo de exclusión temprana y dificulta la construcción de procesos de intervención realistas y sostenibles. En lugar de adaptar los apoyos a la situación de la mujer, se exige a la mujer que se adapte al dispositivo, reproduciendo una lógica punitiva que contradice los principios de una intervención centrada en derechos. Como ya viene marcando la intervención basada en evidencia en el TCS, es imprescindible conocer la fase motivacional de la persona, para elegir y desplegar el repertorio de habilidades terapéuticas y estrategias concretas que permitan afianzar la motivación al cambio y la adherencia la tratamiento.

Las prácticas y lógicas descritas en los apartados anteriores generan consecuencias profundas y duraderas, tanto a nivel individual como colectivo. Estas consecuencias no pueden entenderse como efectos secundarios indeseados, sino como resultados estructurales de un sistema que no ha incorporado de forma efectiva la intersección entre violencia de género y TCS.

4.5.3 Consecuencias de la exclusión institucional

Invisibilización de las mujeres con TCS en la red de violencia de género

Una de las consecuencias más evidentes es la invisibilización sistemática de las mujeres con TCS dentro de la red de violencia de género. Este fenómeno no puede comprenderse únicamente como un problema de acceso o de adecuación de los recursos, sino también como el resultado de los propios límites del marco institucional en el que se ha construido esta red. En el contexto español, gran parte de los dispositivos especializados se desarrollan al amparo de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, cuyo ámbito de actuación se centra fundamentalmente en la violencia ejercida por la pareja o expareja. Esta delimitación jurídica ha sido ampliamente señalada en la literatura feminista como un avance fundamental en el reconocimiento institucional de la violencia contra las mujeres, pero también como un marco que condiciona qué formas de violencia quedan priorizadas dentro de los sistemas de intervención (Osborne, 2009; Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2016).

En este contexto, las trayectorias de muchas mujeres con TCS —marcadas con frecuencia por violencias múltiples que atraviesan distintos espacios relacionales, institucionales o comunitarios— no siempre encajan fácilmente en los circuitos de atención diseñados desde esta definición jurídica. Cuando estas mujeres no son reconocidas como usuarias legítimas de los recursos especializados, sus experiencias quedan fuera de los registros, de la planificación de recursos y del diseño de políticas públicas. Esta invisibilidad reproduce un círculo vicioso: lo que no se registra no se prioriza, y lo que no se prioriza no se atiende.

El informe de UNAD (2024) documenta cómo muchas mujeres atraviesan múltiples dispositivos sin ser contabilizadas como víctimas de violencia de género, precisamente porque su consumo desplaza el foco de intervención hacia otros sistemas.

Vulneración sistemática del derecho a la protección

Desde una perspectiva de derechos humanos, esta exclusión constituye una vulneración sistemática del derecho a la protección frente a la violencia. La obligación de los poderes públicos no se limita a ofrecer recursos formales, sino a garantizar que estos sean accesibles y adecuados para las personas en mayor situación de vulnerabilidad.

Cuando las mujeres con TCS quedan fuera de los dispositivos de protección, el sistema no solo falla en su función preventiva, sino que contribuye activamente a la perpetuación del riesgo, obligándolas a permanecer en contextos violentos o a recurrir a estrategias de supervivencia que incrementan su exposición al daño.

Reproducción de desigualdades y cronificación de problemáticas

Finalmente, la exclusión institucional no solo limita el acceso de las mujeres con TCS a los recursos especializados, sino que contribuye a la cronificación simultánea de la violencia, el consumo y la

exclusión social. Cuando los dispositivos de protección no logran incorporar la complejidad de estas trayectorias, las mujeres quedan atrapadas en circuitos fragmentados de atención que abordan de manera separada problemáticas profundamente interrelacionadas. Lejos de favorecer procesos de recuperación, esta fragmentación institucional tiende a reforzar las desigualdades estructurales que atraviesan sus vidas, consolidando trayectorias de precariedad, revictimización y marginalidad que resultan extremadamente difíciles de revertir.

En este contexto, la red de violencia de género corre el riesgo de reproducir —bajo un discurso de protección— dinámicas institucionales que terminan operando como mecanismos de control, selección y exclusión, en tensión con los propios objetivos de garantía de derechos que sustentan su creación. El análisis desarrollado a lo largo de este capítulo permite sostener que el principal obstáculo para el abordaje integral de la intersección entre violencia de género y trastornos por consumo de sustancias no reside en la ausencia de conocimiento ni en la falta de compromiso profesional, sino en determinadas lógicas organizativas que penalizan la complejidad de las trayectorias vitales y desplazan a estas mujeres fuera de los circuitos de protección.

Estas lógicas se expresan de diversas formas a lo largo de los dispositivos analizados: la derivación sistemática hacia otros sistemas de atención cuando aparece el consumo; la exigencia explícita o implícita de abstinencia como condición de acceso o permanencia en los recursos; la interpretación del consumo como indicador de "perfil inadecuado" para la intervención en violencia de género; la invisibilización de determinados consumos, especialmente el uso intensivo de psicofármacos, en los procesos de valoración; la ausencia de herramientas de evaluación motivacional que permitan acompañar trayectorias de cambio no lineales; la falta de dispositivos de evaluación e intervención en trauma que incorporen un enfoque específico de género, a pesar de la amplia evidencia sobre la relación entre violencia, trauma complejo y consumo de sustancias; o la rigidez organizativa de los recursos, que dificulta sostener procesos prolongados de apoyo en contextos de alta vulnerabilidad. En conjunto, estos mecanismos configuran un entramado institucional que termina dejando fuera, de manera sistemática, a las mujeres con trayectorias de mayor vulneración.

Estas exclusiones no son neutrales. Al restringir el acceso a los recursos de protección, incrementan la exposición al riesgo, dificultan los procesos de salida de la violencia y refuerzan dinámicas de daño acumulado que afectan tanto a la salud como a las condiciones de vida de las mujeres. En este sentido, la exclusión institucional no constituye únicamente una falla del sistema, sino un factor activo en la reproducción de las desigualdades y en la cronificación de las situaciones de violencia y consumo.

4.5.4 Implicaciones finales

Desde la criminología y la sociología jurídica feminista se ha señalado que los sistemas de protección frente a la violencia de género no operan únicamente como dispositivos de garantía de derechos, sino también como espacios de producción normativa sobre quién puede ser reconocida como víctima y en qué condiciones. En este sentido, la intervención institucional tiende a construir de forma implícita

una figura de “víctima adecuada”: una mujer cuya experiencia resulta legible para el sistema porque cumple determinadas expectativas morales, relacionales y conductuales, y cuyo relato puede ser gestionado sin cuestionar los marcos organizativos existentes (Bodelón, 2016).

Esta construcción normativa tiene efectos directos sobre el diseño y el funcionamiento de los recursos. La red de atención a la violencia de género incluye dispositivos de naturaleza diversa —servicios ambulatorios de atención psicológica, educativa o social, junto con recursos residenciales de distinta intensidad—, pero en la práctica los recursos alojativos han ocupado un lugar central en la arquitectura del sistema. Históricamente, estos dispositivos se han configurado como respuestas de emergencia orientadas a la protección inmediata frente a episodios agudos de violencia, priorizando la contención del riesgo. Bajo esta lógica, el acceso al recurso se vincula con frecuencia al incremento visible del peligro y a la capacidad de la mujer para adaptarse de forma rápida a las normas del dispositivo, más que a la complejidad de su trayectoria vital.

Pensar los refugios de violencia exclusivamente en términos de emergencia implica, de facto, asumir una concepción episódica y excepcional de la violencia de género. Sin embargo, muchas mujeres —y de manera especialmente acusada aquellas con trastornos por consumo de sustancias (TCS)— viven situaciones de violencia basal: continuada, normalizada y entrelazada con la precariedad económica, la exclusión social y el estigma institucional. Esta forma de violencia, al no responder a picos claramente delimitables, queda con frecuencia fuera de los umbrales tradicionales de activación de la protección. Al mismo tiempo, la centralidad del alojamiento en la organización del sistema tiende a difuminar una cuestión clave: la necesidad de protección no siempre coincide con la necesidad de alojamiento, y muchas mujeres requieren procesos prolongados de acompañamiento social, psicológico y comunitario que los dispositivos centrados en la emergencia difícilmente pueden sostener.

En este marco, las mujeres con TCS no son excluidas por ausencia de riesgo, sino por exceso de complejidad. Sus trayectorias no encajan en el modelo de víctima que presupone estabilidad emocional, capacidad de adherencia a normas rígidas y separación clara entre violencia y otros malestares. El consumo, lejos de ser interpretado como una estrategia de afrontamiento o un efecto del trauma, opera como marcador de inadecuación, desplazando a estas mujeres hacia otros sistemas o dejándolas fuera de la red de violencia de género. Esta exclusión resulta especialmente visible en el acceso a recursos residenciales de media y larga estancia, concebidos para procesos más prolongados de recuperación y autonomía, pero cuyos criterios de acceso suelen operar de facto como filtros que limitan la entrada de mujeres con consumos activos o con trayectorias de mayor vulnerabilidad social.

Esta exclusión no puede entenderse como una disfunción puntual ni como una limitación técnica inevitable, sino como el resultado de lógicas institucionales que priorizan la gestión del riesgo inmediato y la clasificación de perfiles frente a una lectura estructural de la violencia. Desde esta perspectiva, la dificultad de la red de violencia de género para abordar de manera integral los

consumos y los TCS no es únicamente un problema de falta de herramientas, sino de marcos culturales y organizativos que siguen operando bajo una noción restrictiva de protección y de víctima.

El siguiente capítulo se centrará en analizar las condiciones estructurales, profesionales y organizativas que hacen posible —o imposible— un abordaje integral de la violencia de género y los TCS. Desde la financiación y la estabilidad de los equipos hasta la formación obligatoria y los modelos de evaluación, el Capítulo 4.6 abordará qué transformaciones resultan necesarias para que la detección y la intervención no se conviertan en gestos formales, sino en prácticas efectivas de protección, acompañamiento sostenido y garantía de derechos.

4.6 LAS CONDICIONES DE POSIBILIDAD DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL: DE LA EVIDENCIA ACUMULADA A LA RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

Los capítulos precedentes han permitido reconstruir, desde distintos planos analíticos, la complejidad de las trayectorias vitales de las mujeres que viven la intersección entre violencias de género y consumos problemáticos de sustancias. Estas trayectorias no pueden ser comprendidas —ni abordadas— desde modelos lineales, sectoriales o centrados exclusivamente en el síntoma. La concurrencia de violencias estructurales, trauma complejo, exclusión social, estigmatización y respuestas institucionales fragmentadas configura escenarios de alta complejidad que desbordan los marcos clásicos de intervención.

En este contexto, el presente capítulo no introduce nuevos diagnósticos, sino que se sitúa en un plano complementario: el de las condiciones necesarias para que un modelo integral no sea una excepción, sino una política pública sostenida. Se trata, por tanto, de un capítulo de cierre estructural que traduce la evidencia acumulada en exigencias concretas a nivel institucional, profesional, metodológico y evaluativo.

Este análisis se apoya de manera central en el trabajo desarrollado en el marco del Plan Nacional sobre Drogas por Martínez-Redondo y Arostegui (2023), especialmente en la *Guía de recomendaciones para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Este documento resulta particularmente relevante porque articula evidencia empírica, saber profesional situado y experiencias reales de intervención.

Su valor radica en tres elementos: recoge prácticas reales, permite contrastar lo que funciona con lo que se implementa, y hace explícita la distancia persistente entre el discurso institucional sobre la atención integral y sus condiciones materiales. En este sentido, no se trata de una cuestión de sensibilidad profesional, sino de justicia social, derechos humanos y salud pública.

Este capítulo recoge esa doble mirada —empírica y normativa— para ordenar las condiciones mínimas que deben concurrir si se pretende avanzar hacia modelos de atención que no reproduzcan las violencias que dicen combatir.

4.6.1 Condiciones estructurales

Financiación estable y sostenida: de la lógica de proyecto a la política pública

Una de las cuestiones nucleares es la dependencia estructural de muchos recursos de convocatorias anuales, subvenciones competitivas o financiación fragmentada. Esta lógica de proyecto genera efectos directos: interrupción de procesos terapéuticos, incertidumbre en los equipos, dificultad de planificación y competencia entre entidades.

Desde una perspectiva de derechos, resulta problemático que el acceso a recursos que garantizan seguridad, atención sanitaria o acompañamiento psicosocial dependa de calendarios administrativos y no de necesidades vitales. Un modelo integral exige un cambio de paradigma: la financiación debe reconocer estos recursos como servicios esenciales, no como iniciativas piloto.

La evidencia muestra que los recursos más eficaces son aquellos que han logrado estabilidad financiera, lo que les permite sostener procesos largos, adaptarse a los ritmos de las mujeres y resistir la presión de resultados inmediatos.

Equipos profesionales con estabilidad laboral: el vínculo como herramienta terapéutica

La intervención con mujeres que han vivido violencias reiteradas se apoya de forma central en el vínculo terapéutico. Sin embargo, la precariedad laboral, la temporalidad y la sobrecarga asistencial erosionan ese vínculo.

La alta rotación no es solo un problema organizativo: constituye una forma de revictimización institucional cuando las mujeres deben relatar reiteradamente sus historias y reconstruir la confianza. La Guía (2023) insiste en que la estabilidad de los equipos es una condición ética.

Garantizar equipos estables implica reconocer:

- el impacto emocional del trabajo con trauma
- la necesidad de supervisión continuada
- el derecho a condiciones laborales dignas

Espacios de cobijo y acompañamiento integral: la seguridad como condición de posibilidad

No puede haber proceso terapéutico sin seguridad. La seguridad —física, emocional y relacional— no es un resultado, sino una condición de posibilidad.

En mujeres que viven la intersección entre violencias, consumo y exclusión, la inseguridad no es puntual, sino estructural. Pretender iniciar procesos sin garantizar condiciones mínimas de seguridad implica trasladar la responsabilidad del cambio a quienes siguen en contextos de riesgo.

La Guía (2023) plantea que los espacios de cobijo no son recursos previos al tratamiento, sino dispositivos terapéuticos donde comienza la reconstrucción del vínculo, la confianza y la agencia.

Actualmente, estos recursos siguen siendo escasos y fragmentados entre distintos sistemas, sin un modelo integrado consolidado. Incluso dentro de la red de drogas, los dispositivos capaces de atender situaciones de alta complejidad son limitados y operan con criterios de acceso restrictivos.

Entre estos criterios destaca la exigencia de abstinencia, que funciona como filtro de exclusión. Desde un enfoque de derechos y reducción de daños, esta exigencia resulta incompatible con la evidencia, ya que ignora la función adaptativa del consumo en contextos de violencia y trauma.

Exigir abstinencia previa implica solicitar el abandono de una estrategia de supervivencia sin que existan condiciones de seguridad, lo que resulta ineficaz y potencialmente iatrogénico.

Desde esta perspectiva, los espacios de cobijo deben configurarse como dispositivos de baja exigencia, capaces de acoger a mujeres en distintos momentos de su trayectoria. Su función no es normalizar conductas, sino reducir riesgos, generar estabilidad y posibilitar procesos progresivos.

Estos dispositivos deben integrar de forma coordinada:

- atención a consumos activos desde reducción de daños
- intervención en violencia de género
- acompañamiento social y jurídico
- atención a hijas e hijos

La evidencia es clara: estos espacios no son un complemento, sino el núcleo del modelo integral. Su ausencia reproduce las mismas lógicas de exclusión que el sistema pretende combatir.

Garantizar cobijo adecuado no es una innovación, sino una obligación institucional. Sin seguridad no hay vínculo; sin vínculo no hay proceso; y sin proceso no hay posibilidad real de reparación.

4.6.2 Condiciones profesionales

La intervención como práctica situada: formación, ética y posicionamiento

Tal y como se ha desarrollado en los capítulos precedentes, la intervención con mujeres que viven la intersección entre violencias de género y trastornos por consumo de sustancias no puede entenderse como una práctica técnica neutral. Se trata de una práctica situada, atravesada por marcos conceptuales, decisiones éticas y relaciones de poder que influyen directamente en los procesos de detección, acompañamiento y reparación.

La violencia de género y los consumos no constituyen fenómenos independientes, sino dimensiones interrelacionadas de una misma realidad estructural. En este sentido, las condiciones profesionales no pueden reducirse a una cuestión de capacitación individual, sino que constituyen un elemento central del modelo, ya que es en la práctica cotidiana donde se materializan —o se neutralizan— las lógicas de fragmentación, control y revictimización.

Como señalan Martínez-Redondo y Arostegui (2023), la integralidad no se decreta desde los protocolos, sino que se construye en la práctica profesional, en la forma de mirar, nombrar e intervenir.

Formación obligatoria y especializada: coherencia con la complejidad

El consumo puede funcionar como estrategia de afrontamiento frente al trauma, y la violencia como un continuum a lo largo del ciclo vital. Intervenir sin formación específica conduce a interpretaciones reduccionistas que individualizan el malestar y refuerzan estigmas.

La Guía (2023) señala que esta falta de formación limita la capacidad de reconocer la complejidad de las trayectorias y restringe el acceso efectivo a la intervención. En este sentido, la formación no es un complemento técnico, sino una condición de justicia epistémica, en la medida en que amplía el campo de lo reconocible y, por tanto, de lo intervenible.

Una formación coherente con el modelo integral debe incluir:

- trauma complejo y enfoque sensible al trauma
- perspectiva de género e interseccionalidad
- consumos problemáticos desde una mirada no exclusivamente abstencionista
- derechos humanos y acceso a recursos

Mirada ética y principio de no maleficencia

El principio de no maleficencia implica no solo evitar daño directo, sino revisar críticamente aquellas prácticas que, bajo apariencia de neutralidad, producen exclusión o silenciamiento.

Exigir verbalización explícita, penalizar el consumo o derivar sin acompañamiento reproduce dinámicas de fragmentación y desprotección. Estas prácticas trasladan a las mujeres el coste de un sistema que no está diseñado para abordar la complejidad.

Desde una perspectiva feminista, la ética profesional no puede desligarse de las relaciones de poder. Decidir accesos, permanencias o derivaciones implica ejercer poder institucional. No reconocerlo supone ejercerlo de forma opaca.

El modelo integral exige, por tanto, profesionales capaces de identificar su posición, evitar lecturas moralizantes del consumo y comprender el trauma y sus mecanismos adaptativos sin patologización.

Sistematización del saber profesional

La falta de sistematización refuerza la dependencia del juicio individual y aumenta la variabilidad en la atención. Tal como se ha señalado en el Capítulo 4, esto incrementa la arbitrariedad y debilita la calidad de la intervención.

La Guía (2023) plantea la necesidad de transformar el saber práctico en conocimiento compartido y transferible. Esta sistematización debe incorporar no solo indicadores cuantitativos, sino también registros cualitativos, detección implícita y análisis de procesos, en coherencia con modelos de intervención complejos.

Cuidar a quienes cuidan: coherencia del modelo

Las condiciones profesionales incluyen el derecho a la supervisión, al cuidado y a la estabilidad. La precariedad no es neutra: empobrece la intervención y favorece prácticas defensivas.

La integralidad no puede sostenerse sobre equipos inestables o sobrecargados. Cuidar a quienes cuidan es una condición de calidad y coherencia ética del modelo.

Las condiciones profesionales no constituyen recomendaciones abstractas, sino la traducción operativa del marco teórico. Sin formación, ética y posicionamiento crítico, la intervención corre el riesgo de reproducir la fragmentación, el estigma y la exclusión.

4.6.3 Aprendizajes metodológicos para el abordaje de violencia y TCS

La red de atención a las adicciones ha desarrollado metodologías capaces de sostener trayectorias complejas, caracterizadas por consumo activo, recaídas y exclusión social. Estos aprendizajes resultan especialmente relevantes para el abordaje de la violencia de género en mujeres con TCS.

Entre los elementos centrales destacan:

- **Detección implícita**: permite identificar violencia sin depender de la verbalización directa, reduciendo el riesgo de retraumatización.
- **Centralidad del vínculo terapéutico**: el vínculo no es un efecto del tratamiento, sino su condición de posibilidad.
- **Reducción de daños**: incorpora una lectura contextual del consumo como estrategia de afrontamiento.

Las experiencias recogidas muestran que los recursos que integran baja exigencia, continuidad del vínculo y lectura no moralizante del consumo son los que logran sostener a mujeres con mayor vulneración, aunque esto no siempre se refleje en indicadores clásicos.

Indicadores de calidad con perspectiva de género

Evaluar procesos, no castigar trayectorias

Los sistemas de evaluación tradicionales tienden a reproducir modelos normativos de recuperación. Desde una perspectiva de género, los indicadores deben centrarse en procesos y no en resultados lineales.

Entre los indicadores clave destacan:

- seguridad (objetiva y subjetiva)
- autonomía y agencia
- reducción de daños
- continuidad del vínculo
- reconstrucción de redes

Estos indicadores permiten evaluar cambios reales y evitan penalizar trayectorias no lineales.

Experiencias de buenas prácticas

Las experiencias más sólidas comparten elementos comunes: integración de servicios, enfoque sensible al trauma, ausencia de exigencia de abstinencia y continuidad del vínculo.

A nivel internacional, los modelos integrados han mostrado mejores resultados en adherencia, seguridad y continuidad. En el contexto estatal, existen experiencias emergentes, especialmente desde la red de drogas y el tercer sector, aunque limitadas por la financiación y el reconocimiento institucional.

Un rasgo común es la flexibilidad organizativa: adaptar los recursos a las trayectorias, y no al revés.

Estas experiencias muestran que es posible intervenir de forma eficaz en la intersección entre violencia de género y TCS, siempre que el modelo abandone la lógica del control y se base en derechos, reducción de daños y acompañamiento sostenido.

4.7 CONCLUSIONES Y ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN

4.7.1 Conclusiones

Intersección entre violencia de género y TCS: una realidad estructural

El análisis desarrollado permite afirmar que la intersección entre violencia de género (VG) y trastornos por consumo de sustancias (TCS) no constituye un fenómeno marginal, sino una realidad estructural y altamente prevalente, con efectos acumulativos en la vida de las mujeres.

La evidencia científica y la experiencia profesional muestran que una proporción significativa de mujeres víctimas de violencia presenta consumos problemáticos, especialmente en contextos de violencia prolongada, trauma complejo y exclusión social. En estos casos, el consumo no puede entenderse como una problemática independiente, sino que funciona con frecuencia como estrategia de afrontamiento frente al trauma y la desregulación emocional.

Esta intersección impacta de manera transversal en la salud mental, los vínculos, la maternidad y el acceso a derechos, configurando trayectorias de alta complejidad. En consecuencia, abordar la

violencia de género sin integrar los TCS implica intervenir de forma fragmentada, limitando la eficacia de las respuestas institucionales.

Invisibilización y exclusión como violencia institucional

La invisibilización de los TCS en la red de violencia de género no responde a una carencia puntual, sino que constituye una forma específica de violencia institucional.

Esta se expresa a través de modelos de detección basados en la verbalización explícita, criterios de acceso que exigen abstinencia o adecuación a itinerarios normativos, derivaciones sin acompañamiento y la persistencia de una figura implícita de "víctima adecuada" que excluye a las mujeres con trayectorias más complejas.

Estas prácticas no solo limitan el acceso a la protección, sino que refuerzan el estigma, cronifican las problemáticas y trasladan a las mujeres el coste de la fragmentación del sistema.

Modelos reduccionistas y efectos acumulativos del daño

Los modelos de intervención centrados en la abstinencia, la linealidad de los procesos o la corrección conductual generan efectos adversos especialmente graves en mujeres con VG y TCS.

Entre estos efectos destacan la ocultación del consumo, los abandonos tempranos, la ruptura del vínculo terapéutico y el incremento del riesgo de violencia y exclusión. Asimismo, estos modelos tienden a reforzar lecturas moralizantes del malestar.

Lejos de facilitar la recuperación, estos enfoques contribuyen a la cronificación del daño y a la exclusión de las mujeres que más apoyo necesitan.

Integrar los TCS: una exigencia de derechos, salud pública y coherencia institucional

La integración de los TCS en la red de violencia de género no puede considerarse una buena práctica opcional, sino una exigencia derivada del marco de derechos humanos, de los principios de salud pública y de la evidencia disponible.

No integrar los TCS implica, de facto, aceptar que una parte de las mujeres víctimas de violencia quede fuera del sistema de protección.

4.7.2 Orientaciones para la acción

Garantizar el acceso universal a la protección

Es necesario garantizar que todas las mujeres, independientemente de la presencia de TCS, puedan acceder a los recursos de la red de violencia de género en condiciones de seguridad y dignidad.

Esto implica revisar criterios de acceso que operan como mecanismos de exclusión, eliminar la exigencia de abstinencia como condición previa y reconocer explícitamente a las mujeres con TCS como sujetas de derecho.

La protección no puede funcionar como recompensa al cumplimiento, sino como un derecho básico.

Superar el falso dilema: abstinencia y reducción de daños

Un abordaje integral exige superar la dicotomía entre abstinencia y reducción de daños.

Ambas estrategias deben entenderse como complementarias y situadas, adaptadas a los procesos y necesidades de cada mujer. Este enfoque permite sostener trayectorias no lineales, ampliar el acceso a los recursos y reducir riesgos reales.

Hacia un paradigma centrado en el cuidado

Los resultados apuntan a la necesidad de un cambio de paradigma, desplazando el foco desde el control hacia el cuidado.

Este enfoque implica priorizar la seguridad y el vínculo, reconocer el consumo como expresión del malestar, acompañar procesos ambivalentes sin prácticas punitivas y garantizar la agencia de las mujeres.

Cuidar no implica legitimar el daño, sino reducirlo y crear condiciones para la reparación.

Implementación de un protocolo integral en la red de VG

Como orientación operativa central, se propone el desarrollo de un protocolo integral que incorpore de manera estructural la intersección entre violencia de género y TCS.

Este protocolo debe incluir:

- mecanismos de detección explícita e implícita
- enfoque interseccional
- integración de los TCS en todas las fases de la intervención

Más que un instrumento técnico, debe entenderse como una transformación del modelo de intervención, alineada con la evidencia y con los principios de derechos humanos y salud pública.

> Se añade como Anexo unas **CLAVES MÍNIMAS PARA UN MODELO INTEGRAL, mediante una *Checklist* operativa para el abordaje de violencias de género, trauma y TCS**

5. ANÁLISIS DE FUENTES PRIMARIAS

5.1 INTRODUCCIÓN

Esta parte del trabajo constituye, a nuestro juicio, el apartado más interesante y novedoso de esta investigación. La amplia y variada muestra de profesionales y mujeres atendidas por los recursos a la que se ha tenido acceso, ha permitido detectar buenas prácticas que hoy están funcionando, y también cuestiones sobre las que sería necesario seguir pensando y posiblemente cambiar.

Conocer de primera mano los saberes y prácticas de los equipos profesionales, así como las vivencias en primera persona de las mujeres en relación a los servicios en los que han recibido atención, ofrece información cualitativa indispensable para un documento de estas características.

Aunque ya ha quedado reseñado en otras partes del documento, creemos que es necesario exponer de nuevo que el propio acceso al campo del objeto de estudio ha arrojado información y conclusiones que deben ser tenidas en cuenta por las Administraciones Públicas, al menos como fuente de reflexión, y ojalá acicate para poner en marcha los cambios necesarios para que el panorama general de la atención a mujeres víctimas de violencias y con consumos abusivos o adicción, no sea el que arroja esa información (es decir: que no se presta una atención articulada e interseccionada).

La voluntad de esta investigación, y el documento resultante, siempre ha sido propositiva y enfocada a resaltar las buenas prácticas detectadas para lograr una atención integral, adecuada a las mujeres con adicciones que hayan sufrido violencia de género, en los centros y recursos del sistema de protección a mujeres víctimas de violencia de género, de forma, recordemos con especial énfasis, que las adicciones o el consumo abusivo no se conviertan en factores de exclusión.

Este apartado se centra explorar las posibilidades de transformación dentro de la propia red de atención a las violencias de género / machistas.

Del análisis de las fuentes se han podido identificar 3 planteamientos de atención diferentes, provenientes de tres redes de atención a mujeres víctimas/supervivientes de violencias de género, que han desarrollado acciones para una atención explícita a aquellas mujeres con problemas de consumo: Ayuntamiento de Madrid, Provincia de Bizkaia y las Islas Canarias (Gran Canaria y Lanzarote).

> De su análisis se extraen líneas de acción que pueden constituir una guía para el resto de Localidades, Provincias y Comunidades Autónomas con competencias en la atención a mujeres en estas situaciones de alta complejidad y vulneración.

Como ya hemos señalado en la construcción del marco teórico, conviene de todas formas recordar que en 2021 y 2023 se publicaron sendos documentos desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en los que se analizó información cualitativa proveniente de las redes de adicciones y violencia. De hecho, muchas de las cuestiones analizadas entonces en esos documentos tienen su eco en este que elaboramos hoy, y se irá señalando a lo largo del texto.

Así mismo se suma a esto la información proveniente de las mujeres entrevistadas en cada una de las tres localizaciones, que aportan cuestiones indispensables para tener en cuenta en la configuración de los servicios, y en la naturaleza de las intervenciones que se realiza en los mismos.

5.1.1 Claves en cada modelo identificado

Para facilitar una mayor claridad en la lectura y ofrecer una contextualización del análisis efectuado en la investigación, exponemos a continuación un resumen de los 3 planteamientos de atención, destacando una serie de aspectos fundamentales para el objeto de investigación.

MODELO 1 – COLABORACIÓN ENTRE AMBAS REDES. EL EJEMPLO DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

Actualmente hay una estrecha colaboración (donde la coordinación es uno de los elementos, pero no el único) entre la red municipal de violencia y la red municipal de adicciones de la ciudad de Madrid.

Antecedentes:

El Instituto de Adicciones realizó en torno a 2008 dos estudios pioneros en relación a la alta prevalencia de violencia entre las mujeres que atendían en los Centros de Atención a las Adicciones (CAD). Lleva por tanto depositando la atención desde hace casi 20 años en la intersección entre VdG y usos problemáticos de sustancias en las mujeres que atienden.

Las Unidades de Atención a la VdG vienen mostrando preocupación desde hace años por los consumos problemáticos y abusivos de sustancias en las mujeres que llegan a los servicios, y especialmente por su dificultad para atenderlas dentro de los servicios de protección.

Se tiene la experiencia del recurso *Mariana Pineda*[9], una Casa de Acogida de Emergencia y Corta Estancia para mujeres con consumo y violencia en la pareja/ex pareja, solas o con sus hijos/as, que estuvo funcionando aproximadamente de 2008 a 2012. En 2009 había perdido la especificidad de drogas porque no se ocupaban todas las plazas con mujeres con ambas problemáticas[10], y en 2012 definitivamente se cerró. Esto ha conllevado aprendizajes y también posibilidades de acción actuales.

El cambio surge más de la voluntad y criterio técnicos que de la política, aunque en algunos temas (sobre todo de VdG) la voluntad política marca y define las posibilidades de acción.

El Instituto de Adicciones presta atención de forma ambulatoria en 7 Centros de Atención a las Adicciones (C.A.D.) que atienden a la población general de los 21 distritos de Madrid. Cuenta con recursos de apoyo residencial, unidades de Patología Dual, etc. en su mayoría mixtos. Ha ido generando recursos para la atención específica a las mujeres (formación en Perspectiva de Género y Adicciones a sus equipos profesionales; creación del Protocolo de Intervención en los CAD ante la VdG[11] y formación para su aplicación; talleres dirigidos a pacientes hombres y mujeres de intervención diferencial para la detección y prevención de la VdG; etc.) y actualmente cuenta con un itinerario de tratamiento en recursos residenciales no mixtos para aquellas mujeres que lo precisen[12], así como referentes de género y violencia de género en todos sus centros de atención ambulatoria. Los recursos alojativos atienden a las mujeres solas, sin sus hijos/as en caso de tenerlos.

La Dirección General de Igualdad y contra la Violencia de Género tiene dos Unidades de Atención: una a la violencia en el contexto de la pareja/ex pareja y otra de atención a otros contextos de violencia, principalmente violencia sexual y mujeres víctimas de trata y/o explotación sexual. Ambas unidades se componen de una variabilidad de servicios, destacando recursos de crisis/emergencia, recursos de atención ambulatoria y recursos alojativos/residenciales para las

9 Hoy día este nombre pertenece a otro recurso alojativo en activo dentro de la Unidad de Otras Violencias, que atiende a mujeres víctimas de trata y/o explotación sexual.

10 Reflejamos este aspecto porque, aunque actualmente hay bastantes profesionales que no se acuerdan o no tienen noción de que este recurso existiera, lo que sucedió entonces es algo que aún hoy sucede en otras partes del Estado, y por tanto es muy pertinente traerlo a colación: se crea un recurso específico de atención, y hay dificultad para cubrir las plazas. Es importante aprender de lo ocurrido, porque si no, se podría erróneamente concluir que no son recursos necesarios. Se hicieron dos investigaciones cualitativas en 2009 que se aproximaron ya entonces a la realidad de la atención a VdG en la pareja/ex pareja y el consumo problemático de sustancias: Castaño (2009) y Martínez Redondo (2010). En la investigación del 2021 del PNSD también se identificaron recursos específicos infrautilizados a la par que se exponen casos de éxito en su funcionamiento desde Perspectiva de Género. Todas estas publicaciones identifican claves necesarias para poner en marcha recursos de atención e identificar las dificultades a solventar.

11 A fecha de entrega de esta investigación se encuentra en revisión para su actualización. El enlace dirige a la versión aún vigente del protocolo.

12 Los Departamentos de Asistencia y Reinserción del Instituto de Adicciones de Madrid Salud parten de la base de que no en todos los casos tiene por qué estar contraindicado un itinerario en recursos residenciales mixtos.

mujeres y sus hijos/as. La principal dificultad venía siendo percibida en la atención a situaciones de violencia en la pareja/ex pareja en los recursos de emergencia y los residenciales con menores[13]. Hay diferencias significativas de funcionamiento entre ambas unidades, derivadas de la propia naturaleza de las mujeres atendidas y las situaciones que las atraviesan.

Se realizaron unas jornadas en 2022 de acercamiento entre ambas redes. Se procedió a dar formaciones de una red a otra. Se creó una mesa de coordinación de casos, con responsables y técnicas de ambas redes. Se facilitó un listado de referentes a todas las profesionales de ambas redes, de forma que pudieran coordinarse directamente además de poder llevar casos a la mesa. La red de violencia incorpora el consumo como una posibilidad que puede presentase en las mujeres que atiende, y se apoya en la red de adicciones, flexibilizando su mirada y contextualizando el consumo activo: si no es disruptivo para la convivencia y la permanencia en el recurso alojativo, se sostiene la situación. Se apoyan en el criterio sanitario de los CAD. Cuando no pueden obtener una respuesta rápida ante casos de emergencia que se producen fuera del horario de atención de los CAD (fin de semana, festivos y noches), se acude a otros dispositivos sociosanitarios y Samur Social.

Frente a los consumos especialmente disruptivos y con alto impacto de la vida de la mujer, faltan recursos no mixtos de protección frente a la violencia. Existe un recurso no mixto en la ciudad de Madrid que atiende estas situaciones de alta vulneración, pero se ubica en la red también municipal de atención a personas sin hogar (el Centro Beatriz Galindo), de forma que la entrada en ese recurso es solo a través de dicha red. Aunque se coordina con las redes municipales de violencia y adicciones, actualmente apenas hay movilidad en las plazas y no hay plazas de emergencia (las mujeres vinculan con el recurso y se quedan).

Los equipos profesionales de la Subdirección General de Adicciones (Departamentos y CAD) son en su mayoría personal funcionario. Los recursos alojativos y de apoyo (como las Comunidades Terapéuticas y Pisos de Apoyo al Tratamiento y a la Reinserción) son gestionados por entidades del Tercer Sector mediante convenio con la Administración.

Los equipos profesionales de la Dirección General de Igualdad y contra la Violencia de Género también son personal funcionario. Los recursos de atención directa tanto alojativa como ambulatoria, son gestionados por entidades del Tercer Sector mediante convenio con la Administración.

13 En la atención ambulatoria también se perciben dificultades, que serán descritas en su apartado correspondiente. Igualmente, la configuración original de la Unidad de Otras Violencias ha mostrado criterios diferenciales que también se abordarán.

La red municipal de atención a la violencia se divide en tres ámbitos de actuación por tipo de violencia, con sus respectivos recursos de intervención.
Se puede consultar en:

- Violencia en la pareja/ex pareja y Puntos Municipales del Observatorio Regional de VdG

- Violencia sexual

- Trata y explotación sexual

> Se añade como Anexo un **Mapa de recursos de la red municipal del Ayuntamiento de Madrid de atención a la violencia**, así como una **Línea Temporal de la Implementación de la perspectiva de género en la atención a mujeres con adicciones en el Instituto de Adicciones de Madrid Salud**

MODELO 2 – INCORPORACIÓN DE LA ATENCIÓN A MUJERES CON AMBAS PROBLEMÁTICAS DESDE LA RED DE VIOLENCIA, DE FORMA TRANSVERSAL. EL EJEMPLO DE BILBAO – BIZKAIA

El servicio de Protección frente a la Violencia Machista y Apoyo a las Familias de la Diputación Foral de Bizkaia ha asumido e incorporado la atención a mujeres con consumo dentro de su red de forma transversal. Contextualizan el consumo en la situación general de la mujer, en base a su situación de desprotección frente a la violencia y el impacto de la misma en su vida.

Cuentan con una herramienta que valora dicha desprotección e impacto, conforme a criterios sociales, emocionales y psicológicos, económicos, etc. Un equipo de trabajadoras sociales del Servicio valoran la situación de desprotección frente a la violencia en cada caso, y orientan a las mujeres hacia los servicios que más se adecúan a sus circunstancias y objetivos. El Servicio se compone de una variabilidad de servicios de atención ambulatoria, comunitaria y alojativa, tanto para acogida inmediata como para los procesos a medio-largo plazo de recuperación de la violencia. Sus recursos de intervención se orientan al acompañamiento social y relacional a las mujeres desde la institución, con procesos adaptados de media-alta intensidad y baja-media-alta exigencia, en función de la situación de cada mujer.

Antecedentes:

Después de la pandemia por COVID en 2020, el Servicio inicia un proceso de cambio en general relacionado con el diseño y puesta en marcha del instrumento de valoración de la desprotección, y en concreto para procurar atención a las mujeres con problemas de consumo

en situación de violencia, al percibirse que se producían situaciones de desprotección de estas mujeres, a pesar de los dispositivos y acciones puestos en marcha desde la red.

En 2022 el Servicio inicia un proceso de sensibilización y formación en adicciones desde perspectiva de género. Forma a todos los equipos de todos los recursos que en ese momento tiene en marcha para atender a las mujeres en situación de violencia, y acuden también profesionales de la Fundación Gizakia. En 2023 se acompaña de una asesoría externa para la incorporación práctica de los criterios de atención a mujeres en situación de consumo.

El cambio se inicia por voluntad política en la materia y se apoya en criterios técnicos. Coincide con la voluntad técnica de poder atender esta situación. Se ha ido produciendo un notable incremento en el presupuesto del Servicio a lo largo de estos años.

Tanto el equipo de técnicas de la Diputación, como todos sus servicios de atención directa, contemplan la posibilidad de atención a mujeres que puedan presentar consumos.

Aquellas mujeres que presentan consumos que no resultan disruptivos para la convivencia en los recursos alojativos con y sin menores, se mantienen en dichos recursos, en coordinación - en aquellos casos que las mujeres lo requieran ellas mismas- con entidades de adicciones que prestan servicios en convenio con esta red. Los servicios comunitarios y ambulatorios de atención a la violencia se han adaptado a las situaciones de las mujeres con consumo. En todos ellos se acompaña a la mujer en sus procesos de salud (incluido el consumo de sustancias) como uno más de los procesos en contexto de protección y recuperación de la violencia.

A la par, el Servicio ha creado dispositivos y programas de atención dentro de su propia red a mujeres en situación de desprotección por la violencia que presentan otras dificultades añadidas, es decir: que se encuentran en situaciones muy cronificadas de consumo, con un alto impacto de la violencia a nivel social (falta de red de apoyos) y de salud tanto física como mental, y que por sus características y objetivos de trabajo son de difícil integración y mantenimiento en dispositivos de alta exigencia. Estos servicios son gestionados por entidades de la red de adicciones, que cuentan con formación en violencia y perspectiva de género, o por entidades de la red de violencia que habitualmente intervienen con mujeres con problemas de salud mental y consumo desde la óptica de la Reducción del Daño de amplio espectro.

Esta red se caracteriza por su alta adaptabilidad a las diversas dificultades que presentan las mujeres de Bizkaia a las que atiende frente a la situación de desprotección por la violencia machista. Están en continua re-evaluación de los servicios y dispositivos que tienen puestos en marcha para la atención a las mujeres.

El equipo profesional del Servicio de Protección de la Diputación es personal funcionario (incluidas las técnicas trabajadoras sociales que evalúan el grado de desprotección y orientan la intervención). Los servicios que prestan la atención directa a las mujeres son gestionados por entidades del Tercer Sector mediante convenio con la Administración.

Esta red atiende frente a todo tipo de violencia contra las mujeres por razón de género / machista y personas a cargo (no solo hijos/as). Su modelo de intervención, así como la Normativa de aplicación tanto Internacional, Estatal como Autonómica y Foral se puede consultar en detalle en la siguiente publicación: Propuesta para un nuevo modelo de atención social a las supervivientes de violencia machista en Bizkaia Colección Inclusión Social nº7. Cuadernos del Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad. Bizkaia. 2021.

> Se añade como Anexo una **Infografía de la Atención Social especializada a víctimas de violencia machista**, del Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia

MODELO 3 – CREACIÓN DE UN RECURSO ESPECÍFICO DESDE LA RED DE VIOLENCIA A DISPOSICIÓN DE AMBAS REDES. EL EJEMPLO DE CANARIAS

Este tercer modelo o planteamiento podría identificarse con lo sucedido en otras partes del Estado a fecha de esta investigación: se entiende la necesidad (no es un problema de falta de sensibilización) y se crea y financia desde la red de violencia, un recurso específico para la atención a mujeres víctimas de violencia de género y con problemática de consumo/adicción, con posibilidad de derivación desde ambas redes.

De este tipo de planteamiento no se puede afirmar, por diversas causas, que la red en su conjunto haya incorporado de manera efectiva la atención y protección a las mujeres en situación de consumo problemático. Antes de seguir, precisamente queremos agradecer a la red de Canarias que haya colaborado y participado de forma totalmente implicada y generosa en este estudio. De su experiencia es que podemos nutrirnos de aprendizajes muy valiosos.

Antecedentes:

Desde el Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud, impulsado por la Jefa del Servicio en ese momento y algunas de las técnicas del mismo, se realiza de 2019 a 2022 un proceso de formación a toda la red de adicciones en materia de Perspectiva de Género (PdG de aquí en adelante) y violencia, a la par que se les involucra en el proceso de creación del *"Protocolo de*

actuación y coordinación en casos de violencia de género en la red de atención a las adicciones de la Comunidad Autónoma de Canarias" (publicado en 2020). También se ofrecen formaciones breves en adicciones a: las técnicas de las redes de violencia de los Cabildos; profesionales de Salud Mental y profesionales de Atención Primaria de Salud.

En este ambiente de sensibilización con la problemática e implicación de todas esas redes, se propone desde la Fundación Canaria Yrichen (que también estaba en su propio proceso de introducción de la PdG de manera transversal en su organización, desde 2018) la creación de un recurso específico de tratamiento con atención residencial para atender el binomio violencia de género y adicciones en mujeres, con sus hijos/as a cargo.

Este recurso finalmente no fue financiado por la red de adicciones y sale adelante en 2021 subvencionado por la red de violencia, quedando integrado como una Casa de Acogida de la misma, a disposición de ambas redes y para todas las islas. Se gestiona desde el Cabildo de Gran Canaria. La forma de acceso al recurso es a través de la Sección de Violencia de Género del Cabildo, que gestiona la derivación de casos al recurso en coordinación con el equipo del recurso.

Se trata de un recurso residencial específico para mujeres y sus hijos/as a cargo, gestionado por una entidad del Tercer Sector y ubicado en Gran Canaria: Maday, Casa de Acogida para mujeres víctimas de VdG y con problemáticas de adicción, solas o con sus hijos/as. Al recurso acceden mujeres que por su situación de violencia necesiten de una Casa de Acogida y que además, frente a un consumo problemático de sustancias, presenten un momento motivacional para el tratamiento y objetivos de abstinencia. Lleva 4 años de funcionamiento, y se trata de un recurso de 6 plazas (sin contar a los/as hijos/as a cargo) que en ocasiones presenta periodos de infrautilización.

La Red de Servicios Públicos Especializados de Atención Social a las Víctimas de Violencia De Género, cuenta con servicios en cada isla, donde se atienden todas las formas de violencia de género y violencia sexual. Pertenece al Instituto Canario de Igualdad, y es gestionada por los Cabildos Insulares. Cada una de las islas Canarias (salvo La Graciosa) cuenta con este órgano de gobierno de carácter local. Asumen las competencias de las diputaciones provinciales, más aquellas que sean transferidas o delegadas por la comunidad autónoma. Coordinan los servicios municipales y asumen los que sean supramunicipales.

Cuenta con el Dispositivo de Emergencia Para Mujeres Agredidas (DEMA), que facilita acogida inmediata en caso de necesidad y derivación a recursos especializados en su caso. En todas las islas además se cuenta con Casas de Acogida y recursos de atención ambulatoria para la violencia.

Se puede consultar la disposición de la intervención y los centros en el siguiente enlace:

https://www.gobiernodecanarias.org/icigualdad/violencia_genero/centros/

Es especialmente relevante que en esta Comunidad Autónoma los dispositivos de atención y protección se dispusieron a través de la Ley Autonómica del 2003, de forma que pueden atender a mujeres cuyo victimario no sea necesariamente pareja / ex pareja o análoga relación. La Normativa y otras cuestiones de interés pueden consultarse en:

https://www.gobiernodecanarias.org/icigualdad/violencia_genero/

Varias técnicas del Servicio de Violencia del Cabildo de Gran Canaria han tratado de ampliar las competencias y espectro de intervención, pero no se ha materializado.

> Se añade como Anexo un **Mapa la Red Canaria de servicios y recursos especializados en violencia de género**

5.2 LA EVIDENCIA DE LA NECESIDAD DE PROTECCIÓN DE LAS MUJERES CON ADICCIONES Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS. EL PRINCIPIO DEL CAMBIO.

La realidad de las mujeres víctimas de violencias de género que además presentan un consumo abusivo/problemático de sustancias, puso en jaque la configuración de las redes de atención a la violencia. **Era una evidencia que necesitaban protección frente a la violencia, pero paradójicamente presentaban una condición que normalmente aparecía como criterio de exclusión** (junto con los problemas/diagnósticos de salud mental) para la atención en los recursos, especialmente los residenciales y alojativos con menores.

> (PROFESIONAL ADICCIONES MADRID)
>
> (…) antes era, *"oye, os mandamos una chica para hacer un control de orina y nos decís"*. Entonces, si la chica que venía daba un positivo alcohol, directamente esa chica se la expulsaba. Entonces, claro, llegó un momento que también la responsabilidad moral que teníamos nosotros de que la expulsaran, porque nosotros habíamos dicho que tenía un positivo alcohol, pues era muy grande. Y también estábamos cerrando la puerta a esa chica para que pudiera hacer un tratamiento. Entonces, llegó un momento que dijimos: no hacemos ese primer control y lo que hacemos es una intervención, como podemos hacer una intervención con cualquier mujer que nos viene con un trastorno adictivo. Si consideramos que le hacemos el análisis de orina, lo mandamos al laboratorio, pero no es decir, *"oye, que tiene un positivo, pues esta mujer ya no puede estar aquí."* **Porque estamos haciendo un agravio comparativo entre las mujeres que tienen un trastorno adictivo y las que no lo tienen**.

En Madrid, la red de violencia del Ayuntamiento tiene claro que se están dando cambios dentro de su red, aunque señalan que no los suficientes en las redes de atención a la violencia en general (lo cual abordaremos más adelante):

(PROFESIONALES VIOLENCIA PAREJA/EX PAREJA MADRID)

(….) yo llevo muchos años y hace años no podían ingresar siquiera a los centros de emergencia… Entonces se están abriendo diferentes cauces para ir viendo los procesos de intervención de las mujeres, pero el problema también que tenemos es que la estancia de nuestros recursos de dos meses, y pasado estos dos meses, este tipo de mujeres que son víctimas de violencia de género, que tienen problemas de consumo, a veces tienen problemas de salud mental... y otro tipo de recursos residenciales es muy difícil que entren.

(…) es que la evolución ha sido para mi enorme porque antes el alojamiento estaba muy ligado a una analítica, y ahora valoramos si puede convivir, no si hay consumo de ayer o de hace un mes. Después de reuniones con los CAD, que esto [el que dependa de una analítica] no puede ser así, es que esto hay que darme una vuelta… Fíjate de dónde venimos y dónde estamos.

En la red de adicciones del Ayuntamiento de Madrid también se percibe el cambio, sobre todo porque la forma en la que se intervenía antes (derivar a las mujeres para que hicieran una analítica de control de sustancias), generaba rechazo a la intervención:

(PROFESIONAL ADICCIONES MADRID)

Es decir, que de aquellas primeras consultas iniciales de «*te mando a esta mujer para que le hagas una analítica y me confirmas que no consume*», eso se ha trabajado mucho y bueno, se ha hablado en muchas ocasiones que hacer controles analíticos no es el trabajo que tiene que hacer el CAD, y que además eso lo único que genera es un rechazo hacia la intervención en el CAD. Entonces es verdad que ahora mismo, por ejemplo, es un tipo de intervención que cada vez se solicita menos y cada vez se hace menos, claro. Y bueno, pues intentas hacer una intervención para ver realmente qué es lo que está pasando, qué consumos está habiendo y qué se puede hacer para intervenir en esos consumos.

En el grupo focal de Madrid, con profesionales de ambas redes, es una de las profesionales de violencia que también señala lo contraproducente de reducir la intervención del CAD a una analítica, y señala la importancia de trabajar la adherencia al tratamiento, sabiendo que va a haber consumos, porque lo normal es que pueda haberlos:

(PROFESIONAL VIOLENCIA – GRUPO FOCAL)

(…) un cambio que han hecho importante, o que están trabajando con los equipos de los CAPSEM, es el tema de dar importancia tanto en la valoración de los casos cuando se informa, cuando se habla con las propias mujeres, de la adherencia al tratamiento y trabajar con ellas que lo que no tiene importancia es el resultado de las analíticas; en el sentido de que las mujeres muchas veces piden hacerse analíticas para “demostrar que estoy limpia” pero claro, en un proceso que estoy dejando de consumir, de pronto consumo, de pronto dejo de consumir, vuelvo a consumir… que es lo normal, vaya, pues implica muchas veces que pierdan la adherencia porque si “a la próxima analítica que me toca voy a dar positivo, no voy a la cita, no vaya a ser que luego cuando informen, informen del positivo”. Entonces una medida que de alguna manera se adopta para beneficiarlas, que son las analíticas de control y que puedan decir “estoy limpia”, al final en muchos casos es como contraproducente; está

dificultando que acudan a las citas que tienen programadas porque si va asociada a que además de que tienes analítica, la analítica da positivo, ya no voy. A mi me ha parecido muy interesante esa reflexión de una compañera de los CAD. Estamos ahí intentando trabajar con los equipos que trabajen con las mujeres que lo importante es que estés con adherencia al CAD, que vengas a tus citas, que vayas haciendo tu proceso y no tanto que hagas analíticas y que sea un positivo o un negativo porque sabemos que va a haber consumos.

En la red de Bilbao- Bizkaia, que de un tiempo a esta parte ha incorporado la atención a las mujeres con problemas de salud mental y consumo en activo de forma transversal en su red, también aparece la reflexión sobre el cambio, y cómo antes podía suponer un factor de exclusión. Su mirada implica entender a las mujeres en toda su integralidad:

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO)

(…) a ver yo creo que en un momento dado el tema del consumo si que era excluyente o te cerraba puertas. Creo que hoy en día se comprende a la mujer no solo como víctima sino con todas sus contingencias ¿no? al final es una mujer con consumos o es una mujer víctima migrada o es una mujer con hijos o es una mujer con todo, ¿sabes? y que se está intentando especializar los servicios, que haya atención para todos los perfiles.

Señala la dificultad, en todo caso, de que no haya plazas, y precisamente por eso la ampliación de las mismas en las que se hayan inmersas (sus recursos son de protección, y por tanto, no deberían faltar plazas):

A veces es difícil porque si no hay plazas, pues.. pero sí que creo que hay un interés por trabajar con todos los perfiles. Ahora Ekin, por ejemplo, que son digamos los especialistas en consumo y violencia, creo que aumentan plazas por lo que me han dicho alguna compañera. Entonces, bueno, creo que si que es también lo que es una realidad y se está atendiendo que luego ya sabes que el dinero es el que es, los recursos son los que son, las obras de palacio despacio, pero que si que hay un interés por...

En la red del Cabildo de Gran Canaria refieren que se ha cambiado la mirada con respecto al consumo, aunque muy circunscrito en principio a la problemática de alcohol, y no extendido a toda la red en realidad (donde aún pesa el estigma sobre el consumo):

(PROFESIONALES VIOLENCIA CANARIAS)

- De momento se ha suavizado la mirada sancionadora que teníamos desde la violencia a las mujeres con alcohol… Yo aparte desconozco, no sé si lo que se está haciendo ahora mismo es suficiente, adecuado, pero no es motivo de expulsión ni de poner el dedo en el cielo, ni de “vamos a hacer una propuesta de los tres niños” porque no, no se está haciendo. No es lo que yo he visto en el poquito tiempo que yo llevo aquí

- Antes era una estigma brutal, en plan “esa está colocada, hoy, mañana!” No digo que esté estructurado, integrado, pero hay otra mirada y cuando en las reuniones de acogida, salta la chicharra de lo que está dentro realmente, cuando ya en el fragor de la conversación, ya llevamos tres horas de

reunión y al final salta: "es que va puesta!", vuelven a recogerse… Se ha hecho muy buen trabajo ahí de reconducir el estigma... La entre comillas "condena" no es un problema, de cómo estábamos haciendo antes el trabajo, cuando empezamos, que era prácticamente "*drogadictas fuera, no me tocan*".

(PROFESIONAL PERFIL MIXTO CANARIAS)

Teníamos un gran problema con el equipo, que es que no aceptaban a las mujeres con adicciones. Decían que habíamos convertido la casa de acogida en un albergue porque dejábamos entrar a mujeres con consumo. Cuando nosotras nos fuimos, se cerró la entrada a las mujeres con adicciones.

De hecho, el feedback desde otras redes a las que hemos tenido acceso de forma tangencial, es que si tienen consumo, es complicado que accedan a los servicios de violencia. El consumo sigue funcionando en sí mismo como algo estigmatizante y como un criterio de exclusión, o como algo que interpretan que no pueden abordar, que "no es su ámbito de actuación".

(PROFESIONALES ADICCIONES OTROS MUNICIPIOS Y PROVINCIAS)

- Si están en consumo, no atienden a nuestras pacientes. Si están sin consumir, sí que la las pueden atender. Sí que nos ofrecen un servicio legal, de asesoramiento para mujeres que puedan estar en consumo y que desean un poco, pues conocer su situación a nivel legal y recursos que puedan solicitar. Si en alguna ocasión nos han derivado desde urgencias de violencia o desde alguna residencia, nos han enviado a pacientes y las han rechazado en sus recursos. O nos han pedido datos desde algún Punto de alguna mujer porque tenían sospechas de que pudieran tener problemas de adicciones y nos han pedido información, y no se la hemos dado porque claramente implicaba que entonces no la acogían.

- A ver, yo un poco sí que tengo dificultades con las coordinación, con la coordinación con los puntos o con los dispositivos de violencia de género, dependiendo un poco para qué. O sea, aquí nosotras tenemos el punto violeta que llamamos o la casa de la mujer, que cuando la tienen en intervención, fundamentalmente nos llaman para saber si esa paciente la tenemos aquí porque consideran que es que tienen un consumo y demás.

- La red de violencia lo que me sorprende es que tiene el mismo discurso que nosotras teníamos hace unos años: que no saben qué hacer y que como tiene un problema de adicciones, "yo ya no puedo hacer nada porque este no es mi ámbito de actuación".

(GRUPO FOCAL UFAM)

A no ser que sea una situación que ya conozcan, que venga también derivada de otro recurso, que no sea derivación solamente nuestra a nivel policial, podrían hacer alguna excepción. Pero a través de la red de acogimiento, que gestiona los centros de emergencias que hay en toda la Comunidad Autónoma, piden que sea no consumidora, piden que haya cesado el consumo, o sea que es complicado.

Una de las profesionales de violencia entrevistadas recuerda que en el 2008 ya les llegaban casos de mujeres con consumos problemáticos al centro de emergencia. La mirada de esta profesional era ya desestigmatizante y desculpabilizadora entonces, pero esa mirada no estaba instaurada en la red…

(PROFESIONAL VIOLENCIA MADRID)

A mí me influyó mucho cuando yo llegué como coordinadora allí por el 2008 a uno de los centros de emergencia había una mujer con consumo abusivo de sustancias y además llevaba en el centro de emergencia un ratito ya, y era una mujer que a mí me parecía súper potente, que estaba intentando salir de su situación, que tenía una niña pequeña… Pero reiteradamente, cada cierto tiempo, decían en el equipo: "esta mujer es que no puede seguir aquí porque consume, porque no sé qué". Y yo, que entraba como coordinadora nueva, que no sabía aún cómo funcionaba nada, les decía: "pero si está haciendo un buen trabajo con su hija, con ella misma, está haciendo todo lo posible por conseguir un empleo para poder ser autónoma y salir de este lugar... ¿que queremos? ¿cargarnos la intervención solamente porque esta señora de vez en cuando se coge un pedo y viene a casa - que es su casa, porque es su casa, es un centro de emergencia, sí, pero es su casa - y viene un poquillo pedito? O mucho, me da igual. Entonces a mí eso me petaba la cabeza, porque yo pensaba que esto [el consumo abusivo] le ha permitido a la señora sobrevivir un montón de años en su realidad "de mierda".

Y expresa claramente que no se puede excluir a una mujer de un servicio público de protección porque presente un consumo abusivo de sustancias:

Entonces nunca he entendido que los recursos por el hecho de que haya un consumo abusivo o no, tengamos que excluir a las mujeres de esos recursos que ya de por sí son pocos. Lo siento, pero no, y porque es un mensaje de "tú no eres válida porque, como tienes también esto, tú no eres válida, tú ya no te mereces ser atendida por un recurso público".

Emerge la interpretación del consumo como forma de afrontamiento de las violencias sufridas (a la par de condicionante para una mayor vulnerabilidad-ocasión de vulneración), y no se puede "reducir" a la mujer a su faceta de consumo:

De hecho esta señora tenía más carácter cuando no había consumido… Si lo sabemos, sí, claro, pues se sabe (que consume) porque conviven con ellas y más en un recurso de alojamiento conviven muchas horas, pero es que el consumo abusivo no define lo que es la mujer en su totalidad, con todos sus recursos, con todas sus potencialidades... Entonces, reducirlas a si consume o no consume, en plan ya no podemos trabajar con ella, esta señora ya está ¿defectuosa? No, perdona, es que esta señora lleva sufriendo violencias sexuales toda su vida, y el consumo a veces ha potenciado el poder ser agredida al estar en una situación de mayor vulnerabilidad para ser agredida, y en otras situaciones le ha servido para poder evadirse y para poder seguir caminando...

Todas las profesionales entrevistadas coinciden en que es evidente la necesidad de la atención integral. No es, en principio, un problema de falta de sensibilización.

Coinciden también en señalar que la formación es una clave indispensable, y por supuesto: recursos. Recursos de atención bien dotados económicamente y con recursos humanos suficientes, con un compromiso por parte de la administración en su financiación a nivel político y técnico.

Lo anterior ya ha sido detectado en acercamientos previos a la materia, y casi podríamos decir que es el "básico indispensable" para poder actuar, pero con esta investigación pretendemos ir más allá de la evidente necesidad de formación y recursos para poder intervenir adecuadamente, y señalar otras claves de cambio quizás menos evidentes y que puedan servir para todas las redes que accedan a este documento.

> Así, nuestro análisis ha tratado de identificar cómo se conciben la "protección frente a la violencia" y el "consumo de sustancias". Son dos elementos clave de la intervención, de la organización práctica y de las posibilidades de intervención, que se pueden inferir de:
>
> 1) la disposición y organización de los recursos de atención,
>
> 2) las normativas internas de los mismos
>
> y 3) las prácticas profesionales.
>
> A lo largo de las líneas que siguen, iremos reflexionando sobre estas cuestiones a partir de los ejemplos analizados, para entender hacia dónde deberían caminar las redes de atención para proporcionar esa tan necesaria atención integral.

5.3 CONTEXTUALIZAR Y AMPLIAR EL ESPECTRO DEL "CONSUMO"

La idea del consumo como un hecho "monolítico" y homogéneo es algo impensable para los equipos profesionales de adicciones. Igual sería en el caso de la violencia para los equipos profesionales que atienden a las mujeres en esa situación. En el caso del consumo, **siempre habrá que contextualizar**: con quién, cómo, el qué, cuánta frecuencia, cantidad, afectación en su vida cotidiana, impacto en su salud, etc. Y desde hace ya bastantes años también se es consciente en general en la red de adicciones (aunque esto no significa que esté implementada una atención integral) de que hay que indagar y tener en cuenta: ¿cómo intersecciona ese consumo en la situación de violencia de género? ¿cómo se enmarca?.

En el imaginario de la red de violencia emergen a menudo las peores situaciones en relación al consumo y violencia, aquellas que son difíciles de acompañar "para cualquiera", también para las

profesionales expertas en adicciones. Y el espectro de situaciones de consumo y violencia es muy amplio.

(PROFESIONAL ADICCIONES MADRID)

- Como están concibiendo el consumo, cómo conciben la intervención. Y te quedas así y dices: claro, la clave es la formación con respecto a adicciones, eso está claro.

- Sí, yo vamos con las formaciones que se hicieron a toda la red, lo veías. Además era decir: no nos vamos a ir a los casos más graves. Pero la gente siempre te planteaba las mismas situaciones. Esas situaciones son un disparate para cualquiera. Para vosotros y para nosotros. Eso no es la norma. Lo que tienes que ver es la norma de ese consumo que no salta tanto. Y sin embargo que está afectando tanto a la persona. (…) las mujeres con adicciones, víctimas de violencia, en esa situación horrorosa muy cronificada y grave, son una minoría del total. Es verdad que tienes Marconi. Y es verdad que tienes Cañada, pero centrar el discurso en esa situación, que es la más grave, y es la que se ve, al final vuelve a ser una negación. Háblame del ama de casa que bebe, que ha hecho todas sus funciones y todas sus labores, y ha hecho todo. Absolutamente. Y ha estado bebiendo. ¿vale? Y ahora que se decide a dar un paso, resulta que tú le cierras la puerta porque un día viene bebida. No me hables del caso que abandona. Que también. Que vale. Que también está ahí. Pero están los otros cincuenta. Las otras cincuenta mujeres que están en una situación mucho más normalizada, que les estás cerrando la puerta por la misma situación, diciendo que no tienes medios. Y eso es así. Porque con los medios que tienes, en la situación que tienes, esos casos se pueden atender. Pide apoyo, y ya está.

Ese espectro es tan amplio, que muchas mujeres en esa situación podrían atenderse de forma ambulatoria desde ambas redes, al entender que el consumo es una circunstancia más, como otras cuestiones de salud.

Igual que atiendes a una mujer que tiene una insuficiencia cardíaca, que necesita oxígeno, y que necesita no sé qué. Podrías atender a esta mujer dándole el apoyo necesario. Porque en muchos casos es un tratamiento ambulatorio. Ya está. O sea. Y teniendo unos recursos, puesto que estás hablando de mujeres que tienen mucho daño. (...) el 90% de las mujeres que nosotros tratamos no ingresan en ningún sitio. Y son víctimas de violencia y no necesitan ingresar en ningún sitio. No ingresan en un centro de adicciones, no ingresan en un piso de protección. No ingresan en ninguna parte. Entonces, bueno, vamos a hablar de esas necesidades también y que puedan beneficiarse de los servicios de atención ambulatoria también...

Así, se hace necesario diferenciar situaciones vitales (que no: "perfiles"[14]) diferenciales. Según el DSM-V y la CIE-11[15] el trastorno por uso de sustancias puede ser leve, moderado o grave en función

14 Si queremos una atención centrada en la persona, debemos cambiar el lenguaje hacia términos que pongan de relieve la complejidad de los procesos y situaciones de cada quién, en pro de no dejar reducida a la persona a un "perfil". Los enfoques de género e interseccionales permiten ver cómo operan las estructuras de poder en contextos situados.

15 El DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría) y la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud) son sistemas de clasificación estandarizados, utilizados por profesionales de la salud, para diagnosticar lo que se califica como trastornos mentales. Ambos buscan ofrecer de manera consensuada y unificada los criterios diagnósticos.

del número de criterios que se cumplan durante al menos 12 meses. Los estudios y experiencia reflejan que **muchas mujeres estarían presentando consumos problemáticos, abusivos, pero no cumplirían criterios de adicción**. Y de hecho, **una mujer puede cumplir criterios de adicción grave y no resultar visiblemente disruptiva en ningún caso.**

(PROFESIONALES ADICCIONES MADRID)

- O sea que tiene que ver con que al final no se proporciona una atención a mujeres que no cumplirían criterios de adicción. O si tengo que irme al DSM-5 pues no cumplirían trastorno por uso de sustancias o por consumo de sustancias grave. Sí leve. Es que yo prefiero seguir distinguiendo entre un uso problemático, pero que no cumples criterios de adicción.

- Aunque sea grave. Quiero decir, tú puedes tener una adicción grave y sin embargo no tener una conducta disruptiva.

Y desde esta perspectiva emerge una clave que ha aparecido en casi todas las profesionales consultadas: **¿su consumo afecta o puede afectar a la convivencia de forma grave?** Esta pregunta conlleva inherentemente **que se deje de penalizar el consumo en sí.**

(PROFESIONALES VIOLENCIA PAREJA/EX PAREJA MADRID)

- porque entonces dices ¿cómo alojo yo a esta [mujer] de los 7 litros, que sé que en unas horas va a empezar a verse bichos correr por el cuerpo, en una habitación que al lado tiene una mujer con 3 niños que han llegado esta noche después de una paliza, sabes? Son contextos que son muy delicados porque ya no es solo el proceso de esa mujer, sino cómo lo que a esta mujer le ocurre, afecta a los procesos de otras mujeres que están en una situación también muy delicada y en un momento de mucha crisis.

- para nosotras por ejemplo cuando ingresan en un centro es muy importante lo que acaba de decir M.: que tu proceso de intervención no interfiera gravemente en el proceso de intervención de menores alojados o alojadas en el centro y de otras mujeres. Mientras sea viable la intervención, nosotras seguimos apostando por ella. Es cuando ya se producen situaciones muy graves dentro del contexto convivencial, cuando a lo mejor se valoran decisiones que afectan a que pueda seguir en el espacio, a que no puede estar ahí así.

- claro, no es lo mismo que lleve una mujer en estado de embriaguez pero que no monte pollo cuando llega y al día siguiente se trabaja ¿qué ha pasado esta noche? ¿cómo ha llegado así? a que lleve una mujer en estado de embriaguez y se ponga a dar golpes con los muebles por ejemplo, portazos o gritos que supone una reexperimentación para el resto.

Se plantean que **si está en tratamiento, es posible la coexistencia**:

(PROFESIONAL VIOLENCIA GRUPO FOCAL MADRID)

...porque eso la está conteniendo, la está haciendo que pueda realmente poder tener esa intervención y que pueda, digamos, convivir y estar en lo que es un espacio de alojamiento protegido. Que hay más mujeres que están en una situación que no pueden, digamos entre comillas, estar permanentemente

> expuestas a esa situación [de consumo] sin contención y sin abordaje sanitario, ni los menores, pero que si [la mujer] está bien tratada y bien, digamos, con su tratamiento pues sí que es posible poder coexistir.

Pero siempre conscientes de que **lo normal es que pueda haber consumos y recaídas**, que pueden ser perfectamente **"trabajables"** como lo puedan ser las "recaídas" en el contacto con el agresor:

> (PROFESIONALES VIOLENCIA PAREJA/EX PAREJA AYTO MADRID)
>
> (Profesional de Centro de Emergencia de corta y media estancia) (…) Nosotras en el día a día lo que hemos ido un poco haciendo son ciertos protocolos internos nuestros, en base a ensayo-error de situaciones que se han ido produciendo a lo largo del tiempo, y hemos establecido qué nos ha funcionado. Para nosotras es verdad que es primordial cuando llegan mujeres que podemos observar que han consumido, que permanezcan en su habitación por eso mismo, un poco para respetar el contexto del resto de mujeres y de niños y de niñas. Normalmente hay mujeres que no tienen ningún tipo de problema, permanecen en su habitación y cuando ya se han pasado los efectos podemos hablar con ella, podemos aclarar qué ha pasado porque también es normal. Hay mujeres que dejan de consumir cuando ingresan en el centro y tienen que tener recaídas y entra dentro de su proceso y demás. Y luego también hay otras mujeres que es muy difícil contenerlas, ni estando alojadas. Y luego hay mujeres que ellas mismas tienen niños y niñas que llegan en ese estado o que conviven dentro de la misma habitación con sus hijos. Entonces sí que vamos diferenciando. Normalmente intentamos poder establecer una línea de intervención o poder hablar con ellas una vez que se han pasado los efectos del consumo. Y una vez que nos hemos coordinado, si tenemos algo que valorar de forma conjunta [con el CAD de referencia] porque no somos expertas, una vez que podamos hablar con las compañeras o coordinarnos y tener una línea de intervención.

O que el consumo forma parte de su situación, en **intersección** con múltiples cuestiones más:

> (PROFESIONALES VIOLENCIA PAREJA/EX PAREJA MADRID)
>
> Bueno, y que lo que está pasando forma parte de su problemática, es decir en esa situación nosotras tuvimos una que además creo que había sido acuchillada y estaba pendiente, no estaba muy claro si estaba también con problemática de salud mental, con una sintomatología que no sabía muy bien de qué era, pero con la medicación ajustada no tenía por qué dejar de estar en el recurso, es decir, era una persona que a lo mejor había tenido algún consumo, era probable que hubiera tenido, pero la problemática de adicciones, consumir, era una parte del problema y verlo como lo normal.

En cualquier caso, algo que parece básico es el cambio que se ha dado en cuanto a la interpretación de **que una mujer esté en tratamiento se considere como un buen factor a tener en cuenta**, no como algo negativo:

> (PROFESIONAL ADICCIONES MADRID)
>
> Yo creo que también el cambio de admitir los informes de las mujeres que están en tratamiento como una cosa positiva a la hora de valorar los casos. Yo creo que ese cambio también es importante. Si una

mujer está en tratamiento en un centro, y la valoración que hace el equipo del centro es una evolución buena, es una adherencia al tratamiento, el tener en cuenta esos informes.

En la red de Bilbao - Bizkaia, sin embargo, **no aparece el condicionante del tratamiento, y se centran más en la cuestión convivencial. Su modelo cuenta con criterios y estrategias de funcionamiento** muy fundamentadas en ideas clave descritas en publicaciones que se fundamentan en la práctica de diversos recursos que atienden a mujeres con la doble problemática[16]: **el acompañamiento respetuoso y la aceptación incondicional, a la par que la mujer se responsabiliza de mantener el espacio seguro**. Esto es clave para que, aunque el consumo se mantenga, los espacios sean habitables (incluido con menores) y los procesos puedan avanzar:

(PROFESIONAL RESPONSABLE RECURSO VIOLENCIA BILBAO)

Ya te digo, ahora mismo en los pisos el ambiente es muy bueno y el tema del consumo, pues si tenemos una mujer que consume marihuana y luego otra mujer que consume metadona, heroína y así. Esta mujer estaba con nosotras, además este caso lo conoces porque cuando hicimos la formación fue un caso que se llevó a supervisión. […] este caso viene de estar en CAI[17], de ahí pasa por diversos recursos y llega con nosotras[18]. Está con nosotras en pensión, funciona muy bien, pero tiene una intervención por motivos de salud, nada que ver con las drogas, sino por un tema de útero y claro, nosotras veíamos que necesitaba un sitio donde alguien la pudiera cuidar después de esa intervención. Esta chica se marcha al piso de Amorebieta[19] que se ha cerrado también, y cuando lo cierran, vuelve con nosotras porque ya tenía vinculación con el equipo y se decide que esté en piso en vez de en pensión para estar más atendida, más cuidada. Al principio nos encontramos con problemas porque claro, en nuestros pisos viven menores, entonces claro, es una mujer que por su aspecto es de consumidora, era activo, a las madres al principio les da miedo que sus hijos se contagien de algo, que se deje una jeringuilla, cualquier cosa, mil historias y sí que es verdad que a base de trabajo tanto con la persona usuaria "tienes que tener cuidado, esto no es una pensión, aquí no estás sola, tienes que tener cuidado y no consumir y tal", como con las familias del piso, la verdad que ahora la relación es estupenda, se apoyan un montón, sí que le está sirviendo a esta mujer el tener el soporte también. Le sirve, lo que nosotras vemos que más se está aprovechando de estar en un piso es que le frena el hecho de consumir. Si estuviera sola en una pensión, sería "barra libre", porque la pensión tampoco tiene supervisión y no podemos estar controlando todo y aquí aunque no estemos, es como que se corta por la convivencia, y va muy bien. En este piso comparten bastante espacio de comidas, de cosas. Nosotras hablando con su técnica de Diputación que los consumos son muy elevados, nos preocupa, así que se sigue manteniendo la idea de que esta mujer continúe en el piso a modo

16 Descrita en publicaciones ya referenciadas, principalmente en la Guía del PNSD de 2023.

17 Centro de Acogida Inmediata.

18 Servicio de atención comunitaria, con apoyo alojativo en semiautonomía.

19 Se refiere a otro recurso de apoyo alojativo y alta intensidad para mujeres en situación de consumo activo, gestionado por Fundación Etorkintza. Se cierra por falta de fondos.

contenedor de ella. Al final, pues en la calle hará lo que quiera, obviamente, pero en el piso, se controla.

Se ha trabajado con la mujer consumidora desde la óptica de la reducción del daño, priorizando su seguridad y protección frente a que pudiera estar en otro tipo de recursos

(PROFESIONAL RESPONSABLE RECURSO VIOLENCIA BILBAO)

Pues nosotras al final lo que hemos hecho eran dos familias, dos 'amatxus'[20] con criaturas y luego estaba ella. Pues lo que se ha hecho sobre todo es primero con la persona consumidora explicarle los riesgos de que no puede consumir en el piso, que hay menores que tiene que cuidar y que ella también ha estado en situación de calle durante muchísimos, muchísimos años. De repente lleva dos años que no está en calle y yo creo que también reforzándole esa parte de ahora estás bien, estás en un hogar, estás a gusto, no te estás exponiendo a riesgos, porque nosotras… Nosotras sobre todo trabajamos con estos perfiles en reducción de daño, entonces al final está claro que esta mujer no va a dejar el consumo, lleva consumiendo muchísimos años, pero sí podemos hacer que lo haga de una manera segura para ella, que no comparta jeringuillas, que entre comillas controle las cantidades, que cuide sus espacios seguros como es una casa, porque claro, luego nos vamos a lo mismo, ¿no? Consumiendo en la calle, pues a todos los riesgos que se expone y lo vulnerable que se expone, ¿no? Y el hecho de que ella esté bien en la casa y que sus compañeras y ella estén a gusto va a hacer que ella permanezca en esa casa, porque si no, se puede tomar la decisión de, mira, no, a una pensión, y no sería tan seguro para ella, o no, ni pensión ni piso, igual no hay recurso para ti, albergue, y no sería tan seguro para ella, ¿no? Entonces yo creo que, respecto a la persona consumidora, hacerla ver qué importante para ella es estar en ese espacio seguro y los beneficios que tiene para ella.

La cuestión es que **no se trabaja solo con la mujer consumidora, sino también con el entorno de convivencia, no consumidor.** Y se proporciona al menos la oportunidad de que salga bien, sobre todo porque en ese entorno, ella también tiene aspectos positivos que ofrecer en la relación de convivencia...

Y luego, con las otras dos 'amatxus', porque el crío de una es mayor, 16 años, y también se ha hablado, yo creo que al mismo nivel que la madre, pero los otros críos eran chiquitines, o sea, de 4 y 8 años, así que tampoco se les ha dicho nada... Pues un poco que entendíamos las dificultades que suponía, los miedos que supone convivir con una persona así, pero que le dieran la oportunidad de conocerla y ver que tiene muchas cosas buenas, porque luego ella es muy generosa en el sentido de hablar, o sea, es una persona muy educada, es muy amable, o sea, tiene otra parte. Y ahora, pues bueno, estamos rescatando que vean que bien están ahora y que se apoyan todas.

De hecho, profesionales en Madrid han analizado, acertadamente, que **el consumo en sí no tiene por qué ser el foco del problema conductual- convivencial**. Desviar la atención del consumo en sí,

20 Mamás (coloquialmente) en euskera. 'Amatxu', 'amatxo'.

permite analizar que también hay mujeres no consumidoras que presentan problemas conductuales o conflictos en la convivencia:

(PROFESIONAL ADICCIONES GRUPO FOCAL MADRID)

(…) un logro no sencillo, o sea, que se ha conseguido después de varias mujeres que han terminado fuera, y que hemos podido ver los casos en la mesa [de coordinación de casos] y que se ha visto la evolución, y se ha visto pues que eso se podía afinar… Que yo recuerdo en algún caso de la mesa que lo que más se generaba era: "hay un problema de consumo, hay un problema de conducta dentro de la casa". Pero bueno, hay problemas de conducta en la casa de muchas mujeres que no tienen problemas de consumo... o sea, que eso también es algo que hay que tener en cuenta, que no son solamente las mujeres que tienen un problema de consumo las que puedan tener un problema de conducta que afecte a la convivencia...

Tanto es así, que actualmente se contempla la posibilidad de hacer la reducción de daños dentro del recurso de violencia, acompañadas por el equipo del CAD, como una posibilidad perfectamente viable, escapando de la clásica dicotomía "consumes o no consumes":

(PROFESIONAL ADICCIONES GRUPO FOCAL MADRID)

Es una cosa, pues lo que hablábamos antes, ese estigma que se tiene de las adicciones, yo creo que históricamente es "o consumes o no consumes". Entonces yo creo que esa perspectiva y esa visión de la reducción de riesgos o la reducción de los daños asociados al consumo, yo creo que también es súper importante, es decir, o sea, una mujer con un consumo de alcohol elevadísimo no puede dejar de consumir de la noche a la mañana. Entonces trabajar eso también con vuestros profesionales yo creo que ha sido un logro. Ha sido otro logro sobre todo para las mujeres, o sea, porque también muchas veces el miedo que tienen ellas es que si entro en algún recurso tengo que dejarlo todo de golpe y el síndrome de abstinencia que tienen, evidentemente... Y además son mujeres, en algunas ocasiones que tienen consumos de largo recorrido, saben lo que les puede pasar cuando dejan de consumir de golpe, entonces yo creo que ese punto en llegar a reconocer que una reducción de daños, una reducción del consumo, se pueda hacer en un recurso de violencia, ha sido un logro.

(PROFESIONAL VIOLENCIA GRUPO FOCAL MADRID)

Me acuerdo ahora mismo de un caso que se le pautó como dos cervezas al día ¿no? que era... Eso: "que no entra alcohol" [en la casa de acogida] Lo que pasa es que no se publica ¿no? porque es como esto: muy pautado y con un acompañamiento profesional que a nosotras nos diga: "vale, pues son dos cervezas y se mantiene", y eso ha sido un éxito porque, oye, a la mujer pues eso se le explicaba, y claro, a nosotras nos pareció una experiencia o sea, que para la casa, y las coordinadoras, y abrir esa mente a todas las profesionales, pero es que desde la cocinera del centro de emergencia, porque pensar que nuestro recurso está pues eso, la persona de limpieza, la persona que cocina, la auxiliar, la educadora, la coordinadora... que no haya mirada de juicio es muy importante. Entonces es verdad, que porque si nosotras éramos como, "ostras está aquí con su lata" Que tampoco era público [al resto

de mujeres alojadas] ¿no? pero fue la verdad un caso muy bonito y bonito de, bueno, porque nos enseñó mucho el que, oye ese miedo de que entre el alcohol y que esté pautado o tal...

Pero también se encuentra en muchos discursos la idea de un perfil – situación vital de mujeres a las que el imaginario remite continuamente: situaciones muy cronificadas y agravadas de consumo, con alto impacto de violencia y desprotección, con factores de alto impacto social y emocional…

(PROFESIONALES VIOLENCIA PAREJA/EXPAREJA MADRID)

Sí tengo claro que hay un grupo de población que es este perfil más deteriorado, más cronificado, más en situación de calle, más con unos consumos de sustancias que son bastante más complicadas de manejar que requerirían un abordaje mucho más integral, en el sentido de que no es solamente una cuestión de violencia y red de drogas, sino que tiene que estar implicada ahí necesariamente salud mental, es básico. Tiene que estar implicada ahí necesariamente las redes de exclusión social, porque si es necesario que haya recursos de baja exigencia, entendido baja exigencia respecto a las habilidades que utilizamos habitualmente en los recursos de alojamiento de protección ¿no? Y ese recurso tiene que estar, o sea, ese tipo de recursos tiene que estar de alguna manera integrado por todas esas patas, es decir, es fundamental que haya una pata de salud mental, es fundamental que haya una pata de violencia, es fundamental que haya una pata de drogas, ¿dónde tiene que estar encajado ese recurso? Pues no lo sé, no sé si en la red de sin hogar, no sé si en la red de salud mental o en la nuestra, no lo sé pero el caso es que sin que haya las cuatro patas de exclusión social, salud mental, drogas y violencia, me parece complicadísimo llegar a esta población (...) tenemos que tener equipos de calle con mirada de género y tenemos que tener soporte de salud mental, porque muchos de estos casos están deteriorados, lo que decía V., no sé si es antes o después, que llega primero de las tres dificultades, si llega la violencia y a partir de ahí hay problemas de salud mental y de consumos, o viceversa, me da igual, pero al final, independientemente de dónde haya surgido el primer problema, hay que trabajar los tres.

Es necesario que las redes de violencia partan/lleguen a un posicionamiento en el que la mirada de juicio sobre el consumo desaparece, y donde podemos entonces explorar e indagar las diferentes situaciones en las que se encuentran las mujeres en relación a la violencia y el consumo. ¿Qué quiere ella? ¿Qué objetivos se plantea? ¿Cuál es su historia y el impacto de la violencia en su vida? ¿Podemos establecer un mapa de actuación donde contemplemos cada caso y articulemos una red que sea lo suficientemente flexible y adaptada para cada situación? Antes de contestar a estas preguntas, analicemos una cuestión general más → no toda situación de violencia conlleva la necesidad de alojamiento protegido, ni es la red de violencia la que tiene que proporcionar todo, pero **hay un elemento fundamental: de quién son las competencias y organización de los servicios**.

5.4 ¿Y TÚ DE QUIÉN ERES?

Casi todas las redes de atención se organizan en base a problemáticas y/o colectivos de intervención, que las más de las veces funcionan como compartimentos estancos que no se articulan[21] entre sí. En el caso que nos compete hemos centrado la atención en la red de violencia y la red de adicciones, pero en muchos de los testimonios y realidades analizadas, emergen claramente la red de salud mental, la red de atención a personas sin hogar / exclusión residencial y social y la red de atención a la infancia (que se suele materializar a través de Servicios Sociales y sus servicios especializados para la protección de la infancia). Esto es así en tanto que prestar atención a mujeres con problemas de consumo y víctimas/supervivientes de violencias de género, aparece ineludiblemente unido a atender situaciones vitales donde también pueden interseccionar la exclusión, la salud mental y/o la presencia de hijos/as a cargo o procesos de retirada de custodia. A esto se suman en ocasiones situaciones de discapacidad y de procesos migratorios, entre otras cuestiones.

"¿Y tú de quién eres?" funciona como pregunta metáfora: ¿qué red es la más adecuada? ¿Quién financia los recursos e itinerarios en los servicios para una mujer en la que interseccionan múltiples situaciones de vulneración y violencias? ¿Qué recursos o dispositivos ponemos en marcha? "¿De quién son las competencias?"

Así, encontramos que persiste en algunos servicios esa idea del "emergente principal", de que habría que trabajar primero el consumo para trabajar violencia. Pero esta es una idea que ya se ha comprobado que no funciona, y así aparece cierta crítica a compartimentar la intervención, que se entiende necesaria por la especialización de cada equipo/recurso; por tanto, se concibe como solución/necesidad la coordinación y realización de planes de intervención conjuntos, adaptándose a las mujeres, y no a la inversa:

> (PROFESIONAL VIOLENCIA MADRID)
>
> Por eso yo creo que es, como decían las compañeras, fundamental no solamente coordinarse sino hacer planes de intervención conjuntos, porque es verdad que buscamos desde los diferentes recursos como usuarias perfectas que encajen en nuestros criterios y no. Debemos hacer lo contrario, o sea dar una respuesta integral desde todos los recursos, con las especialidades de cada uno de los recursos, a lo que necesita la mujer. Yo siempre pienso que en el modelo que tenemos, no solo violencia, sino en general de atención, compartimentalizamos a las personas en diferentes partes, que es necesario por lo que decía de la especialización de cada uno de los recursos, porque evidentemente nosotros sabemos de violencia, otros recursos de consumo, etcétera etcétera, o de infancia o lo que sea, pero eso dificulta la intervención, y como no es posible que un equipo trabaje todo, sí que es necesario que desde los recursos haya planes de intervención conjuntos

21 La intervención articulada se fundamenta en un enfoque coordinado e interdisciplinar que une a diversos agentes de intervención para resolver problemas complejos de manera integral, superando el trabajo aislado.

Otras experiencias, sin embargo, se plantean desde otro lugar:

(RESPONSABLE SERVICIO VIOLENCIA BIZKAIA)

(…) Pero en sí nosotras no tenemos, digamos, ningún servicio que sea específico para mujeres drogodependientes. No tenemos ningún servicio definido así. Nosotras definimos los servicios como mujeres que son víctimas de violencia machista y puedan tener otras problemáticas añadidas. Ya sea salud mental, ya sea consumos. Pero no hay ningún requisito de acceso a ningún servicio que sea consumir o tener un problema de adicciones. Eso no lo tenemos así configurado.

El consumo aparece como un elemento más que forma parte de la situación en la que se encuentra la mujer, a la que, desde este servicio de protección frente a la violencia, lo que se le ofrece es un acompañamiento social y relacional desde lo institucional con distintos niveles de autonomía/exigencia, y a priori puede haber mujeres con consumos en todos sus recursos (reproducimos un verbatim muy amplio, por contextualizar)

(RESPONSABLE SERVICIO VIOLENCIA BIZKAIA)

Entonces, pues bueno, ya hacemos esa valoración de desprotección frente a la violencia y lo que hacemos ahí, tenemos un diagnóstico social de donde sacamos las necesidades de atención. Y conforme a esas necesidades de atención lo que hacemos es un plan de atención personalizada adaptado a la mujer. Lo que procuramos es que sea algo consensuado con ella, que la mujer entienda para qué está aquí, pero no como un servicio de alojamiento y vivienda, lo que nosotras ofrecemos es acompañamiento social, que cuesta mucho hacerles entender, ¿no? Entonces, pues yo siempre digo al personal técnico que lo que les traslade es que es un acompañamiento relacional, es decir, es una mujer que ahora mismo no tiene ninguna red de apoyo, entonces lo que le proveemos aquí ahora mismo son relaciones institucionales, o sea, que se sienta acompañada y apoyada. Dentro de un marco, pues bueno, que sí que es verdad que tiene una normativa, pero siempre, pues bueno, nos vamos a adaptar un poco hasta donde ella quiera llegar y a lo que ella quiera hacer.

Entonces, dependiendo un poco de estos acuerdos y de la tipología de los servicios, orientamos a unos servicios u otros. Sí que es verdad que tenemos servicios de alta intensidad de apoyo, porque como somos atención secundaria especializada, nuestras intervenciones siempre tienen que ser de alta intensidad, ¿vale? Porque la baja intensidad correspondería a los servicios sociales de base, pero el nivel de exigencia se adapta a la persona. Es decir, tenemos un nivel de exigencia baja porque entendemos que hay mujeres que sujetarse en un marco normativo es complicado. La asunción de determinadas normas o determinada estructura de rutinas es complicada.

Normalmente en nuestros centros puede haber consumos, no dentro, o sea, quiero decir, introducir sustancias a los centros está prohibido, pero el que lleguen con síntomas de haber consumido no es un criterio para no dar la entrada.

Sí que en los que son de baja exigencia, normalmente suelen ser con mujeres solas, ahí no metemos a menores… De momento no tenemos un servicio de baja exigencia donde las mujeres consuman y tengan a los menores con ellas… (...) Entonces, luego está la media exigencia y el alojamiento residencial con presencia educativa. Desde el servicio lo que se intentaba siempre es evitar espacios

residencializados y no institucionalizados. Quiero decir, si hay una mujer que tiene capacidad para vivir de una forma autónoma en un piso con su hijo o con su hija, con cierta supervisión inicial, pero no puede acceder porque aquí la cuestión de vivienda, la cuestión de recursos económicos, le complica el poder estar en un entorno normalizado, pues iría a un piso que nosotros, digamos, le proveemos durante un tiempo hasta que ella se lo pueda proveer. Así que son espacios convivenciales, procuramos que no haya más de tres personas en esos espacios convivenciales y ahí sí que van con niños y niñas. Ahí pueden ir mujeres solas, con niños y con niñas. Sí que es verdad que el que consuman no es un criterio para no acceder, quiero decir, pero sí que ese consumo no interfiera en la convivencia, eso sí. Y que no requiera un personal veinticuatro horas. Hay que decir que muchas veces no hace falta una intervención educativa, que hay mujeres que llegan, que pueden tener X consumo, que llegan a su habitación y pueden llegar hasta a ser funcionales con sus hijos y sus hijas.

En contraste con lo anterior, en el Cabildo de Gran Canaria se dio cabida y se financia desde el servicio de violencia, una Casa de Acogida específica para mujeres con problemas de adicción. Está a disposición de la red de violencia y de la red de adicciones. Los criterios de acceso a este recurso en concreto tienen que ver con la necesidad de alojamiento protegido frente a la violencia, pero también con la disposición de la mujer para trabajar abstinencia. Ante la evidencia de lo limitado de un solo recurso para la variabilidad de situaciones que se están encontrando, las técnicas del servicio de violencia plantearon un programa que pudiera dar atención a varias situaciones. Sin embargo, cuando plantean a los y las responsables políticos ampliar en ese sentido el espectro de intervención, la respuesta es que eso no entra dentro de las competencias del Cabildo, sino de la autoridad municipal:

(PROFESIONALES VIOLENCIA CANARIAS)

El equipo anterior a nosotras se curraron una propuesta... no se llamaba reducción del daño, se llamaba algo así como intervención en tres fases, donde nosotras queríamos acercarnos al modelo de "Mejora"[22] de intervención en calle. Uno, a mujeres que están en calle que no acceden a nuestros recursos y que no se hace nada con ellas para acompañamiento a salud mental, a hostales, a pensiones. Dos, intervención para las mujeres que sí que están en nuestras casas y que no tenemos la ayuda de la atención psicológica continuada y tres, el post, cuando abandono el recurso y o bien, un caso ideal, me voy recuperada, con una vivienda de alquiler, o caso fatalítico que me voy expulsada o lo que sea. En cualquiera de esas tres fases que haya algún equipo itinerante de apoyo externo a las casas de acogida pero sí dependiente de este servicio. Que podamos sostener a las que no acceden porque hay muchas que ni siquiera van al DEMA ni siquiera van a CAI, que también puedan estar pegadas a las que acceden pero no se sostienen ni finalizan el proceso, o aquellas que están firmes y tienen un itinerario maravilloso, mágico y de cuento. Y cuando lo proponemos se nos dice que no, que ustedes están queriendo que el cabildo financie una competencia municipal… A nosotras nos daba

22 "Mejora" es un programa itinerante de atención en proximidad de Fundación Canaria Yrichen, enfocado en la reducción de daños con perspectiva de género, para personas sin hogar.

igual quién lo financie, si lo financiamos nosotras o si lo financia ayuntamiento, pero se entendió que esta propuesta nuestra era un albergue para mujeres. Y aunque lo explicamos hasta la saciedad, se interpretó que nos estábamos metiendo en la competencia del sin hogarismo, ámbito municipal... Entonces cuando la pregunta es ¿de dónde de tus servicios se podría proponer una financiación? yo te diría: se debería coparticipar. Ya la propuesta técnica se hizo. Hay que perfilarla, sí. Hay que sentarse, sí. Hay que coparticiparla, esto le toca a salud pública o le toca a tal... ¿No será que nos toca? ¿no hay un "y" en vez de un "o"? Le toca a salud pública, y le toca a violencia, y le toca a sinhogarismo… Nos toca.

El problema de las competencias y de las posibilidades de actuación también se reflexiona en Madrid, ante la limitación de las competencias municipales y las directrices de actuación marcadas por Delegación de Gobierno y Comunidad Autónoma, así como un modelo de atención que consideran desactualizado ya que, de forma estructural, no responde de manera multifactorial a la complejidad de las situaciones que presentan muchas mujeres (aunque evidentemente se valore la coordinación entre los equipos de base, los servicios de atención directa, y la posibilidad que ello ha creado de realizar una intervención conjunta entre ambas redes con las mujeres con ambas problemáticas).

(PROFESIONALES VIOLENCIA GRUPO FOCAL MADRID)

- Otra de las cosas relevantes de las jornadas que se celebraron yo creo que fue muy importante fue dar una información, un intercambio de información de violencia a adicciones y de adicciones a las profesionales de violencia, yo creo que eso fue muy enriquecedor que se compartieron muchos puntos clave y enfoques importantes para facilitar esa coordinación y ese trabajo conjunto.

- También, aparte de conocer, porque la información de las profesionales es vital para las expectativas de la intervención en las mujeres... Es decir, yo como profesional saqué mucho el tema de competencias, requisitos, etc. Son competencias marcadas por diferentes... es decir, la línea de intervención del Ayuntamiento de Madrid la marca Comunidad de Madrid o Delegación de Gobierno, es decir, que hay cosas que aunque nos gustaría hacer, nuestras competencias están muy limitadas por las competencias municipales también. Pero a mí me pareció muy importante de cara a ajustar expectativas y afinar las coordinaciones entre nosotras para atender a la mujer, y sobre todo salió la complejidad del mundo de la violencia y las adicciones. A mí me impactó mucho del estudio de las mujeres, siempre lo cuento porque decían, y también te lo he oído a ti, que la mujer se considera antes adicta que víctima, y de ahí tenemos que trabajar… Porque es que las mujeres a nosotras se nos... o sea, que es un avance [saber y conocer esa realidad] porque es que se nos van de los recursos... Entonces la necesidad de crear un recurso, yo es que vengo con mi libro, que es los recursos residenciales de un multifactorial, porque como lo tienen montado, no está funcionando. Es un modelo que no está actualizado; no está actualizado en nada la complejidad, y en el ayuntamiento estos organismos tan separados... Menos mal que desde abajo nos unimos porque, si no, el tema está separado [violencia y adicciones], pero abajo nos coordinamos, y entonces, desde ahí podemos crecer, porque si no es inviable; porque las mujeres no son ni de ellas, ni nuestras, sino que están aquí, que

son de Madrid y que tenemos que atenderlas. Entonces esa flexibilidad de coordinación la verdad es que ha favorecido muchísimo porque además supone para nosotras, nuestras profesionales, que tengan su soporte técnico en adicciones, es decir, se sienten muy amparadas cuando van a las reuniones.

Evalúan que el sistema en general no está preparado para dar a las mujeres en esta situación la respuesta integral que necesitan, y es el conocimiento entre ambas redes y el trabajo que pueden hacer desde cada una, lo que permitiría articular una intervención en el caso específico de cada mujer.

(PROFESIONALES GRUPO FOCAL MADRID)

Es como descender a conocer realmente dónde está y qué puede hacer cada profesional en cada una de las redes. Yo creo que eso es lo que le ha dado un valor añadido y ha mejorado el trabajo, porque había como, aparte de un desconocimiento, había como una especie de juicio o idea, estereotipo, un poco malévolo de que no se quería reconocer y atender. Era falta de sensibilidad o de formación o un sesgo ahí técnico, y lo que había era una falta de conocimiento pues muy grande de cuáles son las dificultades y las angustias profesionales que de uno y otro lado había para enfrentar toda la problemática que tenían y que tienen las mujeres. Yo creo que esto es lo que más ha ayudado, poder pensar juntas y ver que cuando una mujer no logramos encontrar salida, no es porque ni desde un lado ni otro la expulsemos del sistema, sino que es que el sistema no tiene los resortes necesarios como para poder darle una respuesta que necesita

En el caso de Madrid lo han resuelto con una estrecha coordinación entre ambas redes, que se materializa en diversos elementos que se exponen a continuación:

Han creado una mesa de coordinación de casos. En esta mesa de coordinación no solo está personal técnico, sino personas con competencias de gestión y planificación de recursos.

(PROFESIONAL ADICCIONES GRUPO FOCAL MADRID)

Yo creo que atendiendo es como te quedas con la sensación de que ya has tocado todos los palos posibles, o sea como ¿qué puedo hacer yo por este caso? Entonces, el hecho de presentarlo en la mesa para mi es muy importante que no solamente esté la gente que atendemos, sino que también está la participación de profesionales que están en puestos de coordinación y de toma de decisiones, que pueden en un momento dado asignar plaza, que no es solamente la valoración y la intervención, sino que en esos espacios de coordinación haya gente con capacidad de decisión.

También han creado un listado de referentes de cada centro que es importante mantener actualizado:

(PROFESIONAL ADICCIONES GRUPO FOCAL MADRID)

Tener listado de referentes, que todo esto necesita un seguimiento de alguien que se dedique a que esto esté actualizado… El listado de referentes es que todas las profesionales de la red de violencia, de

todos los tipos de violencias contra las mujeres que atiende el Ayuntamiento, tienen los datos de contacto de todas las profesionales que estamos en la red de adicciones de cada uno de los CAD, de cada uno de los recursos. El hecho de poder llamar a una persona que sabes que ha hecho la formación, que esa persona conoce el tema, bueno pues yo creo que está facilitando mucho. Yo por lo menos en el trabajo diario está avanzando, o sea te facilita mucho, yo creo que eso es otra de las cosas que me parecen que han sido muy positivas y que tampoco requiere mucha complejidad para hacer.

Pero de eso se trata, que **las profesionales se conocen, se tratan y coordinan directamente, no solo a través de la mesa de casos**

Otra de las buenas prácticas que ha salido yo creo que también es el que las profesionales de ambas redes han conocido que la coordinación no viene a través de nuestra mesa solo, sino que es levantar un teléfono, mandar un mail, directamente. Yo creo que eso ha sido bastante bueno que antes nos mandaban más casos a través de la mesa y ahora se coordinan, eso es buena señal porque está funcionando...

Por un lado han trabajado en reducir el estigma del consumo, y a la par, para la red de violencia es importante contar con el respaldo sanitario del CAD, que también tiene la sensibilidad y formación en PdG y entiende que se necesita esa respuesta rápida con las mujeres en situación de emergencia en el SAVG.

(PROFESIONALES GRUPO FOCAL MADRID)

- Tener ese respaldo del profesional sanitario del CAD yo creo que también en la red de violencia ha servido un poco para tranquilizar, para no asustarse tanto ante una mujer que puede entrar en un piso o en un recurso con un consumo activo. Entonces yo creo que eso sí que ha sido un punto de inflexión. Sí que es verdad que desde la red de adicciones, lo del tema de violencia lo tenemos muy claro y que está muy relacionado, y llevamos muchos años de formación y demás, pero yo por ejemplo que he dado la formación a vuestros profesionales sí que veía en algunas ocasiones esa cara de decir “ay, pues es verdad, pues es que esto es lo que pasa y el consumo es como reacción a la violencia y sus efectos” Entonces yo creo que ha servido mucho trabajar ese estigma de la adicción con vuestras profesionales…

- a las mujeres que puedan entrar de cara a un futuro en vuestros recursos también las va a favorecer y de parte nuestra yo creo que intentar facilitar que a mí por ejemplo me llame un profesional de nuestros recursos y me diga, oye mira tengo una mujer con una violencia de género activa que está en tal centro, y yo poder llamaros y deciros “está fumando porros y necesitamos poder valorar con vosotras la situación” Porque llega un momento en que dices “es que ya no sé qué hacer, ya no sé cómo poder ayudar a esta mujer”, y verlo todo en conjunto y con una perspectiva ya mucho más abierta desde ambas subdirecciones, yo creo que está favoreciendo mucho.

Las prácticas profesionales están en el centro, y la coordinación y actuación conjunta ha facilitado la respuesta de las profesionales en violencia ante situaciones de consumo, sin depender de la buena voluntad sino de criterios técnicos de actuación:

> Es muy importante que exista esa respuesta inmediata y ágil desde el CAD en los casos de las mujeres que están en los alojamientos protegidos, porque también tenemos menores, tiene su dificultad (…) pero cuando hay una respuesta y una agilidad en esa coordinación, eso facilita mucho y se hace la intervención sanitaria y el control bien, exhaustivo, de medicación, de todo el tratamiento bien, de una manera no solo con la mujer, sino también con las profesionales, eso facilita enormemente lo que es la intervención. Desde ahí también hay como una mayor tranquilidad para las profesionales y para la propia mujer (…) Eso sí que lo notamos porque quizá antes desde el desconocimiento, dependiendo de la buena voluntad de las profesionales que te vas encontrando, hay cosas que se hacen como un mundo, y que después en otros casos, la misma situación con un trabajo de verdad conjunto y comprometido, pues se resuelve y se desata el nudo con más facilidad. Nosotras desde el centro de emergencia sobre todo sí que hemos notado eso, que hemos tenido situaciones bastante complicadas con mujeres que estaban en el recurso, y sin embargo, con una buena respuesta y con una buena coordinación tanto de trabajo con la mujer como con la profesional, pues eso ha facilitado enormemente

En el siguiente apartado expondremos cómo estas tres redes conllevan formas diferentes de concebir la intervención en violencia y la articulación de los servicios. No se trata de establecer una comparativa de si unas son mejores que la otras, puesto que en todos los casos se está tratando de garantizar una mejor atención a las mujeres en situación de violencia que además presentan situaciones de consumo, sino de poder contextualizar los marcos de intervención que han regulado la disposición de los recursos y cómo se presta la atención.

5.5 CONTEXTUALIZANDO LA ATENCIÓN EN VIOLENCIA

Cuando pensamos en la intervención en violencia, surge casi espontáneamente la idea de la *protección*. Este término, "protección", también conlleva asociados distintos imaginarios en función de quién esté hablando sobre ello. Normalmente surge pensar en términos de *riesgo* y las medidas para proteger a la mujer ante un maltratador (pareja/ ex pareja) que pueda encontrarla y poner en riesgo su integridad física e incluso su vida, o también surge en términos de necesidad de un alojamiento seguro y confidencial donde esté protegida de las agresiones.

Estas ideas han configurado en general en todo el Estado una red de atención donde se cuenta con recursos que ofrecen ese alojamiento de protección tanto de emergencia ante un hecho

súbito/reciente de violencia, como de corta-media y larga estancia en caso de necesidad según la situación de la mujer.

Los criterios iniciales para proporcionar dicho alojamiento tienen también que ver, entre otras cosas, con que la mujer no pueda garantizarse un espacio seguro en su entorno/red natural y que necesite ese espacio protegido, y no tanto con una necesidad habitacional en sí misma.

(ENTREVISTA PROFESIONALES VIOLENCIA GRAN CANARIA)

Cuando hay violencia, tengo que salir de la casa en la que estoy, porque estoy conviviendo con el agresor, pero no hay red de apoyo que permita que yo, de manera autónoma, pueda garantizar mi seguridad. O porque hay red de apoyo, pero no puedo en el pueblo, garantizar la seguridad.

En la red del Ayuntamiento de Madrid encontramos además la particularidad de que tiene una Unidad específica de atención a Otras Violencias: violencia sexual, y trata y explotación sexual, que cuenta, entre otros servicios, con recursos alojativos de protección. En trata y explotación sexual, las violencias basales son muy elevadas ya de por sí. Pero el servicio no se concibe como un recurso alojativo desde el que realizar una intervención con las mujeres, o porque la mujer no tenga otro espacio donde residir. Emerge de forma muy clarificadora que el recurso está indicado en situaciones donde haya una necesidad de protección o la mujer quiera claramente salir de la situación en la que se encuentra, y no sepa cómo o no pueda por sus propios medios (y de ahí lo indicado de un recurso de protección)

(PROFESIONALES OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

- Es como que [en la red de violencia en la pareja/expareja] siempre se dilucidaba mucho que no hubiese una necesidad habitacional, sino que la necesidad fuese de protección.

- Aquí igual a nivel teórico del recurso, o sea, a nivel de diseño del recurso, de apertura como recurso dentro de la red, lógicamente, tanto Pandora como el centro de emergencia, más el centro de emergencia, está hecho para esas situaciones. No es para un alojamiento o para favorecer que hagan un proceso. Hay que matizar a qué responde el centro, pues es verdad que el grado de violencia y la confluencia de violencias que hay en trata y explotación sexual no es la misma situación ni de legislación, ni de protección, ni de nada. Aunque la naturaleza del recurso es semejante. Aquí partimos de violencia extrema, partimos de lo que decía A. y se refería como violencias basales máximas. Entonces, el riesgo tampoco hay una escala como la de Barcelona[23] para medir el riesgo físico, que todo está desarrollado y pensado para la violencia en el ámbito de la pareja o expareja. Y aquí, ¿qué es lo que valoramos como riesgo? Pues valoramos, digamos, esas situaciones que vienen a complicar o a agravar la violencia sufrida por las mujeres en los contextos de prostitución, bien por lo que decía, pues porque tiene más peligros, porque ya lleva mucho tiempo y se siente que ya es su momento y dice quiero salir de aquí pero no sé cómo. En realidad tiene que ser para buscar una protección. Tiene

23 Se refiere al Protocolo de Valoración del Risc de Violència de parella contra la dona. Es un instrumento estandarizado utilizado por profesionales en Barcelona desde 2011 para evaluar el riesgo de violencia grave a corto plazo por parte de la pareja o expareja.

que concurrir una necesidad que haga algo especial que necesite eso y que no sea la exclusión residencial ni que no tiene dónde estar ni con nada. Tenemos también un elemento que facilita poner en el centro a las mujeres y lo que necesitan cada momento, y es que sí disponemos de un protocolo marco de protección y asistencia a las mujeres que dice que si ella está en un momento adecuado y tal, pues tiene derecho a un periodo de reflexión. Todo eso se valora. Todas son víctimas de violencias, pero todas no son susceptibles de ir al centro de emergencia. Solo aquellas que hay una situación de riesgo real o que hay un proxeneta o un tratante que tal, o que está en ese momento en el que hay un clic y "necesito desvincularme de esto" y ella necesita ese periodo de tranquilidad, de reflexión, que además coincide en el diseño del centro con el periodo que puede permanecer ahí para que ella haga y disponga de ese entorno de cuidado y de reflexión y de intervención para que decida qué es lo que quiere hacer.

Pero en uno y en otro siempre tienen que ser alojamientos protegidos sobre todo por luego tener una continuidad y una salida porque es que si no, por exclusión residencial o por estar en situación de violencia, tampoco las de pareja todas, o sea, sería imposible porque no habría centros para albergar a todas. Entonces, ese matiz, aunque es diferente que en pareja o ex pareja, pero sí que ese es como el chip por lo menos, desde luego desde aquí dentro y en qué es lo que marca la entrada en un recurso de protección es este el motivo. Esas situaciones, digamos, que facilitan, o sea, que hay un detonante que o bien exacerba la violencia o bien proporciona la oportunidad a la mujer, pero que requiere entonces de esa protección y de esa asistencia de emergencia. Porque por muy crudo que sea, pero si no necesita protección no puede ser como un recurso simplemente para hacer una intervención pero estando alojada. Dices que estoy en la calle, es que no tengo dónde ir, es que estoy prostituida, es que no tengo una casa, pues es que eso no se lo vamos a poder resolver. Sí, es todo eso, sobre todo también porque la demanda es alta y tenemos, o sea, que ojalá hubiera muchos más pisos. Es que tenemos muy poquito, tenemos que valorar bien qué situaciones son vulnerabilidades de violencia. Es un recurso ante un riesgo o una necesidad de protección, no para víctimas únicamente de trata o de explotación sexual, sino que haya un riesgo mayor.

Junto a la idea de la protección, surge también la noción de **gestión del riesgo**. En los recursos de Emergencia de violencia de la pareja/ex pareja del Ayuntamiento de Madrid, reflexionan acerca de que el principal problema del consumo elevado en Emergencia, es la posibilidad de un síndrome de abstinencia que suceda **al no poder salir las mujeres del recurso**:

(ENTREVISTA GRUPAL VIOLENCIA AYUNTAMIENTO MADRID)

Una mujer que tiene un consumo, la que hemos tenido de 7 litros diarios, que no es el caso porque esta mujer sí reconoce y está en tratamiento y lo que te contaba que estamos ahí articulando para que haya un proceso de desintoxicación y luego pase a tratamiento, pero imagínate que esta mujer que va al CAD y en el CAD saben que tiene un consumo de 7, 8, 10 litros diarios y nos niega por activa y por pasiva que consuma. Esta mujer no la podemos alojar porque en el momento que se queda en la CET[24] 24 horas seguidas sin salir más que para un juicio, el médico... Imagínate el síndrome de abstinencia

24 Centro de Estancia Temporal dentro del SAVG

que puede desarrollar. El problema no es que consuma 7 litros porque consumiendo 7 litros la estamos atendiendo y estamos viendo por dónde la atendemos de manera adecuada, porque ahí el emergente es ver qué hacemos con ese consumo de 7 litros para que se pueda medio estabilizar la mujer. Pero si la mujer nos niega la mayor, que es que "yo no consumo alcohol" ¿cómo abordamos eso? es que es imposible por un tema ya puramente sanitario.

Hay casos que tú estás casi convencida de que tiene un consumo importante que le va a generar un problema en el momento que pasen unas horas aquí metida. Que entonces estamos pendientes de que la valore el CAD y queda alojada, y a las pocas horas tienes que activar un SAMUR-PC[25]. También nos ha ocurrido que no hemos conseguido que la vean ahora mismo en el CAD y que no hay antecedentes, con lo cual, no tenemos el histórico de si consume o no consume. Ella lo niega, pero incluso físicamente dices "hay consumo", pero te lo está negando. Esa mujer se queda alojada, pero a las pocas horas seguramente va a ser una salida con un SAMUR-PC.

(….) claro, cuál es el problema, y además añado que en estos casos de riesgo extremo que ellos tienen que poner escolta [se refiere a los efectivos de la UFAM], que saben que mientras que la mujer está en el SAVG no va a salir del SAVG porque por las condiciones del servicio, las salidas son puntuales: se tiene que ir a juzgado, se tiene que ir a médico; cosas muy concretas. No entra y sale. Y es una de las condiciones de las 72 horas en el SAVG.

Es cierto además que para atender a la situación de violencia, no siempre es necesario el alojamiento protegido.

(PROFESIONALES VIOLENCIA PAREJA/EXPAREJA MADRID)

Cuando la violencia está presente nos preocupa y nos asusta tanto a los profesionales que todos ponemos el foco en que el recurso tiene que ser un recurso de violencia (…) Te quiero decir que es que hay otra serie de circunstancias que a veces la violencia hay que trabajarla pero no necesariamente desde lo residencial y cuesta mucho cuando se trabaja en red con otras redes, entender que no necesariamente el que haya una valoración de riesgo o que haya una medida judicial implica que el alojamiento de protección sea el alojamiento más adecuado para esa mujer y en este momento.

Pero cuando sí es necesario (el alojamiento inmediato de urgencia/protección), puede ser interesante contrastar con lo que hacen en Bilbao – Bizkaia, donde en la Emergencia, en el Centro de Acogida Inmediata, las mujeres (con y sin consumo) pueden entrar y salir cuando quieran:

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

Respecto a que si las mujeres pueden salir, sí, rotundamente sí. Yo cuando me planteé esto había mujeres encerradas. Entonces, desde nuestro modelo de intervención creo que la libertad de una mujer víctima y la libertad de movimiento... no son mujeres presas. Y bajo la bandera de la seguridad no puedes encerrar a una mujer. Es como reculpabilizarla. O sea, pasamos de lo que es el aislamiento o

25 SAMUR-Protección Civil (SAMUR-PC) y SAMUR Social son servicios municipales de emergencia del Ayuntamiento de Madrid. SAMUR-PC atiende emergencias sanitarias (salud física, accidentes) y SAMUR Social atiende emergencias sociales (desamparo, alojamiento, crisis psicosociales).

> la… que puede ser una mujer que haya estado secuestrada por su pareja, y le secuestramos. No, no tiene nigún sentido. Nosotros lo que intentamos trabajar con ellas es que tome conciencia de su protección, ¿no? De su sistema de creencias, de dónde puede estar el agresor y, bueno, pues eso es lo que hacemos. Trabajar con ella para que ella tome conciencia del riesgo y que ella si quiere decidir libremente quedarse, se queda. Y si no, es gestión del riesgo, porque más que una protección por ellas, voluntaria, es una protección profesional, ¿no? [se refiere a la prohibición de salir del centro] Y no podemos jugar con eso. O sea, es que las mujeres son libres. Y eso es algo que, bueno, a mí es algo que me chirrió mucho desde el primer momento, ¿no? A mí ¿me gustaría estar encerrada?. No, es que no es un régimen carcelario. Ella tiene capacidad de decisión, ella tiene que decidir y yo lo que le tengo que hacer es ayudar a tomar la decisión de salir o no salir. Respecto a si se han presentado agresores, sí, claro que se han presentado agresores (...) y bueno, pues ahí trabajamos con la Ertzaintza. ¿Con la Ertzaintza cómo trabajamos? Pues mucho a pico y pala y haciéndonos alianzas, ¿no? Es lo que estamos ahora mismo haciendo. (…) Por otro lado, si hay mujeres con OP, sí, claro que hay mujeres con OP, pero la Orden de Protección, pues bueno, pues al final donde está ubicado, pues es gestión de riesgo. Lo que pasa, mujeres con OP, eso, que estén en nuestros servicios que hayan sido asesinadas, dejándolas salir libremente, pues yo te puedo decir que yo desde que estoy en este servicio siete años, no tengo ni un caso de una mujer asesinada que haya estado en nuestro servicio atendida en la urgencia y haya salido.

Gestión del riesgo con la mujer, por supuesto. Pero además, están las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Autonómicas y Locales, implicadas en la protección y seguridad de las víctimas. ¿Cómo trabajar con la Policía Local, con la UFAM o con la Ertzaintza cuya gestión y valoración del riesgo se define por criterios de índole policial? Más adelante abordaremos esta cuestión.

En cualquier caso, desde los servicios de atención a la violencia se tiene claro que no es solo la cuestión de la protección inmediata/urgente y gestión del riesgo, sino que puede conllevar un trabajo asociado para identificar situaciones de violencia, prevenir futuras relaciones de maltrato, trabajar los elementos asociados al trauma… De hecho, como puede verse en las infografías y resumen de los servicios (en Anexos) todas las redes de atención en general ofrecen recursos y programas de atención ambulatoria frente a la violencia.

> Sin embargo, en el caso que nos ocupa sigue siendo necesario entonces desgranar qué entendemos por protección frente a la violencia, o incluso por el propio concepto de atención, porque como ya se vio en investigaciones pasadas, han existido recursos residenciales específicos para mujeres con problemas de adicción, que, paradójicamente, se quedaban vacíos[26], y experiencias en general de no vinculación de las mujeres drogodependientes y/o con consumos abusivos a los dispositivos de atención ambulatoria para la violencia.

26 Ver nota a pie de página número 10.

El **modelo de Bilbao – Bizkaia, desde su forma de concebir la atención en violencia, ofrece quizás referencias que pueden resultar de utilidad en general** (reproducimos un verbatim muy amplio que sirve de contextualización):

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO – BIZKAIA)

Nosotras tenemos tres vías de acceso al servicio, depende a qué servicios accedas. Una es la acogida inmediata, la acogida de urgencia, que ahí se accede cuando se da una situación de urgencia, que según nuestra normativa es un hecho imprevisto, en este caso vinculado a una situación de violencia que compromete las capacidades y los recursos personales de la persona, que requiere una alternativa alojativa de urgencia porque no tiene ninguna red de apoyo, entonces se entra desde ahí, ¿vale? Sí que es verdad que el hecho de la violencia tiene que ser un hecho reciente, o sea, es lo que origina la situación de desprotección por violencia que le llamamos.

Luego está lo que es el servicio de acceso ordinario, que ahí nuestra entrada viene por los servicios sociales de base. Entonces, ahí esta mujer ha asistido a los servicios sociales de base y se ve una situación de violencia que requiere una intervención especializada. Entonces, lo que se manda es una valoración, un informe social con unos ítems que están ahora mismo en la sede electrónica de Vizcaya, donde nos recogen, pues bueno, la situación social, la situación relacional, los dinamismos vitales, pues autoestima, la autoconfianza, la historia de violencia sufrida, la percepción de la violencia, la posibilidad de identificación de la violencia, todo lo que venga relacionado con la salud: salud mental, drogodependencias, adicciones. Bueno, pues un poco lo que es toda la situación social y sanitaria también solemos pedir. Entonces ahí, ya sea por la vía de acceso de urgencia o ya sea por la vía de acceso ordinaria, para tener una continuidad de acceso al resto de servicios de intervención, lo que hacemos es una valoración de la situación de desprotección de violencia. Que eso es un instrumento que tiene treinta y dos indicadores, entre ellos, pues lo que se valora es eso, pues un poco el impacto que la violencia ha tenido en su vida, las relaciones de violencia actuales y las de los últimos diez años. Se valora también, lo hemos sacado de la escala RVD de Barcelona[27], lo que es la posibilidad de que el agresor sea una persona que pueda volver a agredirla, ¿no? O sea, incluimos lo que es el perfil del agresor, eso también digamos que es una situación a baremar.

Baremamos también lo que es un mapa relacional, las relaciones o disposición de vínculos que tiene. También valoramos un poco las capacidades y habilidades que pueda tener, el desenvolvimiento autónomo comunitario, es decir, si es una mujer que tiene capacidad para ir a los recursos, para solicitar ayuda, conoce un poco el sistema de protección y se sabe manejar, eso también lo tenemos en cuenta. Luego también si tiene un adaptamiento social a la norma. Aquí lo identificamos como que delinca o no. No es un criterio de exclusión el que haya sido una persona que delinca, o sea, para nada. (…) Y en tercer lugar tenemos servicios configurados que son de acceso directo, donde una mujer accede directamente sin necesidad de valoración de la situación de desprotección (…)

Nuestro criterio de acceso no es “una mujer que ha sufrido violencia y…”, no. Nuestro criterio de acceso es la valoración que den en la desprotección. Nuestro instrumento de valoración de la

27 Protocolo de Valoración del Risc de Violència de parella contra la dona. Es un instrumento estandarizado utilizado por profesionales en Barcelona desde 2011 para evaluar el riesgo de violencia grave a corto plazo por parte de la pareja o expareja

> desprotección valora si está en situación de suficiente protección, vulnerabilidad o riesgo/desprotección por violencia. Y dentro del riesgo puede ser alto, medio o bajo. Y desprotección leve, moderada o alta. Entonces, dependiendo de la valoración que dé, el instrumento también lo que te da es el contexto de atención. Si es un contexto residencial o si es un contexto comunitario. (…) también te dice la intensidad de atención; si esta mujer requiere una intervención alta, media o baja. Digamos que nuestra conclusión para el acceso y la orientación viene determinada por ese diagnóstico de desprotección.

La experiencia les ha indicado que las mujeres con consumos se ven expuestas a situaciones de mayor o más frecuente vulneración / violencia:

> Una mujer con un consumo la consideramos más vulnerable a sufrir violencia que una mujer que no tiene consumos. Sí, claro que puntúa. Las tripas del instrumento, no lo sé, pero pondera alto.

Pero en este modelo, como ya hemos expuesto en apartados anteriores, contextualizan la situación de consumo directamente en esa valoración de la desprotección que realizan, puesto que el consumo en sí mismo, sin contexto, no indica nada:

> Lo que más pondera es tu historia de victimización. Es decir, qué carga tienes tú de violencia. El haber sufrido violencia en la infancia, las creencias culturales, cómo identificas la violencia, si esa violencia tiene un impacto y no tiene redes de apoyo. Quiero decir, tampoco es lo mismo una persona que consume, que es víctima de violencia y tiene un entramado familiar importante que la está sosteniendo y está detrás. Eso también pondera. Y mucho, además. Le damos mucha importancia, muchísima, a lo que es la situación de violencia, lo que es el mapa relacional que tenga esta mujer, qué recursos tiene y a sus recursos personales: a si es capaz de pedir ayuda, si no. Si identifica, si no. Si tiene motivación al cambio.
>
> Si es una mujer que no ve más allá de lo que le está pasando ahora. Eso pondera mucho. Y sí que es verdad que, como tal: víctima de violencia con consumos, así aislado, no sería posiblemente una situación de desprotección. Si es una mujer, eso, que tiene red, que sabe tomar decisiones, que tiene un desenvolvimiento autónomo, que es funcional. Eso no sería de atención especializada, es decir, no sería para un recurso de intervención residencializado e intervención sociocomunitaria. Pero ese ejemplo que te estoy describiendo no nos suelen venir esas mujeres a secundaria. Mayormente, lo que estas mujeres tienen es una situación de violencia que nos llega al servicio de muy larga data. O sea, tienen una violencia, están vertebradas por la violencia desde la infancia hasta hoy, la mayor parte de consumo, con familias muy abandónicas. Es decir, que las familias realmente no constituyen una red de apoyo. Y luego, pues muchas de ellas con consumos. Eso sí que llega a especializada.
>
> Otra cosa son los servicios de acceso directo a atención psicológica. Ahí llega mayor población, personas que tienen una vida, que no me gusta llamar normalizada, pero que tienen una vida más funcional. Llegan mujeres que trabajan, que tienen su red, porque lo que van a trabajar es el trauma, el impacto que esa violencia ha tenido a nivel emocional, más que social. ¿Sí?

Las mujeres con problemas de adicción se ven expuestas a situaciones de grave riesgo y alta desprotección. Son muchos los *verbatims* que podríamos emplear fruto de esta investigación donde de forma recurrente se habla de que "se exponen a riesgos y violencias continuamente por el consumo". Sin embargo, en este desarrollo que venimos realizando de la concepción de la intervención en violencia, creemos clave traer a colación la reflexión de una de las profesionales de la red de violencia de Bilbao, que pasó por un intensivo proceso formativo en perspectiva de género, con enfoque feminista, y adicciones

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO)

- (...) estaba pensando en las preguntas que me hacías, digo, ¿qué es antes, el huevo o la gallina? ¿Qué se ataja antes? ¿Qué viene derivado de qué? Es que no tengo una respuesta, sé que, o sea, lo que te puedo decir en base a nuestra experiencia, es que el hecho de consumir es un factor de riesgo para la violencia, porque al final consumen en situaciones muy precarias, a veces sus propios camellos son los que las enganchan a sustancias, las que les mantienen, y a veces aguantan y a cambio de sexo, a cambio de muchas cosas, para conseguir droga se exponen, bueno, se exponen, no sé si es la palabra más correcta decir que se exponen, ¿no?

- ¿Por qué dudas de que sea la palabra más correcta?

- Porque parece que cuando decimos "exponen" es como que digo "es ella la que hace por ser violentada, por ser abusada, por ser esto..." Que no sé cuál sería la palabra, ¿no? El consumo hace que tengan más situaciones de vulnerabilidad en cuanto a la violencia. Nosotras hemos tenido aquí una mujer que su camello era... O sea, su pareja era su camello, y todo lo que podía darle, le daba. Y al principio, no voy a consumir esto, pero luego sí, pero luego me da 'lyrica'[28], y cada vez más, más cosas diferentes, y cada vez más batiburrillo. Entonces, al final, ella tenía la necesidad de consumir, entonces... Pues... Le hacía ir más veces donde él, el aprovecharse de esa situación para hacer con ella lo que quería. De agresiones tanto físicas... Físicas, sí. Como sexuales, o sea… Brutal. Y bueno, a ver... No sé...

"Exponerse a riesgos" no es la expresión adecuada porque por un lado las responsabiliza de las agresiones sufridas cuando son claramente por razón de género (los hombres consumidores no son sometidos a estas violencias por parte de las mujeres con las que se relacionan, aunque estén bajo efectos de la sustancia) e invisibiliza los factores relacionados con la adicción y la dificultad para controlar el consumo, así como los efectos del trauma en la psique y comportamientos de estas mujeres. Sin embargo, se emplee esa expresión (como de hecho ha aparecido empleada por varias profesionales entrevistadas) o no, consumir sí es un factor clave de situaciones de mayor vulneración y por tanto, mayor necesidad de protección y atención frente a la violencia sufrida.

28 *Lyrica* pertenece a un grupo de medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la epilepsia, del dolor neuropático y del trastorno de ansiedad generalizada en personas adultas, que afecta directamente al Sistema Nervioso Central y puede generar dependencia, síndrome de abstinencia y tolerancia.

5.6 AMPLIANDO EL FOCO DE LA VIOLENCIA: ATENCIÓN A LA VIOLENCIA SEXUAL EN INTERSECCIÓN CON LA ADICCIÓN O EL CONSUMO ABUSIVO.

En esa contextualización de la concepción de la intervención en violencia, cabría preguntarse: ¿tienen derecho las niñas, adolescentes y mujeres en general a tener una atención como víctimas, garantizada por el Estado, frente a la violencia sexual como uno de los más claros exponentes de la violencia de género/machista que es? La respuesta según los valores explícitos de nuestra sociedad, plasmados en la legislación y organización política vigente, sería que sí.

El espectro de la violencia sexual es amplio, y puede suceder desde una mujer que esté de paso o en fiestas, que sufra una agresión sexual y necesite de un espacio de protección y atención de forma breve hasta que pueda volver a su lugar de origen, hasta mujeres que se encuentren en situaciones de alta desprotección y vulneración, donde la violencia sexual es un factor constante en su vida[29].

En las redes de atención a la violencia de género consultadas y analizadas, existen recursos de atención a la violencia sexual en general, tanto en situación de crisis (recién sucedido el hecho), como para violencias pasadas y que requieran de una atención por parte de la mujer. Estos servicios son independientes de los servicios de atención a la violencia dentro de la pareja/ex pareja, ámbito donde obviamente también se puede manifiestar la violencia sexual. Si esto sucede, se valora en función de su situación, y conjuntamente con la mujer, dónde va a ser atendida:

> (PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)
>
> Por la propia estructura que tenemos en el municipio de Madrid, está la red de pareja y ex pareja y la de otras violencias (…) eso estaba establecido como así inicialmente de manera más rígida: *"si la violencia sexual ha ocurrido en la pareja o expareja tiene que derivarse al SAVG"* pero la realidad es que a la mujer no la podemos partir en cachitos. Entonces lo que nos encontramos muchas veces es que puede haber sufrido violencia sexual por parte de un familiar cercano o puede estar inmersa en una situación de violencia de género en pareja o expareja, y ahí entra la violencia sexual como una manifestación más de esa violencia de género en pareja o expareja. Obviamente ahí la intervención de dónde va a ser atendida la mujer, se establece con ella, se encuentra con ella. Se valora si ha estado o no ya en la red de violencia de pareja o expareja, si la mujer ve o es consciente o en qué momento está dentro de esa relación de violencia, si puede identificarlo como tal o no... O se valora, porque ha generado aquí el vínculo, y a lo mejor empieza a parecer que hay violencias de género activas, ya cuando hemos establecido el vínculo con la profesional pues se sigue trabajando con ella y vamos viendo evidentemente si está en una situación de riesgo (…)

29 Por duro que esto pueda parecer, en todas las redes de atención de adicciones y sin hogar se dan situaciones de mujeres que sufren agresiones sexuales por parte de su pareja y otros hombres presentes en esos entornos, de forma constante.

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

La sexual en concreto y específicamente, en principio [las mujeres] son atendidas por el servicio de CRI, de violencia sexual. Ahora si es violencia sexual dentro de la relación de pareja ya es nuestro, es del servicio de atención inmediata. Lo que ocurre en ocasiones es que yendo al CRI, el CRI tiene estipulado que son 7 noches, por ejemplo, de atención y se pasan esas 7 noches y no se ha podido salir de la situación y la mujer no tiene donde acudir, y entonces sí hemos tenido casos que luego pasan a ser derivadas aquí. A la espera pues de determinar la valoración y ver cuál es la orientación que se hace con la mujer.

(PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

No podemos compartimentar a las mujeres "esto como es violencia de pareja o expareja, sí o sí tiene que ir al SAVG". Bueno, si no hay riesgo para la mujer, tenemos que valorar con la mujer qué quiere. Primero escucharla a ella ¿no? No perderla por el camino porque a lo mejor en esa derivación que a nosotras nos entra la angustia, porque hay una situación de violencia activa en este momento, que no hay un riesgo porque es, o sea hay riesgo, pero que no es un riesgo dominante, si la mujer la vamos a derivar al SAVG, y al SAVG no quiere ir porque ya tenía una experiencia previa o porque no lo ve, porque directamente no ve que eso sea violencia, que se esté dando una violencia, que es "su dinámica de pareja" y no lo ve, pues tendremos que trabajar con ella aquí, que ha venido aquí, que ha solicitado la ayuda aquí y que confía en nosotras para que la podamos acompañar en ese proceso, que ya de por sí no es un proceso fácil. Pues bueno, cuesta romper, sobre todo de cara a los equipos o algunos perfiles de los equipos, esa compartimentación de la mujer. Para mí las mujeres somos un todo y que venimos con nuestras realidades y con múltiples variables que nos atraviesan ya por el hecho de ser mujeres...

También existen recursos para atención específica a situaciones de trata y explotación sexual, entendida esta como una forma más de violencia estructural contra las mujeres (no se habla de "situación de prostitución" o "trabajo sexual", sino que se alude directamente a situaciones de explotación y trata- encubierta o directa-).

Ambos tipos de recursos (violencia sexual en general, y trata y explotación sexual) se organizan en atención ambulatoria y atención con recursos alojativos en caso de necesidad de protección, pero dirigen su atención hacia situaciones/contextos de violencia diferentes. Por tanto, el consumo, tal como hemos analizado en el punto 6.3, emerge y se contextualiza también de forma distinta según la situación y el recurso de violencia del que se trate.

Más adelante dedicaremos un apartado específico a los recursos de atención a las mujeres en situación de explotación sexual o trata, por las particularidades detectadas con respecto al consumo de sustancias en las mujeres que atienden, pero mientras, sigamos avanzando en el análisis de ampliación del foco de atención a la violencia que venimos explorando.

Como ya se ha podido entrever a lo largo de los puntos anteriores, **la cuestión de la violencia sexual aparece como un elemento central en la intersección entre violencia de género y usos problemáticos de drogas/adicciones**. Personal sensibilizado y formado en la red de adicciones recalca la necesidad de poner el foco especialmente en este tipo de violencia, tan prevalente entre las violencias perpetradas hacia las mujeres consumidoras por razón de género:

(PROFESIONALES GRUPO FOCAL MADRID)

Yo creo que cuando hay una mujer de violencia de género en adiciones, valoramos primero la adicción, y se valora y se pone el foco en la situación de calle, y ahí en los recursos y dónde va a dormir y demás, pero quizá no se está poniendo el foco, yo creo que en nuestro día a día toleramos mucho, tenemos mucho margen de tolerancia con la violencia sexual de nuestras pacientes y con las situaciones de prostitución, yo creo que ahí nos queda poner un foco, porque lo estamos viendo...

Perciben que hay cierta normalización hacia que suceda[30], y emerge también la **falta de formación para intervenir adecuadamente**, sobre todo sin "desmoronar" a la mujer que se está atendiendo.

- Se normaliza más por desconocimiento.

- Y quizá en la red sin hogar también se está normalizando… Me refiero que quizá todas las campañas de violencia de género de pareja y expareja se han hecho, y todos hemos recibido una formación (sobre esa violencia) y detectamos, y además es que yo lo veo en el día a día, o sea que una mujer a través de la prostitución puede acceder a dinero para consumir o a sustancias y lo vemos como la cosa más natural del mundo… La sustancia, la consumida a través de las relaciones sexuales y al ir a un piso de no sé qué, y ahí todo lo que pueda suceder en ese piso de abuso sexual... con cero conciencia de ella, cero conciencia de nosotros, y cuando pones ahí un poco la pica o intentas incidir… son de esas cosas que a mí me pasa que desmorono todo el equipo, ya desmorono a la médica, la enfermera, la señora... hay que entrar con mucho cuidado, me refiero que no son cosas que puedas empezar a trabajar o abordar si no tienes un buen respaldo formativo y de saber qué vas a hacer con eso entonces yo creo que ahí nos queda.

- Sí, que una vez abierto este melón falta formación en qué hacer.

- Claro yo creo que no sé si a nivel psicológico quizá abrís más estas cosas de abordarlo con las pacientes, pero me parece súper delicado y eso que llevamos como mirando a otro lado por falta de conocimientos. Para mí eso son las situaciones que se quedan ahí un poco...

- Pero fíjate que es bien importante, porque no deja de ser que estamos ignorando violencias gravísimas y que además hay [recursos], afortunadamente hay, pocos recursos, pero hay una red potente que yo creo que sí que trabaja bien, y que puede, en ese sentido, sí que puede ayudar y prestar una atención a esas mujeres.

30 En el marco teórico hemos analizado la aparición de esta violencia especialmente en contextos de consumo ante la doble penalización social y moral de las mujeres en el uso de sustancias – con excepción de los psicofármacos - y las situaciones de vulnerabilidad química en concurrencia.

Lo que se percibe es una **gran desprotección ante situaciones donde además aparecen a menudo otros elementos de vulneración en intersección**: salud mental; situación administrativa irregularizada… Y aparecen **situaciones de incremento de la violencia, incluso habiendo activado recursos tanto terapéuticos como de índole policial.**

> Yo estoy pensando en casos concretos de entrar y salir de recursos, mujeres que están viviendo con señores que las prostituyen pero, realmente, estos señores son quienes les está dando un alojamiento, que les está dando una alimentación... Estoy hablando de mujeres, ahora mismo en concreto una chica extranjera por ejemplo, gente sin documentación, entonces, encima de todo esto, considera que le hacen un favor… Que la adormezcan y la metan mano por la noche, considera como que es el pago que ella tiene que poner para tener un alojamiento... y muy intoxicada y muy en dinámica de consumo, ingresa en la CT de mujeres *in extremis*, claro, dos días desaparecida de este señor, el señor la busca para ver donde está la chica.. Y los recursos policiales que nosotras podamos activar, siempre con mucha duda y mucha precaución, porque no sabes en qué momento la proteges o la desproteges o es peor… Porque en este caso ya hemos comunicado a policía, y ha sido peor todavía cuando esta chica luego volvió... La paliza fue gorda. Es como que no sabes cómo manejarte... Yo comunico: policía va. La mujer ingresa en la CT. Aguanta dos meses en la CT. Se medio estabiliza. No hay dónde agarrar, porque el trastorno adictivo está, porque el trastorno de salud mental está. Vuelve entonces con el señor. Ahí, que además la prostituye.

Sin un marco normativo claro de intervención, desde la perspectiva de la victimología y la perspectiva de género, es evidente que hay situaciones de clara desprotección frente a la violencia:

> Claro, es que es muy complicado porque la prostitución está, y con esta mentalidad que tenemos, pues se mira para otro lado; es alegal, no es ni legal ni ilegal. Es alegal. Y bueno, pues en ese saco y mirar para otro lado, pues claro, las mujeres están en una situación totalmente de desprotección y de extrema vulnerabilidad: o consumen para poder sostener y soportar las situaciones, muchas están también ahí camufladas y son víctimas de trata o de explotación sexual, que me da igual, que no hace falta que sea trata, si están explotadas, bien sea por un señor a cambio de. Me da lo mismo cual sea el condicionante o el detonante de la violencia: puede ser que le pague el alojamiento o el piso, o puede ser otra cosa. Entonces, bueno, pues ahí hay mucho que remover... porque además si están en situación irregular, indocumentadas y tal, se genera otro foco de violencia.

Lo que se ve claramente es la **necesidad de una intervención a largo plazo**, sobre todo en **situaciones muy cronificadas y que se atienden (o podrían atender) desde unidades móviles y servicios de proximidad**:

> Pues mira, es que claro, el tema es que hay que romper por algún lado [en referencia a la atención a las mujeres con consumos muy problemáticos o adicciones]. Yo creo que hay un trabajo ambulatorio que se puede hacer en el arenal[31], sin tener o sea, todos estos procesos con este tipo de violencia es, sobre todo, si llevan muchos años, si está muy cronificado... Depende de cada caso, porque cada caso

31 Servicio de atención a trata y explotación sexual, que tiene Unidad Móvil.

es un mundo, pero hay que hacerlo con una expectativa de un trabajo muy a largo plazo, y hay que hacerlo. Si tenemos los recursos y está en calle y está ejerciendo, pues tenemos una unidad móvil que está recorriendo los distintos espacios de prostitución todos los días de la semana, es verdad.

La evidencia es que la mayoría de las mujeres en situación de consumo han recibido violencias sexuales graves.

(PROFESIONAL ADICCIONES BILBAO)

¿Qué pasa? Que luego todas las mujeres que atendemos, que da igual de dónde vengan, de Mujer y Familia o de Inclusión, pues tienen otra característica común que es la violencia. Nos llegan de Inclusión, no nos llegan con la parte esta del Servicio de violencia, ¿no? Pero todas lo han sufrido o lo están viviendo en este momento... En entrevista sí vemos que lo han vivido o que lo están viviendo, incluso que sucedan agresiones sexuales en el momento actual.

De hecho, en adolescentes y mujeres jóvenes, consumidoras, es una de las violencias más frecuentes, de forma también muy naturalizada:

(PROFESIONAL ADICCIONES/VIOLENCIA BILBAO)

Entonces, un poco el perfil que atendemos aquí son chicas jóvenes, y en este grupo lo que vemos es vinculación absoluta entre consumos de drogas y violencia de todo tipo, pero sobre todo de género, y no mucha conciencia de ello...

Las profesionales consultadas desde adicciones, recalcan la necesidad de recibir formación en violencia sexual que la identifique como violencia de género, es decir: entender que la violencia sexual forma parte de las violencias sufridas por el hecho de ser mujer.

(PROFESIONAL ADICCIONES MADRID)

Bueno, sí, yo ahora mismo me posiciono más en la necesidad de formación y preparación, igual que en su día fue necesario el tema de violencia de género de pareja o ex pareja, porque me planteo algo de no saber cómo abordarlo. Bueno, yo soy trabajadora social pero a mi compañera psicóloga le pasa un poquito igual, y la médica, o sea, son cosas que están pasando delante de nuestras narices y que quizá en un momento dado, la poquita formación que tengo en violencia sexual, también me dejaron muy claro: “si tú no sabes abordar este tema no lo abordas, porque es contraproducente”.

Desde los recursos de atención ambulatoria para la violencia sexual se percibe que hay pocas derivaciones de los centros de tratamiento a sus espacios. Pero es que en los espacios de atención a las adicciones, lo que se percibe es la dificultad para que las mujeres quieran trabajar las violencias sufridas y acceder a los espacios de atención.

(PROFESIONAL ADICCIONES MUNICIPIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID) Entonces, cuando hay consumo activo, las intervenciones [desde la red de violencia] están muy condicionadas por ese consumo y nuestra experiencia es que nuestras pacientes abandonan, abandonan mucho la intervención en el Observatorio. No acaban yendo o van 2 veces y no vuelven.

(PROFESIONAL ADICCIONES OTROS MUNICIPIOS Y PROVINCIAS) Las que ellas ya están con ellas [con la red de violencia], o sea, las que nos derivan ellas sí se suelen mantener yendo al Punto, pero las que llevamos nosotros van, vienen, o sea, como que no tienen muy buena adherencia con el Punto de Violencia.

Las profesionales que trabajan en recursos de atención ambulatoria a la violencia sexual ponen el foco en un consumo que suele pasar desapercibido, aunque es de alta prevalencia de abuso entre las mujeres: el de los fármacos relacionados con la ansiedad, depresión etc. (hipnosedantes y benzodiacepinas).

(PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

Nosotras en la valoración inicial siempre se suele preguntar si consumen alguna sustancia. La farmacológica es por excelencia la sustancia más utilizada, hasta el punto que llega a dificultar en algunos casos, no muchos…

Mencionan también el alcohol como otra sustancia que aparece a menudo en las mujeres que atienden. Aquí, también se ha trabajado entender que el consumo no tiene por qué ser un motivo de exclusión, y que debe contextualizarse en la situación de violencia.

(PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

Pues a veces quiero decir, cuando es individual evidentemente se aborda si hay dificultad pues para poder tener la sesión o no. Obviamente lo tenemos en cuenta que esto puede darse, porque el consumo muchas veces forma parte también de cómo ha podido la mujer gestionar en un momento dado su vida o episodios o etapas de su vida, y que ha sido una herramienta que en un momento dado le ha permitido sobrevivir, aunque suene paradójico… Ellas a veces son conscientes de ese consumo, o sea lo verbalizan así, ¿no? de cómo utilizan el consumo de sustancias para evadirse para dejar por un momento de sufrir, o para inhibirse y poder seguir al día siguiente, o a los dos días seguir afrontando lo que le toque afrontar ¿no? Y lo que percibimos es que muchas veces forma parte de que viene derivado de esos malestares de género de todo lo que nos afecta como mujeres ¿no? incluida la violencia que han sufrido, y que forma parte de su experiencia. Creo que en la intervención es muy importante no invalidar ¿no? y no yo también por mi propia experiencia profesional y no solamente en este recurso sino en otros también de violencia de género creo que no podemos hacer espacios estancos donde dejar de lado a mujeres que si consumen ¿no? no podemos atenderlas en estos recursos ¿no? Por ejemplo que esto es algo que te sueles encontrar en la práctica profesional, que la mujer viene con todo su ser y con todas sus variables y con todas sus necesidades y con todas sus heridas ¿no? Entonces pues viene con todo, viene con su violencia sexual sufrida, viene con su situación familiar, con su situación socioeconómica, con su consumo abusivo o no de sustancias...

5.6.1 La particularidad de los servicios de atención a la explotación sexual o trata

En el caso de las situaciones de explotación sexual o trata, lo que está llegando a los **recursos de protección alojativos** a los que hemos tenido acceso, son **situaciones de consumo que podríamos denominar consecuentes a la situación de explotación o trata**:

> (PROFESIONAL RECURSO ALOJATIVO OTRAS VIOLENCIAS MADRID)
> Bueno, en general casi todas las mujeres han consumido en el contexto. Esto siempre lo preguntamos al inicio y las mujeres son muy honestas también con esto. O sea, pero también clarificamos que no es un criterio de exclusión como tal. No es un criterio de exclusión porque no entraría ninguna mujer principalmente porque en el contexto de prostitución hay mucho consumo muchas veces obligado. Desde el cliente, el proxeneta o sea, todo el mundo… las propias redes a veces también tienen negocio aparte de la red de prostitución, tienen una red con el tema del tráfico de drogas. Osea que el consumo puede ser por la propia red, por el proxeneta o por el propio cliente. Hay una presión muy grande para el consumo de sustancias y a la vez se acaba convirtiendo también como una forma de sostener la violencia. Es lo complejo del consumo, creo, en este contexto.

Como se refleja en el *verbatim* anterior, **el consumo** por tanto **no puede funcionar como criterio de exclusión**, puesto que la realidad que observaban es que **formaba parte de la situación de la práctica totalidad de las mujeres** con las que trabajaban. Y a veces, **el consumo no desaparecía aunque hubiesen dejado el contexto de explotación sexual**.

Estas profesionales valoraron que debían tener un **espacio de aprendizaje y reflexión a través de la formación** en el binomio: drogas -violencia en el contexto de explotación sexual y trata. Primero **obtuvieron la ratificación de lo que ellas observaban: el consumo va unido a la violencia y viceversa. Se trataba de algo estudiado, analizado**. Y segundo: **acompañar el consumo, y entender su relación con la violencia,** integrando los posibles procesos de recaída, o incluso de no abandono del consumo, **ayudó a disminuir la sensación de fracaso en profesionales y mujeres atendidas por el servicio**, ampliando las vías de acompañamiento en ese sentido:

> (PROFESIONAL RECURSO ALOJATIVO OTRAS VIOLENCIAS MADRID) Claramente vimos la necesidad de reflexionar sobre esto, porque vemos que el consumo está ligado a la violencia en las mujeres, y más en este contexto. O sea que esto también en las formaciones se confirma que es guay que hayas venido a decir: "sí, efectivamente el consumo en las mujeres tiene que ver con la violencia", que no es solo algo que hemos visto aquí puntualmente, o en la red, sino, bueno, que esto es un hecho que se acompaña de evidencia, y esto está muy bien. Y luego, hicimos la formación pues con una idea de poder reflexionar cómo poder acompañar a estas mujeres, que tenga más sentido para el recurso, para ellas, para el resto de mujeres, para todas, y que sea algo significativo, más allá de que a veces pasa con el consumo que genera mucha frustración. Muchas veces también como profesionales que acompañamos, porque es muy complejo. Cuando un consumo viene de la violencia, tú acompañas a mujeres que han sufrido violencia, y lo que supone el consumo para sostener la violencia aparte de la

> propia adicción que se ha podido crear… Porque se crea. Esto también es real. Si a ti todos los clientes te dicen que tienes que consumir y consumes todos los días…

Como en la red de Bilbao-Bizkaia, estas profesionales trabajan con las mujeres **el mantenimiento del recurso como un espacio seguro y que se cuida entre todas**, entendiendo que el consumo forma parte de la problemática de violencia sufrida en sí. **El consumo se acompaña, no se castiga.**

> (PROFESIONAL RECURSO ALOJATIVO OTRAS VIOLENCIAS MADRID) Para ellas es súper frustrante también pensar "yo puedo no consumir", y luego verse "no puedo sostener el impacto de la violencia y lo que me genera, no lo puedo sostener" y consumen. En la formación quisimos reflexionar en cómo podemos acompañar mejor a estas mujeres teniendo en cuenta que esto es lo que pasa. Para nosotras supuso un cambio el no tomarlo en términos de fracaso y entender la relación del consumo con la violencia, y que ellas puedan entenderlo también. Incluso cuando una mujer abandona y que tenga mucho que ver con el consumo, verlo en términos de que hay algo que sí queda ahí, que es súper valioso, que es que son conscientes de que puede haber otra cosa, y que por eso lo cuido y por eso lo quiero cuidar, y tomo decisiones y me responsabilizo… Hay algo que es abrir una posibilidad en algún futuro, y eso creo que es un éxito en sí mismo más allá de que la mujer ahora mismo no esté en ese momento de dejar de consumir, pero quizás lo esté en otro momento. Creo que acompañar el consumo y no castigarlo, conlleva muchas ventajas y también mucho más trabajo como profesional. Creo que trabajar mirando a cada mujer, lo que necesita cada una, requiere menos vías automáticas y más poner constantemente a trabajar tu mirada.

Acompañar el consumo, una vez más, **no se trata tanto de "derivar" al CAD, sino de valorar con la mujer qué significa en su vida y qué quiere hacer con ello**. Esto supone un **cambio de paradigma en la intervención en violencia** que posibilita la diversificación de situaciones que atender; en este recurso se plantea de forma práctica que se puede mantener una situación de consumo que no afecte a la convivencia con otras mujeres y menores y, además, en cualquier caso siempre se va a dar una intervención articulada con el CAD.

Es más, en este recurso de atención a la emergencia en situación de explotación sexual y de trata, apuntan una cuestión central que le daría la vuelta al clásico argumento de que "primero hay que trabajar el consumo para luego trabajar la violencia": **el equipo tiene claro que no se puede trabajar el consumo sin trabajar la violencia**…

> (PROFESIONAL RECURSO ALOJATIVO OTRAS VIOLENCIAS MADRID) Creo que además tiene que estar muy unido al trabajo de la violencia o sea, que no se pueden desunir. Por eso es muy importante trabajar de la mano de las compañeras del CAD. Alguna vez nos han llegado mujeres que han entrado en comunidades terapéuticas o en procesos de desintoxicación, en situaciones de mucha violencia muy extrema, y que luego han entrado aquí porque volver a sus espacios no pueden, o sea, estoy recordando una chavala con una historia muy que la explotó, entonces no podía volver a la casa… Y para mí con este caso fue muy claro que no se había trabajado desde la violencia. Había habido un

dejar de consumir, pero no un trabajo de ¿por qué consumo? ¿qué me ha pasado? Y creo que es tan, tan importante trabajar en conjunto… Y trabajar en conjunto no es solo llamo para saber si ha ido o no a la cita, o tal o cual medicación, que también, sino cómo la vemos y hablar entre los equipos, la psicóloga, las educadoras… Que yo siempre digo que tenemos mucha suerte porque podemos hacer esto.

En otro recurso de esta red, de atención ambulatoria, también se percibe que **no se puede trabajar la situación de adicción sin trabajar o resolver también la situación y contexto de violencia, por mucho que la mujer tenga "conciencia de problema"**:

(PROFESIONAL RECURSO AMBULATORIO OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

El problema también es que aunque haya mujeres que acepten una intervención específica de adicciones, yo creo que va como todo súper ligado, entonces, si esa mujer sigue en el contexto y sigue sufriendo prostitución, y el cliente le sigue ofreciendo la droga, o tiene que dedicarse a venderla, a transportarla... es súper complicado que lo deje... Es súper difícil incluso aunque ella haya hecho ese trabajo de identificar que tiene un problema, y de tener la voluntad de cambiarlo. Si sigues ahí es difícil que se solucione, y mientras están en ese contexto...

De hecho, **es un mecanismo identificado de supervivencia y/o algo que** aunque intenten evitar, **tienen que hacer en un contexto claro de coerción**.

(PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

Es que no pueden tampoco sobrevivir a la actividad que les están pidiendo estar disponibles 24/7 y aguantar a todo tipo de clientes, todo tipo de servicios… Es que hay un momento que ellas mismas dicen que les es imposible aguantar esa violencia y esa exigencia, sin tomar alcohol u otro tipo de sustancias… Entonces es que van como muy de la mano. Pocas mujeres que dicen que no, que aguantan, que intentan engañar con la copa, hacen sus triquiñuelas para hacer que consumen y no consumen… Que ellas hacen triquiñuelas para reducir el consumo, pero evitarlo al 100% muchas veces no les es posible... porque también buscan poder atontarse y sobrevivir.

(PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

Les gusta que la mujer vaya muy borracha... me lo decía una mujer por ejemplo en una entrevista que "el que me pone la copa en el club es el hijo del dueño, o el dueño… Me la carga siempre mucho porque quiere que vaya borracha, y yo no aguanto tantas copas… Mi cuerpo no aguanta tantas copas, y yo no quiero consumir tanto, porque luego me siento vulnerable... Porque ya se me hace aún más complicado llegado a ese punto, el manejo con los clientes que luego es difícil también...

A través de la experiencia de estos recursos podríamos redundar en las buenas prácticas que venimos mencionando a lo largo de este documento para la atención del consumo y la violencia en intersección: no juzgar, contextualizar el consumo, acompañamiento respetuoso, etc., pero si hemos separado el análisis de estos servicios en concreto, es porque a través suyo podemos exponer **una**

diferencia fundamental: la aparición de mujeres en situación de violencia sexual en entornos de prostitución, donde el consumo es antecedente a esa situación. Es decir: son mujeres que consumían previo a la situación de prostitución/explotación, y que han llegado a la misma como forma de obtener la sustancia o financiar el consumo. En el caso de Madrid, estos casos emergen a través de su Unidad Móvil, que se desplaza donde las mujeres están, y reflejan la alta vulneración y violencia a la que específicamente son sometidas estas mujeres consumidoras:

> (PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)
>
> Pues a nosotras por ejemplo en la unidad móvil lo vemos todo el rato en el contexto, porque al final las drogas y la prostitución van de la mano, es que están siempre. Entonces si que es diferente pues por ejemplo en los clubs, que son lugares recreativos con licencia y tienen su licencia para vender alcohol, o sea, es como que tienen una licencia de bar. Entonces ahí el alcohol está permitido, las mujeres ganan un porcentaje por cada copa a la que les invite el cliente, y claro, muchas veces no solo ganan dinero con los servicios que ellas realizan, sino con la cantidad de copas a las que le invite el cliente, por tanto nos encontramos con muchas mujeres bastante ebrias... Aparte de que luego es verdad que en cada servicio el cliente suele invitar a cocaína por lo general, y eso es siempre tanto en clubes como en pisos, como en calle. Claro, luego en medio abierto, o sea, en las zonas de calle, aparte de que esté ligado el consumo de cocaína, claro, para sobrevivir un poco así, que en el polígono de Marconi, en Villaverde, atendemos como a un grupo súper específico que son mujeres con alto consumo, que están en situación de calle o que viven en el polígono, y que el ejercicio de la prostitución no es tanto como para sobrevivir o para mantener a su familia, o pagar una deuda, sino para pagar el consumo. Entonces en casos fatales siempre suele haber hombres que se están aprovechando de estas mujeres, o bien que son sus novios o que son sus proxenetas o que son los que le pasan la droga. Entonces ellas pues están obligadas a hacer servicios sin preservativo a cambio de comida, a cambio directamente de sustancia... Ellas suelen consumir base de coca o heroína... o hacer servicios a cambio de un bocadillo, hacer servicios a cambio de un pantalón. O sea, situaciones súper súper vulnerables, la verdad.

En el Centro de atención ambulatoria que se asocia a la Unidad Móvil, se percibe claramente que esas mujeres consumidoras, que están principalmente en Polígono Marconi[32], no suelen llegar al servicio (es decir: la Unidad Móvil las detecta porque va al polígono, pero no se consigue que empiecen a ir al Centro):

> Luego atención ambulatoria por ejemplo mujeres consumidoras que igual se encuentran en situación de calle las más vulnerables al final no llegan a nuestro centro hay mujeres que las pueden ver, las pueden animar y así, pero es verdad que en el centro ambulatorio a nivel de consumo grande y así, no llegamos.

Una vez más, lo que se pone de manifiesto, es el recrudecimiento de determinadas prácticas de violencia, que los servicios de atención exponen como de especial dificultad en la intervención.

32 Es una zona de alta concentración de prostitución en situación de calle.

Destacan que **esas mujeres acuden sobre todo a otros servicios más relacionados con la reducción del daño a nivel sanitario en adicciones**.

> En cuanto a las mujeres que están en Marconi, la prostitución es para pagar la droga. Nuestra intervención fundamentalmente es de reducción del daño, estar presentes para que nos tengan como referencia si en algún momento pasa cualquier cosa. De hecho, hace un mes o así justo estábamos en el polígono con la autocaravana y una de estas mujeres sufrió una agresión sexual bastante heavy, y se acercó a la autocaravana porque ella nos conocía, nos tenía como referencia, y también en el polígono coordinamos con las entidades especializadas que también están en calle que son de adicciones, por ejemplo, con el equipo de proximidad y con el SMASD[33] que es un servicio de la Comunidad de Madrid, que lleva trabajadora social, enfermeras, médicas y auxiliares[34], y aparte dan comida todos los días, como de lunes a viernes, que es un gancho para todas esas mujeres que están allí viviendo. Por lo menos un plato de comida al día lo tienen y la meten pues en ese ritmo que dan la metadona, les curan heridas, muchas que tienen problemas con la tensión, también dan material anticonceptivo… Entonces nuestra función pues aparte de eso de ser visibles, ser cercanas, reducir daño, es coordinar, es informar sobre estos recursos que están yendo allí y poco más.

No obstante, no descartan poder acercarlas a los recursos, incluido el suyo propio, aunque sea a través del asesoramiento legal. Y cualquier paso, por pequeño que sea, fuera de ese ámbito, es un logro...

> En la autocaravana también llevamos cafés, té, bollitos... entonces pues muchas mujeres se suben a la autocaravana y nos cuentan de su vida, de sus planes, que si están en espera para las comunidades terapéuticas, para los centros de desintoxicación y es estar ahí animando con los años, y después de 4 o 5 años de intervención ha venido al Arenal, a la cita con la abogada, pues un súper éxito la verdad...

Sin embargo, emerge una cuestión relevante a tener en cuenta, y es que **ante las violencias sexuales y agresiones que las mujeres drogodependientes sufren en este tipo de contextos, no se enfoca la intervención desde la reducción del daño en cuanto a una asistencia sanitaria y cuidado de su salud sexual y reproductiva *in situ***. La atención se deposita en que puedan denunciar lo sucedido, y que vayan al hospital, pero lo más común es que ellas no quieran acudir, ni a denunciar ni al hospital...

> Pues esta mujer que sufrió esa agresión sexual grave le informamos de sus derechos, de qué puede hacer, que puede poner denuncia.. Activamos protocolo, llamamos a la policía... El hombre se acababa de ir, entonces ella tenía muchísimo mono, lo que quería era seguir ejerciendo para conseguir dinero para poder consumir… Entonces sí que nos autorizó a que nosotras llamásemos a la policía, pero se fue

33 Servicio Móvil de Atención Sanitaria a Drogodependientes en zonas de especial vulnerabilidad de Madrid, incluyendo la Cañada Real y el entorno de Marconi. Este servicio, contratado por la Comunidad de Madrid, tiene como objetivo principal reducir los daños asociados al consumo de sustancias en espacios de marginación, y facilitar la derivación a recursos asistenciales. El Instituto de Adicciones de Madrid Salud también interviene en estos espacios a través de los Servicios de Proximidad, y del Centro de Reducción del Daño en Cañada Real.

34 Aunque hablen en femenino, el equipo profesional es ampliamente mixto, por las características del servicio, y, a fecha de esta investigación, no se caracteriza por tener una perspectiva de género en la intervención.

> de la autocaravana. Llamamos a la policía y como es una mujer bastante conocida en el polígono, la encontraron. Nosotras como que le advertimos: si tú ahora te bajas de la autocaravana aunque quisieras poner la denuncia, cuando vayas al hospital y se active todo el protocolo, la médico forense no va a poder recoger pruebas, porque tú vas a seguir ejerciendo. Eso era lo único que ella quería, seguir ejerciendo. Entonces la intervención es difícil. Lo que quedó fue que llamamos a la policía nacional, les contamos lo que había sucedido, encontraron a la mujer, nos encontramos justo cuando la localizaron, y ella decidió no acudir ni al hospital, ni quiso poner denuncia… Sí que hizo una descripción del hombre, por dónde se había ido, cómo habían sucedido las cosas... Por tanto la policía sí que hizo parte y puso como denuncia por su parte, pero ella no quiso, o sea, no quiso hacer nada más.

Los niveles de vulneración y violencia son altos. El trauma opera y la situación no se interpreta, por parte de la mujer, en términos de violencia sexual, lo cual viene a corroborar lo que la literatura sobre el tema lleva exponiendo años: **el problema en el autoconcepto de las mujeres drogodependientes y la profunda violencia simbólica que han interiorizado. Son víctimas de múltiples agresores de forma muy grave, pero parecen no tener derecho a que eso no suceda… y se lo merecen**, es "lo normal".

> Como llamativo del caso es que ella entendía la agresión sexual como un riesgo de estar en ejercicio. Que no todas las mujeres lo asumen, no todas las mujeres lo dan por hecho de esa manera. Yo creo que es justo con el perfil este de estas consumidoras... y no agresiones sexuales solo por los clientes, sino por los traficantes, por sus propios novios. Y que muchas veces o sea hay también muchos tipos de agresiones sexuales y se dan agresiones que es: acuerdo con el hombre que voy a realizar x, me subo a su coche, la mujer le hace el servicio y luego el hombre las pega y las echa del coche. Eso pasa muchísimo con las mujeres consumidoras, porque al final están siempre con un consumo altísimo, súper drogadas, no comen, no están fuertes... Y eso ellas además lo suelen vivir como un robo, más que como una agresión sexual. Claro, como un robo porque no las pagan el servicio, quiero decir.

Con realidades como la anteriormente descrita (y que se confirma en multitud de servicios de atención en proximidad a lo largo de todo el Estado, que trabajan en contextos marginalizados de explotación sexual y consumo) **cabría preguntarse cuándo vamos a depositar la atención desde lo institucional en el tipo de personas que son los hombres que hacen todo lo mencionado. Sin embargo, la atención sigue cayendo sobre ellas, y muchas veces no precisamente en calidad de víctimas de violencia**:

> Estas mujeres luego también es como un perfil que nadie quiere, o sea como que... que molesta. Las mujeres suelen vivir como en asentamientos en el polígono. Cada 5 o 6 meses la policía las echa, les quema sus pertenencias, sus tiendas de campaña y todo lo que tengan, entonces están como todo el rato moviéndose, y luego pues bastante desprotegidas, aisladas cada una donde puede. (…) Hablo del polígono de Villaverde pero la policía a lo mejor a las mujeres del polígono pues no les ofrece como una atención muy muy buena en casos de denuncias de peleas, como que asumen que son cosas que pasan en el polígono y en este contexto, pues justo a las mujeres consumidoras ya es que muchas

> veces es que se les llama, y la policía ni va, ni acude, ni nada… Nosotras hemos presenciado cómo a lo mejor una mujer de este perfil intenta parar un coche patrulla, y no para el coche.

Emerge también el tema del **tráfico de sustancias en condiciones de violencia y explotación sexual/trata**, donde se entre cruza un delito contra la salud pública en una persona que está siendo víctima de explotación y coerción, y que claramente no es dueña de la droga ni es quien se va a lucrar de su venta[35]:

> Y luego también es verdad que hay otro tipo de consumo, bueno, no es consumo sino que a muchas mujeres sobre todo que están ejerciendo, y que además de hacer un servicio a domicilio, están obligadas a transportar la cantidad de droga que quiera el cliente. Y sí que a veces nos ha ocurrido que en un control de policía, en un control de tráfico, han pillado a la mujer y ya hemos tenido que poner todos los mecanismos a funcionar para explicar que esa mujer está siendo explotada sexualmente o es víctima de trata. O también que se hace igual una redada en un piso, hay droga, y al final las mujeres que están más abajo son las que se terminan llevando como el problema. Porque es verdad que en los pisos las mujeres aparte de ejercer muchas veces están obligadas a vender droga a los clientes. Entonces antes del servicio, del intercambio, es que no sé cómo decirlo, de la explotación, están obligadas a ofrecerles la droga a los clientes. Y eso pasa en casi todos los pisos.

5.7 UN SOLO RECURSO QUE CONCENTRA LA INTERVENCIÓN NO ES SUFICIENTE

En varios de los grupos y redes consultadas **se ha recogido la idea de que se necesitan recursos específicos para atender a las mujeres con ambas problemáticas**. Bajo esta premisa **se invisibiliza que las situaciones vitales y momentos de las mujeres son variados, de forma que un solo recurso puede resultar insuficiente**. Por ejemplo, la Casa de Acogida Maday en Canarias no es un recurso destinado a la emergencia o exclusivamente a la protección: las mujeres que accedan a ese espacio, tienen que estar en un momento motivacional de cambio con respecto a su situación de violencia, y también con voluntad y disposición para un trabajo terapéutico de tratamiento de su problema de adicción.

---

35 Este tema ha aparecido de forma tangencial en esta investigación, pero es eje central de intervenciones coordinadas dentro de la Asociación Ibero Americana de Ministerios Públicos (AIAMP), organización sin ánimo de lucro que en la actualidad integra 22 Ministerios Públicos y/o fiscalías de Ibero América, incluidos España y Portugal. Destaca todo el trabajo alrededor de los "Lineamientos para abordar conjuntamente situaciones en las que mujeres y personas LGTBIQ+ víc mas de trata de personas se ven involucradas en la producción, tránsito o comercialización de drogas", que proponen una aproximación sensible al género y centrada en las víctimas. Esta iniciativa junta e intersecciona las visiones de tres agrupaciones: la Red Iberoamericana de Fiscales Especializados contra la Trata de Personas y Tráfico de Migrantes (REDTRAM), la Red de Fiscales An droga de Iberoamérica (RFAI) y la Red Especializada en Género (REG). Es una experiencia muy destacable desde PdG que se puede consultar en la propia página de la AIAMP, o a través del programa COPOLAD (Programa de Cooperación – delegada – entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en materia de política de drogas, financiado por la Unión Europea).

(PROFESIONALES VIOLENCIA CANARIAS)

- Realmente sí, porque además nos sentamos y se valora, de verdad. Se valora cada caso. Y es una reunión, otra reunión, y mando un informatorio y se habla con la señora. Tiene que haber un compromiso, tiene que haber una vinculación. No es voy dos citas a la UAD, te hago la solicitud y entras. Tiene que haber un compromiso, una vinculación, un seguimiento de salud mental. Si hay una patología dual. Sin olvidar el tema de la violencia activa en el entorno de ese momento. Tengo que salir de la casa en la que estoy, porque estoy conviviendo con el agresor, porque es el pueblo donde está el agresor o los múltiples agresores, que además coinciden estos casos habitualmente, que son los suministradores de la sustancia de la que yo estoy dependiendo también. Y me está generando el consumo que también me exponga más todavía al tema de la violencia.

- Por eso yo te dije al principio, en la valoración del acceso a Maday tiene mucho peso el criterio de las compañeras [se refiere a las compañeras del recurso, que valoran criterios de intervención en adicciones]: "ahora mismo no es el momento para que acceda. Vamos a ir trabajando con ella en la UAD, vamos a seguir coordinándonos. No perdemos de vista a la señora. Igual en cuatro o cinco meses damos acceso a esa petición."

Al momento de realizar esta investigación, sucede que el recurso no tiene ocupadas todas las plazas (reiteramos que es algo no exclusivo de este recurso, y que ha sucedido y sucede en otras experiencias). Confluyen varios factores para que se esté produciendo esta infrautilización del recurso. Un factor es que desde hace un tiempo viene pasando que las UAD han dejado de derivar muchos casos porque perciben que desde el Cabildo, que es quien cataliza las demandas, les van a decir que no tras la entrega de informes muy exhaustivos con la situación de la mujer.

(PROFESIONAL ADICCIONES CANARIAS)

Intentaron derivar cada una de las UAD a una mujer y nada, ninguna de las dos la cogieron porque dice que ponen como muchos impedimentos, te hacen hacer un informe enorme y luego los impedimentos que ponen es como que te las rechazan casi todas, así que ninguna de las dos de las que derivaron de aquí las cogieron. Una era si tenía casa, es decir, la chica sí tenía casa pero estaba al lado del agresor y como tiene casa, no la cogen. Y la otra era porque el agresor estaba en prisión y como el agresor estaba en prisión pues no había problema de que le pudiera pasar algo, por lo tanto, tampoco la cogieron. Entonces, nada, no están trabajando mucho con ellas porque como después le ponen tantas pegas no utilizan ese recurso mucho.

Se detecta así una **confusión entre los criterios** de entrada a una Casa de Acogida (que no tenga alojamiento alternativo/propio seguro; que esté en riesgo ante el agresor) y la necesidad que se percibe desde la UAD, por una situación clara de violencia y adicción, de ingreso de la mujer en un espacio protegido (en tanto que no mixto y específico de violencia) y de tratamiento. Vuelve así a emerger la **necesidad de re-contextualizar los criterios de atención a la violencia en alojativo, en el caso de las mujeres con problemas de consumo**, porque desde adicciones se evalúa que es

necesario un ingreso, y ese ingreso, en caso de violencia, no puede darse en espacios mixtos de mayoría masculina.

Además, este recurso tampoco se ha creado para la situación en calle que puedan presentar algunas mujeres con problemas de adicción.

(PROFESIONAL VIOLENCIA CANARIAS)

Es que Maday no es un alojamiento para quienes están en calle… La señora tiene que tener claro que entra en una Casa de Acogida para la violencia y que va a trabajar el consumo.

Esto es algo que hemos encontrado de manera análoga, pero a la inversa, en recursos residenciales de la red de adicciones, donde llevan tiempo experimentando que los servicios de violencia, salud mental y sin hogar les deriven mujeres que se encontrarían en un momento motivacional relacionado con la reducción del daño, no con el tratamiento. Pero como consumen, se entiende que el espacio para atenderlas es el suyo, el único que existe no mixto en la provincia, aunque sea de tratamiento, y las mujeres realmente no estén en ese punto…

(PROFESIONAL ADICCIONES OTRAS PROVINCIAS)

A ver, nosotras tratamos de atenderlas a todas, porque son situaciones muy terribles muchas veces. Pero sabemos que no van a poder permanecer en el recurso, porque no es de reducción del daño, y afecta a los procesos de otras mujeres en tratamiento… Podemos intentar trabajar motivacionalmente, y al menos que el tiempo que están les sirva para conocer el recurso, aunque estén poco tiempo porque vemos que los objetivos que tiene en ese momento no son de abstinencia… Pero sí, es complicado porque se necesita un espacio de cobijo, como hemos hablado tantas otras veces, donde ellas puedan permanecer aunque sigan consumiendo.

Volviendo al caso de la red de Canarias, este recurso está a disposición de las redes de violencia de todas las islas. Una derivación y posterior abandono o salida abrupta del recurso, ubicado en Gran Canaria, puede resultar una situación de aún mayor desprotección para las mujeres de otras islas, porque en los casos con problemas de consumo no suele haber un compromiso de regreso a la Casa de Acogida de donde se la derivó, procedimiento que sin embargo sí existe en el caso de mujeres sin la problemática de consumo:

(PROFESIONAL ADICCIONES/VIOLENCIA CANARIAS)

El año pasado derivamos a un par de ellas. Una de las mujeres se fue del servicio. No hay esa conexión para que después vuelvan con una casa de acogida. Tú derivas a una mujer de una casa de acogida a otra. Y si no le va bien, hay un compromiso de que vuelve a la casa original, ¿no? Pues aquí [con las mujeres consumidoras] no existe. Entonces hemos visto que se quedan mujeres en la calle, en Las Palmas. Y no es lo mismo estar en Las Palmas que estar en el Lanzarote. Lanzarote es muy chiquitito. Ellas saben por dónde se pueden mover, saben por qué sitio están más protegidas. Después se me ven en Las Palmas que no saben nada, no conocen nada, no están empadronadas, no tienen derecho a

> prestaciones, no tienen derecho a nada. Entonces ha sido también otra dificultad de Maday, por la doble insularidad. Porque no hay forma de hacer que puedan volver. Ahora, por ejemplo, con la última mujer que derivamos, creo que por parte de la casa de acogida va a haber un compromiso de que si la señora no se adapta, vuelve a la casa de acogida. Pero yo no estoy totalmente segura que lo vayan a firmar. Porque no les gusta tener a mujeres con adicciones en la casa. Entonces...

Esta cuestión no es baladí, ya que en muchas Casas de Acogida, de diversas partes del Estado, cuando una mujer no encaja en una de las Casas, o revela la ubicación / es localizada por el agresor – muchas veces mantienen vínculo con el maltratador aunque estén intentando separarse, y en la relación de por sí coercitiva, es posible que esto pueda suceder – el protocolo indica una derivación-movilidad a otra Casa de la red para seguir proporcionando protección. Pero en el caso de las mujeres con consumo: **¿a qué otra casa de acogida las pueden llevar, si solo hay una específica que las admita?**

Confluye además que varias mujeres que iban a entrar en el recurso, al final se han echado atrás sin poder evaluar qué es lo que ha sucedido, porque también han desaparecido del servicio de violencia del Cabildo e incluso del servicio originario:

> (PROFESIONAL ADICCIONES CANARIAS)
>
> Ha coincidido que hubo, 6 o 7 derivaciones, te digo 6 o 7, porque siempre a veces nos llaman y nos comentan un perfil y un poco por tenerlas en cuenta todas, aunque al final no mandaran ese informe, ¿vale? Pero esas fueron las derivaciones que tuvimos. Y todas, absolutamente todas, se marcharon antes de venir al recurso, es decir, ellas estaban a lo mejor en una casa acogida de víctimas de violencia de género, se hacía la derivación, estaba de acuerdo, bien, ok, perfecto, lo tienes claro, entrevista, todo hecho, y de repente la persona desaparecía del recurso. Es decir, y no las podíamos volver a captar al final, porque les perdían la pista incluso el servicio de referencia, dígase UAD, dígase otra casa de acogida, dígase Ayuntamiento de. Entonces no es que Cabildo no derive, porque sí que deriva, sino que lo que ha derivado ya no está en el recurso, probablemente se ha hecho todo el procedimiento, pero se queda ahí.

No ha sido objeto de esta investigación entrar al detalle de qué está sucediendo con este recurso en concreto, pero sí es objeto detectar oportunidades así como problemas en la disposición de recursos de las redes de violencia para la atención a mujeres con adicción o consumos abusivos… Y es que los consumos aparecen también en la activación del DEMA y CAI[36]

36 DEMA: Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas. Es un servicio permanente de atención inmediata para las mujeres víctimas de violencia de género que está disponible en todas las islas todo el año las 24 horas; CAI: Centros de Acogida Inmediata para las mujeres y las personas a su cargo en los casos contemplados por la ley, sin necesidad de denuncia y como medida de protección. Extraído de: https://www.gobiernodecanarias.org/icigualdad/violencia_genero/centros/

- Pero luego, por ejemplo, desde vuestra red, lo que serían las otras casas de acogida, lo que sería cuando se activa, un DEMA o un DEMA – CAI ,o sea, de que entran y se detecta el consumo, ¿también hay esa demanda de entrar en Maday inmediatamente? ¿tenéis que frenar a las compañeras de violencia por ahí también?

- No, no. En el año que es más o menos que yo llevo aquí, no. Puntualmente igual se pide alguna colaboración, a ver si me pueden echar una mano, a ver si me pueden orientar, pero no, derivaciones no.

- Lo que yo les plantearía, que a lo mejor me equivoco y estaría guay que esto lo dijese el equipo del DEMA, no nosotras, pero bueno, mi percepción es que en alguna ocasión es porque el DEMA ha normalizado, hemos interiorizado que la mujer con adicción activa que entra en CAI, a las 26 horas se va a largar, ¿vale? Unas tienen más adherencia al tratamiento, adherencia o como referencia a alguna UAD, pero en la realidad tienen la vivencia de que muchas, muchas mujeres, no le tienen adherencia a nada, como que están muy a la deriva, no te entran ni en Maday ni en otros recursos, ni permanecen en el CAI como tal, sino en el DEMA, la primera noche "desayuno y arranco! porque me están esperando fuera y porque yo quiero estar fuera, porque me quiero ir a...". O sea, cuando ya tú has empezado a decirle "te vas a ir con nosotras porque esta noche podrían matarte, tu vida corre peligro", ellas: "que yo no me quedo, estoy puesta, yo no me quiero ir contigo, ¿por qué me tengo que ir contigo?" y "a mí ahora me tira más estar en mi rollo", o sea, yo creo que es por lo que es más puntual, porque el DEMA excepcionalmente plantea esto, porque la inmensa mayoría de las mujeres que presentan esta adicción activa, no llegan a tener ningún tipo de adherencia con nosotras, y por lo tanto su demanda no es permanecer, su demanda es "me rajo de aquí, me baño y me voy.. ah! que me estás diciendo que ¿tengo una hora de salida?, que aquí ¿no me puedo echar benzos?" Porque no se permite, porque en el DEMA no es la mirada de Maday [que se entienden los consumos y recaídas fuera del centro] "yo me rajo de aquí, hasta luego, gracias, ¿tienen un bocadillo?", pero así [se refiere a la forma de actuar de las mujeres en esa situación, cómo se expresan], "me voy a dar un bocata, que me voy, tía", [y la respuesta de las educadoras:] "cuida, tomá bocata". Son las usuarias repetitivas, creo que no pasan del estadillo, de pasar la primera noche, si la pasan, una aquí, dos, el mejor de los trajes, ahí no podemos hablar de que haya intervención, ahí hay un tanteo con el recurso, y sobre todo porque la policía medio me trajo.

Así pues, **la conclusión relevante de cara a esta investigación es que no se debe centrar toda la atención a violencia y adicciones/consumos problemáticos en un solo recurso dirigido a la protección en caso de violencia en pareja/ex pareja y tratamiento, sino que es una cuestión que debe vertebrar toda la red**, y **adaptarse a la situación de la mujer, porque al fin y al cabo, está llegando a esos servicios por situaciones de violencia**.

5.8 LOS "PERFILES"[37] DE LAS MUJERES Y LOS RECURSOS PARA SU ATENCIÓN. EXPLORANDO OTROS PRISMAS DE INTERVENCIÓN

A lo largo del documento venimos exponiendo las necesidades y buenas prácticas para la atención a mujeres con consumos problemáticos o adicción en redes que muestran diferencias en su concepción y organización de la atención a la violencia. Para este apartado vamos a partir del análisis pormenorizado de algunos recursos de la red de Bilbao-Bizkaia, puesto que **de su forma de concebir la intervención en violencia y el consumo en intersección, surgen reflexiones de interés** para el objeto de esta investigación y que podrían responder a cuestiones que aparecían al inicio de este documento desde la red de Madrid (y que también emergen en otros testimonios a los que hemos tenido acceso).

Como ya hemos mencionado, **en todos los recursos alojativos analizados de la red de Bizkaia, incluidos los de acogida inmediata y emergencia, las mujeres pueden entrar y salir aunque sean espacios concebidos desde la protección. Esto significa que si una mujer necesita salir a consumir, puede hacerlo, y de hecho, lo hacen y luego regresan al recurso**.

Hace unos años, el Centro de Acogida Inmediata (CAI) estaba en "sobreplaza", llegando en ocasiones a duplicar su capacidad, puesto que no podían dejar fuera de la Emergencia a las mujeres que llegaban. Sucedía que muchas mujeres - especialmente aquellas con situaciones graves de consumo - estaban largo tiempo a la espera de la valoración y orientación de las técnicas de Diputación hacia un itinerario/salida del CAI. Esto generaba muchos problemas de convivencia en un centro de estas características (unidades familiares con espacios comunes como el comedor, las salas, etc.). Con las nuevas orientaciones del servicio, se han dado cambios que han aligerado la situación del CAI, y además, se apunta a que **la sobreplaza provocaba bastantes más problemas en sí, que el consumo que pudieran tener las mujeres**[38]:

> (PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)
>
> Bueno, estamos mucho mejor. El tiempo de estancia se ha reducido mucho. A ver, las estadísticas que tengo son todavía del 2024, que estaba la media en 35 días o así. Pero bueno, este año (2025) con el servicio de espera, con el servicio de apoyo que se ha puesto en servicio de espera, el tiempo de estancia en el CAI se ha reducido. O sea, estamos bastante ajustadas en los tiempos. Y las situaciones de consumo problemáticas que conociste, que estaban generando problemas en la convivencia, ahora mismo prácticamente no existen. Existen mujeres con consumos, pero no se están generando esas situaciones problemáticas, pues porque, bueno, los tiempos no son tan largos. Entonces, la espera al

37 Entrecomillamos esta expresión porque, como ya hemos argumentado en otras partes del documento, es necesario complejizar el lenguaje y hablar de las situaciones vitales o problemáticas interseccionadas que atraviesan las mujeres, y no tanto de "perfiles de atención". Al tratarse de un título, esta palabra funciona como expresión corta de utilidad, y por eso va entrecomillada.

38 Aunque sí es cierto que por aquel entonces los equipos concebían el consumo como un problema en sí mismo, sin mayor contextualización.

> final es lo que puede causar más malestar, ¿no? Cuando ves que llevas aquí muchas semanas y que no avanzas. Y también influye que el volumen de mujeres se ha reducido. El recurso está preparado para 24 plazas y cuando hemos estado a 40, pues obviamente todo genera más incomodidad, porque los espacios se quedan pequeños, chocamos más porque somos más en un comedor que está preparado para menos. Entonces, bueno, ahora mismo estamos prácticamente en plaza y eso se nota.

Al preguntar por las **buenas prácticas que tengan detectadas** dentro del recurso para esa mejora en la complejidad que percibían hace unos años en la atención a mujeres con consumos y *"se haya reducido un poco esa tensión y ese ambiente más complicado que había con las mujeres y los consumos"* refieren haber incorporado **la práctica de la reducción de daños, en un sentido de amplio espectro**, y tener una **psicóloga especializada** que va dando **indicaciones al equipo educativo**:

> (...) en cuanto a buenas prácticas o hechos que hacen que también se haya reducido un poco esa tensión y ese ambiente más complicado que había con las mujeres y los consumos, hemos puesto mucho en práctica la **reducción de daños, el cuidado, la escucha activa, poner el foco no en el consumo, sino en el malestar de la mujer, en ese cuidado, en la flexibilidad de la norma**. Yo creo que ahí como equipo sí que ha habido un crecimiento y escuchar mucho también a la psicóloga en cuanto a las pautas que nos iba dando, las indicaciones y aplicarlas. Y ahí creo que en conjunto se ha conseguido también reducir bastante ese ambiente que se generaba cuando había mujeres con consumos más problemáticos, porque consumos pues puede haber y no generan tanto revuelo o malestar...

La preocupación por que se consuma dentro, o se lleven sustancias a un centro donde hay menores, no aparece, principalmente porque **se trabaja con las mujeres consumidoras** que eso lo cuiden y en todo caso, lo hagan fuera. Y a la par, se les trasmite en todo momento que el espacio es de cuidado, de apoyo para su descanso, higiene, salud...

> Sí que se ha conseguido reducir mucho, yo creo que prácticamente es inexistente, es algo residual, que se consuma adentro, es algo que ya no... Entendiendo que tienes que consumir, obviamente se ha flexibilizado la norma y sal las veces que necesites salir y aquí vamos a estar a la vuelta y vamos a cuidarte y vamos a… poner sobre todo el foco en reducción de daño y en el autocuidado, en una alimentación, en que tengas un descanso, en que puedas llevar a cabo una higiene que te permita encontrarte bien, y luego los acompañamientos y la orientación a centros de salud, o a toda aquella demanda para intentar acercarnos y cumplir la demanda de las mujeres.

Esto es algo, recordemos, que también se ha encontrado en recursos alojativos de violencia de Madrid, el **cuidado del espacio aunque se mantenga el consumo**, y **la concepción de la intervención como de apoyo y cuidado hacia la mujer**.

Dentro de las **cuestiones más prácticas** cuando una mujer llega bajo efectos del consumo, destaca que pueda descansar en un espacio destinado para ello, y que pueda formar parte de la vida cotidiana y organización del centro:

> Bueno, si la mujer, por ejemplo, está con un consumo, o sea, está con evidentes síntomas y tal, pues se le da un espacio de intimidad, se la deja en su habitación, se la acompaña, normalmente, pues normalmente quieren descansar y no quieren tener contacto con nadie. Y lo demás, tratamos de integrarlas en el grupo y hacer vida, en ese sentido, pues, normalizada, con el turno que le corresponde, proponiéndole las actividades que se proponen al resto del grupo, invitándolas al buenos días, en ese sentido, intentamos que, bueno, una vida normalizada, dentro del recurso.

Además, el trabajo del equipo tanto en la convivencia como en intervención individualizada, ha aligerado los posibles conflictos entre ellas que pudiera haber por cuestiones relacionadas con el consumo:

> Y, yo digo, es que llevamos, no sé si es la temporada, si es, supongo que todo, la buena práctica, el resultado también de determinada forma de trabajo, pero no estamos viviendo esas situaciones de violencia entre ellas, que igual se generaban, cuando había mujeres con grandes problemas de consumo, o problemáticos, donde, bueno, pues se generaban rencillas dentro o, "pues tú me das dinero, yo te doy tanto", eso, ahora mismo, llevamos bastantes meses como muy tranquis, en ese sentido, entonces, **estamos al cuidado y a la reducción de daño, y al apoyo y a la validación en cada caso concreto, en función de cómo se van encontrando ellas**.

Destaca que **el consumo ha dejado de ser una cuestión que impacte en el recurso, donde también hay menores con sus madres, principalmente por el cambio de enfoque**. El consumo es un elemento más que si acaso debe ser tenido muy en cuenta en caso de que haya que acudir a servicios sanitarios:

> Hay un consumo como más individual, no hay una cuestión colectiva, no va más allá de la problemática que le genera a la persona de manera individual y no se transfiere, por así decirlo, luego en el recurso. Entiendo que esto es producto también del trabajo que se ha ido haciendo y con respecto a los menores, además ahora hay un montón de menores, y el equipo no estamos en ese punto de "madre mía, viene esta con tal", no. Creo que estamos abordando el consumo además con más naturalidad, y de "dime tranquilamente si has consumido, no pasa nada. O sea, es mejor saber si has consumido, porque si te estás encontrando mal por algún motivo, con requerimientos de atención sanitaria, cuanta más información tengamos, mejor para el cuidado". Y se está trabajando desde ahí, sí, sí, intentando no penalizar el consumo.

Además, no es una cuestión aislada del CAI, **la red en su conjunto ha ido haciendo cambios que posibilitan los itinerarios de estas mujeres, atendidas por una situación de desprotección frente a la violencia**.

> - Entonces nosotras, por ejemplo, sí que estamos viendo que las orientaciones van mucho más enfocadas [en el sentido de acertadas] con las mujeres que presentan consumos.
>
> - O sea, que en principio entran en el CAI como todas, ¿no?

- Sí, sí, sí. Pero después, eso es, ahí está un poco ya el tipo de recurso más específico. Pues igual que hay recursos como más orientados a madres con dificultades maritales, o al cuidado de sus criaturas, o recursos, pues bueno, más orientados a que sea un acompañamiento no tan intensivo, pues bueno, igual como las intensidades… hay recursos de alta intensidad y baja exigencia, o recursos que son más de autonomía…. En función de lo que se oriente mejor a las necesidades y situación de la mujer.

Desde finales de 2022 se puso en marcha un servicio diurno de acompañamiento, que se desarrolla en el ámbito comunitario, y que de manera complementaria puede llevar a cabo prestaciones de alojamiento o de apoyo al alojamiento, para aquellas mujeres y familias atendidas en el servicio que lo precisen. Además, en el año 2024 este mismo servicio abre una atención específica de "apoyo a la espera" de tener plaza en el recurso más indicado para cada caso, para liberar la sobreplaza que venía sobrecargando al CAI. Tienen experiencia en el trabajo de acompañamiento a mujeres que presentan lo que se suele denominar como "otras vulnerabilidades":

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

El 95% de las mujeres que atendemos tienen problemas de salud mental con diagnósticos más o menos graves, y el tema de las adicciones, pues ahora mismo de las mujeres que tenemos actuales, tenemos unas 35 plazas, 35 mujeres porque los menores no ocupan plazas, y de las 35 mujeres pues habrá unas 15 o así que tengan problemas de consumos. Las mujeres que tenemos en pisos, tenemos 3 pisos en los que viven 11 mujeres y 6 menores y de esas 11 mujeres solo hay una mujer con problemas graves de consumo ahora mismo, que tiene policonsumo, o sea que consume de todo, heroína, metadona. Y de las mujeres que tenemos en pensión, pues ahora mismo son 6, y que tengan problemas de consumos graves, hablamos de 4.

La mujer a la que se refiere con "problemas graves de consumo, policonsumo, metadona, heroína" es la misma a la que se refería en otro *verbatim* donde hablaba de la buena convivencia con las dos familias con las que comparte piso, a pesar de ese consumo cronificado.

Este equipo trabaja principalmente desde la reparación del vínculo y la relación educativa y terapéutica. Tienen un centro de día en el que realizan actividades grupales y terapia individual para quien lo precise/demande, y también prestan servicios de acompañamiento, educativos y trabajo social. Su trabajo es muy adaptado a cada mujer (en función de sus objetivos pero también de sus posibilidades de autonomía), procurando proporcionarles un espacio relacional de seguridad, y en red con otros recursos de atención, de forma que articulan la intervención desde violencia en relación con todos los aspectos que la mujer esté trabajando en otras áreas. Aquí detallan varias buenas prácticas de ese acompañamiento que realizan:

- (…) buenas prácticas esto si que lo he pensado bastante, pues a ver yo creo que lo que tiene es que trabajamos desde diferentes perspectivas profesionales: psicólogas, educadoras, trabajadoras sociales, que se trata de individualizar mucho la atención; no trabajamos igual con ninguna de las mujeres que

tenemos. (...) **Trabajamos en red** con todos los recursos que participan, sobre todo con las mujeres con consumos con el CSM, o sea funciona muchísimo. Hay con CSM que tenemos establecida una colaboración brutal, y una mujer que no la vemos desde hace días que está en calle, que no tiene teléfono, que la vemos que está mal, que está consumiendo un montón, pues el poder ir al CSM que se atienda a la mujer y que no tengan en cuenta de una cita para dentro de tres meses, igual ese día no ha ido, "es que no vienen a las citas" O sea, **nosotras vamos igualmente a la cita del CSM, aunque no esté la mujer, porque si la mujer no va, nosotras pues vamos y les contamos cómo la vemos**. **Establecemos una relación con el centro de salud mental, que también nos dan pautas de cómo actuar**. Esa relación que se ha establecido con algunos CSM nos ayuda muchísimo la verdad.

- ¿Tenéis el **consentimiento de las mujeres** para hacer esto? ¿Lo viven como una ayuda?

- Sí, sí sí. Nosotras cuando ingresan aquí se les explica que nosotras no concebimos el trabajo sino es en red y que **para poder acompañarlas en su proceso, que no sabemos todo**, entonces que hay cosas que necesitamos consultar con su psiquiatra y que nos oriente, y que luego eso tenemos un montón en cuenta el **proceso en el que se encuentra la mujer, intentamos ver cuánto se le puede exigir y cómo**. Habrá mujeres que aunque tengan consumos pues se les puede exigir que hagan ciertas cosas, más autonomía... **Lo que puedan hacer por ellas solas no las vamos a sustituir, eso está claro, porque al final es invalidarlas y hay que validar todo lo que puedan hacer**. Luego **poner en el foco a la mujer, escuchar siempre qué es lo que quieres y cómo lo quieres hacer. ¿Cómo quieres hacerlo? ¿En qué te puedo ayudar yo?**. Porque al final, a veces las profesionales pecamos de "pues esto se hace así, así y así". Tratamos de **respetar tiempos**, de **validar** lo que ellas sienten, cómo lo sienten y cómo lo quieren hacer. Y luego otra cosa que también **trabajamos con las mujeres es anticiparnos**; o sea cuando ya hay una confianza establecida y hay un trabajo, intentar anticiparnos **a situaciones de crisis sobre todo cuando nosotras no estamos disponibles** porque a veces para ellas, entre comillas, es fácil decir "tenía un montón de ganas de consumir y me vengo aquí porque estoy con vosotras y hablo..." Y mientras tanto nos ponemos a hacer unas velas de manualidades, porque les gusta mogollón, o pintar unos mandalas mientras que hablamos... Y eso es fácil... pero **¿qué pasa cuando nosotras no estamos? Entonces intentamos indagar qué te sirve a ti, para calmarte, sobre todo cuando no estamos nosotras.** Y esto no sólo con consumos, también con conductas suicidas... cuando piensas esto: qué puedes hacer tú que estás sola para intentar esto. Intentamos **anticiparnos a situaciones de crisis, trabajar el antes, el durante y el después**, cuando se han producido.

Los **criterios** para que estas mujeres estén en este servicio tienen que ver con que **se ha evaluado que por sus condiciones personales, o bien van a poder funcionar con cierta semiautonomía, o por contra, no van a sostener encajarse en un dispositivo de alta exigencia e intensidad**.

Así, **en esta red existen otros recursos alojativos para mujeres con sus hijos e hijas que precisen de una intervención intensiva con presencia educativa 24 horas**, talleres, apoyo psicosocial, orientación laboral, auxiliar de enfermería, psicopedagogía, etc., **pero que además se haya evaluado que van a poder encajar en la exigencia e intensidad de su dispositivo**. Este recurso también trabaja en la

práctica con mujeres con problemas de salud mental y otras problemáticas como el consumo. El *quid* es quizás que **sostienen/acompañan situaciones de consumo que a priori no son tan evidentes o disruptivas socialmente como cabría imaginar: principalmente alcohol y psicofármacos.** Y que si aparecen otras sustancias, lo hacen en un contexto personal de la mujer que no impide que pueda sostener la estructura de este recurso alojativo de protección.

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

> - Sí, en diputación lo que dicen siempre [de nuestro recurso] es que es "el recurso intensivo". Entonces orientan hacia nuestro servicio a la gente que creen que necesita más apoyos. Hay consumos activos, de vez en cuando, cuando ocurren cosas, sale a la luz. Es como que está soterrado, no es explicitado por decir así, pero luego tú ves que llegan al centro con síntomas de haber consumido y luego en habitaciones por distintos motivos... porque nos hemos encontrado muchas veces con sustancias. Por normativa no se pueden entrar sustancias al centro, pero bueno, es verdad que hemos encontrado y no las hemos expulsado. Es que en realidad es habitual, quiero decir, los consumos. El consumo de alcohol es, yo creo, el más habitual, el de alcohol, que vengan bajo los efectos del alcohol. Y luego ya, últimamente, en los últimos tiempos, han hecho como redes entre ellas, y ha habido mucho consumo de cocaína, pastillas, pues bueno, trapichean mucho con las pastillas farmacéuticas, quiero decir, con las que les prescribe el psiquiatra. La educadora se encuentra la sustancia, me lo dejan aquí en el despacho, yo lo informo, y se queda un poco ahí en el sentido de que no las vamos a echar… pero bueno, pues abordamos un poco también qué hay detrás de ese consumo.

Aparte de lo ya descrito, hace relativamente poco que **el Servicio de Protección frente a la violencia ha abierto dispositivos que gestionan entidades que trabajan y tienen su especialización en adicciones.** Han pasado por un proceso formativo en perspectiva de género y atención a la violencia. Uno de ellos es un recurso ambulatorio, un Servicio de Día[39] que tiene plazas conveniadas con el Servicio de Protección de la Diputación. Su naturaleza en el acompañamiento personalizado y adaptado es análoga a la que tienen otros servicios de violencia que hemos descrito en párrafos anteriores. Este servicio está también conveniado con Inclusión, y por ello presta atención tanto a hombres como a mujeres, pero practica la intervención diferencial en espacios segregados, y atiende a las mujeres (tanto si vienen de Inclusión como de Protección) en una parte del edificio, y a los hombres en otra. Una de las innovaciones de este servicio, que nos parece muy destacable, y que quizás podría implementarse en otros servicios de atención ambulatoria, es el **sistema de asignación de la carga de trabajo que conlleva una plaza, adaptando así el nivel de exigencia e intensidad en función de cada persona** y por tanto **evitando sobrecargas en el equipo y tratando de garantizar una atención de calidad**:

> (PROFESIONAL ADICCIONES BILBAO)
> El Servicio de Día es un servicio transversal. ¿Qué significa eso? Significa que nosotros damos la cobertura asistencial a mujeres derivadas desde el servicio de Mujer y Familia de Diputación, pero

39 Es importante diferenciarlo de los Centros de Día tradicionales de muchas redes de atención a las adicciones.

también a hombres y mujeres derivados desde el servicio de Inclusión de Diputación. ¿Qué es lo que hemos hecho? A pesar de esa diferenciación de derivaciones, lo que hemos hecho ha sido dividir el servicio en una planta de atención a mujeres, y hemos hecho una segunda planta de atención para hombres, minimizando los espacios de encuentro. Vamos, el único espacio de encuentro es la puerta de entrada al edificio, porque todo el mundo entra por ahí, pero nada más.

El servicio como tal tiene 30 plazas disponibles y no 30 personas. Tienen 15 plazas para el servicio de mujer y 15 plazas para el servicio de inclusión. ¿Qué pasa? Que cada persona puede utilizar, le hemos asignado un ratio de plaza según las prestaciones que utilice del servicio. Es decir, si alguien solamente necesita un acompañamiento psicoterapéutico, lo que va a ocupar es una parte mínima de plaza, que es un 0,35. Si alguien, además, tiene un acompañamiento educativo y acude a las actividades, digamos que eso sería una consideración de plaza completa, le ocuparía una plaza. Pero si alguien, además, necesita un acompañamiento en vida cotidiana de media intensidad o de alta intensidad, ocuparía más plaza. Es decir, alguien puede estar ocupando el máximo, que no lo he puesto nunca, que es un 2,70 de plaza, que pueda estar ocupando la mujer. ¿Por qué? Porque requiere una atención muy intensa a lo largo de la semana. Queríamos diferenciar un poquito qué atención podemos dar. Si yo lleno con 15 mujeres con una intensidad muy alta, no voy a poder atenderlas a todas adecuadamente, porque mi equipo de trabajo es limitado. No voy a poder dar esa cobertura. Pero tampoco voy a tener 15 mujeres solamente con atención psicológica, porque no estoy utilizando todo nuestro potencial de trabajo para dar una cobertura. Por eso hicimos esa categorización de las plazas en función de las prestaciones que va a necesitar una persona atendida, una mujer, un hombre, en este caso porque se hace de la misma manera para el servicio del Inclusión.

El servicio se adapta totalmente a lo que necesite la persona en función de su momento vital con respecto a la violencia y el consumo, de forma que pueden cubrir una gran variabilidad de situaciones/"perfiles":

La idea del servicio de día como tal es estar un poco a disposición de lo que necesita la persona, de lo que necesita, de lo que quiere, del momento vital de la persona... Esa categorización de plazas es muy variable, es muy flexible y, además, con un acuerdo muy sencillo, la coordinación con Dipu está siendo estupenda en este caso, en estos temas. ¿Qué necesita esta mujer en este momento? Necesita que la acompañemos a todo, pues ponemos una intensidad de plaza. Mira, pues ya ha conseguido un nivel de autonomía, que es parte del trabajo, además, fomentar esa autonomía de la persona, el que vaya adquiriendo recursos propios, conectándole con la red comunitaria habitual… Mira, pues ya no necesita tanto acompañamiento, pues bajamos la intensidad de plaza y quitamos acompañamiento. O al revés, a alguien que vamos a trabajar en la reducción de daño más absoluta y no quiere nada más; bueno, pues igual tenemos una mínima plaza para tener una excusa, un enganche para mantener esa atención, pues igual nos ha pasado alguna vez. Una mujer que por mil circunstancias desaparece durante un tiempo, pero de vez en cuando hace un *"cú, oye, mira que estoy aquí"* cada vez que tiene una necesidad. En vez de ocupar una plaza muy potente, pues la mantenemos una plaza bajita para mantener la intervención y luego con el tiempo según va volviendo a vincular, pues entonces aumentamos plaza. Y en eso la suerte que hemos tenido es que siempre con la parte organizativa de

> mantener algunos huequitos y con la buena coordinación con Dipu, pues ofrecemos una atención muy flexible y muy adaptada a la persona. Nos ha permitido esa parte. Es la idea, al final. La idea es ser nosotros quienes nos adaptamos al momento vital de cada persona atendida, también de cada mujer en este caso, Porque no es lo mismo hoy que mañana, no es lo mismo ahora que estoy hecha polvo, que ahora que estoy ya en una parte, bueno, pues ya más buscando la parte laboral o que ya tengo la parte laboral, ya tengo la conexión hecha con donde tenga que ir.

Se trata de reconocer, en cualquier caso, que muchas **mujeres con un consumo muy activo y múltiples victimizaciones y daños, necesitan un acercamiento muy adaptado** al momento en el que se encuentran. **Salir de los centros, acercarse a ellas**.

> Entonces esa flexibilidad yo creo que ha sido, es, muy positiva de los servicios de día. A mí ahora que me toca coordinarlo, yo ahora llevo el servicio de día, y llevo el centro de día, el tratamiento ambulatorio, en general, sí veo esa diferencia y entiendo mucho mejor la necesidad de ser nosotros quienes salgamos de aquí, del despacho para irme a casa de alguien. Porque es algo que echo de menos en el centro de día. Así como también echo de menos a veces la mayor estructura para las actividades, porque creo que también son muy positivas, pero hay gente que no puede estructurar, no está en el momento vital para una estructura, y necesita que seamos nosotros los que nos acerquemos a esa persona, y creo que esa parte del servicio de día es algo muy positivo. Porque lo individualizas más, porque en ese caso sí que es la persona el centro de todo, de la atención que va a recibir.

Este modelo de atención cuenta con profesional médico, profesional de enfermería, asesoría jurídica, trabajo social, psicología y educación social. Se caracterizan por un **acompañamiento para que la persona vincule y tenga referencias en el territorio**. Y desde ahí, tal como ya se ha descrito en otros servicios también de la red de violencia, centralizando la intervención a nivel de seguimiento, pero articulándose con otros servicios que emplee la mujer. La orientación básica es que la mujer vaya generando **red de apoyo**:

> Y cuando no sabemos algo, que es muchísimas veces, pues lo que es la idea, ¿no?, es decir, ¿qué hay en este mundo?, ¿qué otros recursos hay donde va la persona?, ¿no? Pues contamos con todos ellos, yo no sé, parte inmigración, pues hablo con Harregagune[40], que conocemos a la gente de allí y ayudan, realmente es de administrativos de papeles. Oye, mira, pues yo no sé, cuando hay un tema de denuncia de, por otro caso, de violencia de género, pues tiro de quien sabe, ¿no? Cuando pasa equis, pues tiro de quien sabe. Entonces, también por ejemplo tenemos aquí un área de formación-empleo, pero también hay un acelerador de empleo de Cáritas. La clave es ¿dónde has conectado mejor? Allí, pues vamos para allá. ¿No? Entonces la idea es, aparte del propio equipo, ¿qué hay en el mundo? ¿Qué hay donde vives, además? Pues claro, me pasaba con una mujer, ¿no? Le tocó un piso de Alokavide[41] en Santurce. Claro: "*¿no conoces Santurce? Bueno, pues vamos a conocer Santurce. Vamos a conocer el centro cívico de Santurce. Vamos a conocer a la Trabajadora Social de Base. Vamos a*

40 Servicio público especializado para la acogida, la información y orientación de personas migrantes, creado por el Gobierno Vasco y el Ayuntamiento de Bilbao , y gestionado por Zehar-Errefuxiatuekin.

41 Agencia pública especializada en vivienda y alquiler social en el País Vasco.

> *conectar con Santurce, porque ahí va a estar tu casa*". Tomamos un café por aquí y vemos qué recursos hay en la zona. Eso es una parte, como te decía, muy positiva. También es muy exigente, en cuestión de horarios y organización, también es muy exigente. Pero es una parte muy buena.

Incluso si la persona entra en otro recurso, como una Comunidad Terapéutica, el programa se caracteriza por mantener el seguimiento y vínculo con la mujer, ya que parte de la base de que muchas mujeres atendidas por la red de violencia y con problemas de consumo, no tienen red natural de apoyo:

> Una cosa que sí hemos hecho y creo que ha estado bien, nos lo han permitido también, es que a veces sucede que entran en una comunidad terapéutica y parece como que ya es otra administración la que se encarga y yo ya "me lavo las manos". No está sucediendo así. Nos han permitido desde diputación, y yo creo que es algo a valorar también, que nos lo han permitido, mantener el acompañamiento del servicio de día mientras está en la comunidad terapéutica. Eso significa que si hay que acompañar a algún sitio, se acude con la persona, se sigue manteniendo el contacto, se sigue con llamadas telefónicas... ya no solamente el contacto entre profesionales, sino con la propia usuaria, se mantiene el contacto con la psicóloga de referencia, y creo que eso es algo bueno porque la persona va a salir de la comunidad terapéutica, va a salir en un tiempo, puede salir mañana mismo por una alta voluntaria, puede salir pasado por una expulsión o puede salir dentro de 6 meses con una alta terapéutica. Entonces creo que el no desprenderse de la gente porque entra en otra administración creo que eso está muy bien. Es una buena práctica el hecho de mantener ese apoyo, porque muchas de las mujeres que atendemos no tienen una red de apoyo, entonces que el servicio de día se mantenga también en ese momento como red de apoyo pues me parece estupendo.

El criterio diferencial para que desde el Servicio de Protección ("Dipu"; "Mujer y Familia"), en conjunto con la mujer, se considere que este servicio es el que más podría adecuarse a lo que ella necesita, es el tema del consumo y que ella quiera hacer algo con ese consumo (que no siempre tiene por qué ser la abstinencia).

> O sea, a ver, uno de los criterios, como te decía, nosotros somos transversales por un tema concreto, que es el consumo de sustancias. En el momento que desde Diputación valora la parte del consumo, desde Dipu junto con la mujer, ¿eh? valora que hay que hacer un abordaje específico del consumo, porque aquí no vienen todas las mujeres que consumen alguna sustancia, pero sí las mujeres que de alguna manera tiene un peso importante en su vida y quieren hacer algo con ello. Que no siempre es la abstinencia, además. Como te decía antes, hay gente que está en una etapa de reducción de daños. Pero [aunque estén en reducción de daños y no abstinencia] que de alguna manera sí hay cierto planteamiento respecto al consumo. O por lo menos sí ven que esa parte del consumo está influyendo mucho en su vida. Entonces la parte del consumo y querer hacer algo con ello, es el criterio más diferencial respecto a otros servicios de día de Dipu, ¿no?

En el Servicio de Protección frente a la Violencia Machista y Apoyo a la Familia también se ha asumido la protección de mujeres con consumos cronificados y disruptivos, que no encajarían en recursos alojativos de alta exigencia. Han creado un proyecto también conveniado con la misma entidad especializada en adicciones.

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

Se ha abierto un servicio que tiene diez plazas con muy baja exigencia para mujeres que tienen consumos con otras problemáticas añadidas. Tienen consumos, pero también la salud mental es un factor importante, suele ir muy unido a las mujeres que nos llegan al sistema.

Es de destacar que el Servicio de la Diputación tiene claro que este recurso no tiene por qué estar indicado para todas las mujeres con consumos problemáticos. De hecho, dos de las técnicas del Servicio de Violencia están valorando un caso que no van a orientar hacia ese programa precisamente por las características de la mujer en concreto (reproducimos un *verbatim* donde además se habla del *"sentido de vida"*, que nos ha parecido una noción muy interesante que reflejar, y que nuevamente permite contextualizar cómo abordan la situación de consumo en el sistema de atención a la violencia de esta provincia).

(PROFESIONALES VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

- (…) en el diagnóstico tiene mucho peso toda la historia de violencia, la protección o no que pueda tener esa mujer en ese momento respecto a la violencia, y luego el tema del sentido de vida. Yo creo que ahí se recoge el daño social y emocional de cómo ha impactado en la mujer a la hora de tomar decisiones, a la hora de proyectarse al futuro, de qué es lo que tú quieres, qué es lo que necesitas, qué te gustaría. Hay mujeres que el sentido de vida este del que hablamos lo tienen completamente roto, y hay otras mujeres que sí que tienen un objetivo vital. En entrevista les pregunto, por poner un ejemplo un poco absurdo, cómo te ves de aquí a un año, a dos años, qué te gustaría… Pues hay mujeres que sí que tienen objetivos, realistas o no, y hay otras mujeres que no saben contestar a esto porque están muy rotas, porque no hay absolutamente nada que las motive a seguir o avanzar... y que esto va ligado también con la autoestima, por ejemplo.

(...) normalmente estas mujeres que nosotras orientamos para Ekin sí que tienen un consumo muy problemático, no tienen una conciencia tampoco de haber sufrido muchas de ellas victimizaciones ni de tener conciencia de que las estamos derivando por violencia, ni conciencia de problema tampoco. Algunas tienen una situación de salud mental o de discapacidad… Tampoco todas, porque sí que es verdad que hay mujeres obviamente en ese recurso que sí que tienen un deseo realista o no de, por ejemplo, recuperar a sus criaturas si ha habido una retirada, o que verbalizan un deseo de dejar de consumir… Porque igual no dan los pasos para ello o porque al final estaban en un momento tan desestructurado, desorganizado... A veces son deseos que están muy alejados también de la realidad, que puede ser que tengan esa parte de anhelar o querer, pero sin tener tampoco conciencia de que la realidad es viable o no… Pero hay casos, no sé, hay casos concretos... (...) porque lo que hablábamos de qué peso tiene el consumo para nosotras en la valoración y en la orientación [te pongo un

ejemplo]: recientemente con una mujer que sí que tiene un historial de consumo, de adicción potente, pero sí que es cierto que viendo un poco la situación y la necesidad, lo que inicialmente se nos ocurre es derivarla a este recurso, a Ekin. ¿Qué es lo que ocurre? Que luego contrastando con ella, finalmente decidimos, consensuamos con ella el que no se le derive a ese programa alojativo, porque a pesar de tener un problema con el consumo y demás, está como muy alejada de las mujeres que sí están actualmente en ese recurso. Quiero decir, a lo concreto, es una mujer con un problema de adicción, pero que sí que tiene un deseo real de dejar de consumir y ella misma pide un ingreso en la unidad de desintoxicación y ha solicitado plaza en una comunidad terapéutica. O sea, que tiene el objetivo muy claro y ha dado un poco los pasos, ya está un poco como encaminado. Entonces, de cara a una salida de esa comunidad terapéutica, ella lo que demanda es un recurso. Tiene un tema de adicción, pero no deja de ser víctima de violencia machista. Entonces, ella viene un poco con la expectativa de qué me podéis ofrecer para salir de esta situación en la que estoy, salir de la vivienda en la que me encuentro y es verdad que no vemos, que no vemos que de una salida, por ejemplo, de una comunidad terapéutica vaya el piso de Ekin. ¿Por qué? Porque Ekin al final es baja exigencia, hay mujeres con consumo activo o no, pero bueno, quiero decir que esta mujer ella misma verbalizaba el hecho de que no puedo salir de una comunidad terapéutica con un plan de abstinencia, y que lo único que me ofrezcáis es esto, que para mí, ella lo decía, es como volver atrás nuevamente.

Entonces, ahí es verdad que hemos también dado como muchas vueltas a qué le podemos ofrecer a esta mujer, porque está bien que hayamos hecho este recurso, pero **no podemos meter a todas las mujeres que consuman ahí**.

Este recurso lleva funcionando un año y unos pocos meses cuando se realiza esta investigación, y aún tiene que afinar aspectos de su funcionamiento, pero en principio ofrece un **espacio de reducción del daño con servicio de día y alojativo de apoyo, para mujeres con situaciones de alta vulneración en cuanto a consumo y violencias.** Desde el recurso describen así las situaciones de las mujeres que les llegan:

(PROFESIONAL ADICCIONES BILBAO-BIZKAIA)

La mayoría de las mujeres suelen venir desde el centro de acogida inmediata, la gran mayoría de ellas. Lo que pasa es que estas mujeres muchas veces no son capaces de seguir una normativa que es un poquito más exigente o de acudir todas las noches a dormir, incluso de acudir sin consumos. Ekin en ese sentido garantiza un espacio más reducido de mujeres. Son poquitas personas en casa y es bastante laxo. Entonces, mujeres que se encuentran en situaciones bastante complicadas, que alternan incluso calle o vivir con diferentes agresores, se les permite tener el espacio para poder salir un poquito de esos contextos. Y al final, con una intervención un poquito más individualizada que cuando tratamos un recurso muy grande con muchas plazas, donde es difícil de tener esa cercanía a la hora de intervenir. En este sentido, es un enfoque más cercano, diría.

Destacan que **el espacio se ha adaptado totalmente a las particularidades de estas situaciones** (consumo elevado y disruptivo para con cualquier otra faceta de la vida; escasa vinculación con

otros servicios; problemáticas añadidas y violencia y vulneraciones constantes…), y que la flexibilización en el alojamiento, ha permitido que vinculen y puedan estabilizarse un poco.

(PROFESIONAL ADICCIONES BILBAO-BIZKAIA)

Yo creo que es un muy buen espacio para para poder darle un espacio de contención a una mujer que se encuentra en una situación muy complicada, pero siempre teniendo en cuenta que tiene que ser de una manera temporal ¿no? y el hacia dónde vamos después con ella. Yo creo que que hacen falta recursos un poquito más laxos en cuanto a estructura y a dinámicas del día a día, sobre todo para facilitar que las mujeres que nunca llegan por no poder pues responder a esas normas, pues que puedan llegar y estén. Hemos visto mujeres muy disparadas en un primer momento que simplemente por el hecho de haber flexibilizado, haber tenido paciencia, saber que no van a ser expulsadas del recurso aunque hagan esto o lo otro, pues que poco a poco han conseguido adherir a esa norma en sus vidas de estar aquí. Hay mujeres que salen de recursos constantemente porque consumen, porque acuden en consumos muy elevados, porque no acuden y desaparecen durante una temporada… Bueno, pues en ese sentido, el poder ser parte de un recurso que puede flexibilizar en función de cómo está la situación de la mujer, yo creo que les facilita mucho que lleguen, vinculen y puedan hacer un proceso de estabilización, al menos hasta que luego puedan ser derivadas a otro sitio.

Y se cierra así el círculo llegando precisamente a la atención de los casos o situaciones vitales que en Madrid referían como "una minoría de los casos de mujeres con problemática de consumo"[42] pero de los que alguien tiene que poder hacerse cargo de su protección, sin supeditarla a la abstinencia. En Madrid, el recurso que cumpliría esta cuestión de protección frente a la violencia, en intersección con el consumo activo, la problemática de salud mental asociada y otros posibles ejes de vulneración, se encarna en el Centro Beatriz Galindo, que no pertenece a Violencia ni a Adicciones, sino a la red de Sin Hogar.

En la Unidad de Atención a Violencia en la pareja/ex pareja del Ayuntamiento reflexionan sobre este recurso y la alternativa ante su falta de plazas de emergencia (que en un principio las había, pero las mujeres que entran suelen vincular con el recurso, y no se van, con lo que las plazas de emergencia como tal, han desaparecido).

(PROFESIONALES VIOLENCIA GRUPO FOCAL MADRID)

[en referencia al Beatriz Galindo] En ese recurso se planteó inicialmente que se mantengan unas plazas siempre disponibles para situaciones de emergencia, es decir, para estos perfiles que dicen llegan al

42 Esto aparecía en el apartado 5.3, dedicado a la necesidad de ampliar y contextualizar el espectro de consumo. Frente a que en el imaginario de la red de violencia emergen a menudo las peores situaciones en relación al consumo y violencia, aquellas que son difíciles de acompañar "para cualquiera", también para las profesionales expertas en adicciones, se contraponía la idea de que la mayoría de mujeres con problemáticas de consumo no se encuentran en esa situación, y que por contra, la mayoría son mujeres que cumplen y resultan totalmente funcionales en sus tareas, con un consumo muy oculto e invisibilizado, o mujeres que no necesitan ingresar en alojativo.

SAVG, están en riesgo extremo, necesitamos darles un alojamiento seguro, pero no tienen encaje en un recurso tan restringido como es la zona del SAVG o como son los centros de emergencia.

La realidad a día de hoy es que son perfiles tan cronificados que todas las plazas están cubiertas y no hay movimiento de entrada y salida, con lo cual no hay posibilidad de ingreso de emergencia. Ahí es donde yo te decía la falta de prestación material. La prestación técnica la tenemos, yo creo que tenemos una idea, que lo que nos cuentan las compañeras del Beatriz Galindo es que está funcionando bien el recurso con las mujeres alojadas, pero es que son mujeres que precisan procesos muy largos, algunos de años, con lo cual es difícil que haya movimiento de entrada y salida.

Y ese es el punto en el que estamos ahora con esos perfiles tan deteriorados que te contaba N. Siempre tenemos la alternativa de SAMUR Social, en la pura emergencia aloja cualquier circunstancia, cualquier situación y el planteamiento que hacemos en esos casos es: vosotros alojáis y nosotras con la unidad móvil vamos a verlas para hacer atención ambulatoria, o las trasladamos bien con la unidad móvil, bien con taxi al SAVG para hacer atención ambulatoria, pero la realidad es que se sostienen muy poquito tiempo en esa circunstancia.

Además de lo que se refleja en ese *verbatim* (que estando alojadas por Samur Social, las mujeres no se sostienen en atención ambulatoria con los servicios de violencia), la realidad es que esos espacios, al ser mixtos, no son de seguridad. No lo son en Madrid, ni tampoco en Bilbao, donde cuando una mujer quiere realizar un itinerario de tratamiento residencial, se encuentra con que no existe ninguna Comunidad Terapéutica no mixta, con lo que eso conlleva para su itinerario y proceso de recuperación de la violencia (normalmente abandonan el recurso en pareja).

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

Con las mujeres consumidoras vemos que la forma de llegar a ellas y de trabajar la situación de violencia es más a nivel grupal que a nivel individual. Eso sí. Y luego sí que es verdad que lo que sí que veo es que es muy importante que tengan sus espacios. Y al principio no lo veía tanto, pero el que no sean espacios compartidos y el cuidar que no meterlas en la boca del lobo me parece súper importante. Que no compartan espacios con hombres. Cada vez que me dicen que una mujer va a comunidad terapéutica se me ponen los pelos de punta. Y digo, ¿a comunidad terapéutica? No, por favor. No podemos estar 15 hombres y 2 mujeres. Es meterlas en la boca del lobo. Así es que nos pasa un montón de veces, un montón, que cuando van a comunidades terapéuticas mixtas acaban abandonando la comunidad terapéutica con el novio que se han echado. Nos pasa muchísimo.

Y este es un problema en general de la red de adicciones en todo el Estado, ampliamente explorado en la investigación del 2021 y la Guía del 2023 del Plan Nacional sobre Drogas. En el caso de Madrid hoy día sí existe un itinerario no mixto gracias a que el Instituto de Adicciones de Madrid Salud ha podido abrir una Comunidad Terapéutica y un Piso de Reinserción solo para mujeres[43]. Esto puede

43 Si hay que ponerle un "pero" es que no tienen la posibilidad de acudir con sus hijos/as a cargo en caso de necesitarlo. En otras partes del Estado, como se recoge en las investigaciones referenciadas, sí existen recursos de tratamiento donde las mujeres pueden ir solas y/o con sus hijos/as. Esto trae sus consecuencias para los procesos para las mujeres y sobre todo las posibilidades de una detección temprana que permita actuar con la unidad familiar en su conjunto.

posibilitar que mujeres con amplios historiales de graves violencias de género en sus vidas, tengan un espacio seguro de tratamiento. El problema sigue apareciendo con aquellas que se encuentran en situación de reducción del daño y la falta de alojamiento protegido.

(GRUPO FOCAL MADRID)

- [profesional unidad violencia pareja/expareja] Ya bueno, súbete aquí, descansa, tal, pero al final tenemos que llamar a Samur Social porque o se nos va o… Es verdad que tenemos mucha flexibilidad y siempre dejamos dos habitaciones libres para estos casos sobre todo por ejemplo este verano ha sido muy... pues como un caso que tenemos de adicciones muy alto, de riesgo extremo, el policía dice "es que te lo tengo que traer y no ha habido manera, porque se nos iba…" Al final ha pasado la situación en personas sin hogar y yo creo que es importante, porque nosotras sí que tenemos un protocolo con personas sin hogar, pero creo que tampoco es para que duerma ahí, duerme mañana con la unidad móvil, y al otro con... Yo creo que nosotras tenemos que también trabajar en esa especialización de esa intervención, creo que es un reto importante y sí [contar con la red de] personas sin hogar [para] de vez en cuando. Porque a Samur les llega muchísimo mujeres con adicciones y con orden de protección, mucho, y entonces... como ella tiene un perfil de calle, claro, que son tantas variables...
- La mesa de casos está abierta cuando ha habido algún caso que era una mujer que estaba en situación de calle, también los hemos invitado para casos puntuales...

En adicciones ya existen centros de atención sociosanitaria, de baja exigencia, que atienden a hombres y mujeres. Siguiendo el hilo de esta conversación en el Grupo Focal, una de las profesionales de adicciones reflexiona sobre la posibilidad de abrir un espacio así pero no mixto, para integrar el componente de protección, y además que pueda incorporar los elementos de trabajo de violencia que sí se tienen en el SAVG:

- [profesional adicciones] Pero si, bueno, aparte de esto de la mesa, yo creo que hay una falta... todavía no hemos encontrado *el quid* del recurso donde quizá puede ser un recurso... yo a veces pienso en nuestro centro de atención básica sociosanitaria, el antiguo Fúcar, que es un centro de acceso directo. Si hay un centro de acceso directo para alojar a hombres y a mujeres con problemas de adicciones, quizá no es tan loco plantear un recurso solo para mujeres, y que sea un espacio donde puedan acudir o puedan no acudir, pero que sepan que en un momento dado, si se encuentran en determinada situación, puedo ir ahí y me pueda atender un sanitario o sea... si ya existe [un centro así] sin el concepto de protección, porque lo que le pasa es que no es un centro protegido, pero sí que hay una atención a personas que están en situación de calle, de muy baja exigencia… Bueno, no sé, yo pienso como por ahí, quizá podemos plantearnos... Y que pudiera tener, claro, lo que no tiene ["Fúcar" y en general los centros de atención sociosanitaria de baja exigencia] es lo que tiene el SAVG: esa información jurídica, esa toma de conciencia de problemas de violencia, esa protección. Eso no lo tiene el centro, al contrario: hay hombres ahí que quizá un porcentaje muy elevado son maltratadores.

Porque emplear estos recursos mixtos en el caso de mujeres con amplios historiales de violencias graves, es ponerlas en situación de riesgo.

> (…) A ver, aunque el CAD evidentemente es mixto, una de las cosas que se vio es que las mujeres necesitan un espacio, y [en el centro de atención sociosanitaria] siempre hay una plaza para mujeres disponible, y tienen su espacio propio, pero sí que es verdad que se queda corto. Yo creo que como todos los recursos mixtos que tenemos actualmente, que si se utiliza para estas mujeres, es ponerlas en mayor riesgo.

Esta cuestión también ha sido ampliamente abordada en la investigación del PNSD de 2021 y la Guía del 2023, que plantean la necesidad de esos ***espacios de cobijo*** para las mujeres en situaciones de tan alta vulneración. La cuestión central suele ser el problema ya expuesto de las competencias (a qué red le correspondería la atención) y la financiación (con un argumento de "duplicidad" de los servicios en el caso de adicciones), que en el caso de la red de violencia de Bilbao – Bizkaia ya hemos visto que las ha asumido como propias en su atención a las mujeres de Bizkaia en situación de desprotección frente a la violencia, y ha otorgado su gestión a una entidad del Tercer Sector que trabaja en adicciones.

Sea la Red de Violencia o sea la de Adicciones, o ambas, quien financiara un espacio así, la experiencia también ha enseñado que debe regirse por un funcionamiento fundamentado en la reducción de daños de amplio espectro, la perspectiva de género en la comprensión y análisis de la problemática de la violencia y el consumo de sustancias, el Cuidado Informado del Trauma (o enfoques en general respetuosos en el acompañamiento y trabajo del mismo), el trabajo grupal feminista, y otras cuestiones centrales descritas en la ya mencionada Guía del 2023 del PNSD.

El Centro Beatriz Galindo trabaja desde esas perspectivas (de hecho, su experiencia forma parte de las experiencias que nutrieron la elaboración de esa guía) y es por ello que las mujeres vinculan y permanecen en ese espacio que perciben como de seguridad. El problema sigue estando, de cara a la red de violencia, que la entrada en ese recurso solo se puede producir a través de la red de Sin Hogar y la gestión plazas, competencias, etc.

> (ENTREVISTA GRUPAL VIOLENCIA PAREJA/EX PAREJA MADRID)
>
> A día de hoy, [Samur Social y Sin Hogar] se separaron y [Beatriz Galindo] es un recurso específico de Sin Hogar. Samur Social es emergencia social en cualquier contexto. En el protocolo de coordinación que tenemos, Red de Violencia y Samur Social, hay una serie de casuísticas que determina cuál de los dos servicios de emergencia lo atiende. Por ejemplo, una mujer en tránsito en Madrid, que pasa por Madrid y tiene una agresión aquí, pero iba a Cuenca de vacaciones y es de Galicia, no la va a atender Samur Social. O si la atiende en primera instancia, nos la va a derivar, porque el recurso de emergencia de violencia somos nosotras. De la misma manera, uno de los casos que está contemplado quién lo atiende dentro de ese protocolo, son estos casos que precisarían alojamiento protegido y que, por alguna circunstancia, entre ellas, un consumo activo que impida la convivencia en un recurso de protección, no es porque haya un consumo activo, es porque es un consumo activo que impide la

convivencia en un recurso de protección con las características de los recursos de protección, en esos casos, Samur asume el alojamiento de emergencia. El problema es aquellos casos que, una vez pasado el momento crítico de la emergencia, no tienen alternativa segura de alojamiento. Sea porque estaban previamente en situación de grave exclusión residencial o sea por otros motivos.

En el grupo focal, las profesionales integrantes tienen claro que sigue siendo un reto pendiente para la red del Ayuntamiento de Madrid.

(GRUPO FOCAL MADRID)
Otro de los retos que a mí me parece, y que también era porque estamos hablando de mujeres que de alguna manera ya están en alguna red que está ahí interviniendo [con ellas], pero tenemos mujeres en situaciones de violencias sin, sobre todo, el tema de la protección, con unos derechos que no se están ejecutando porque no somos capaces de organizar recursos que las protejan mientras mantienen un consumo activo, o mientras están en calle, o sea, que no están según los objetivos de intervención, sino que están muy en la reducción del daño, muy en calle. Creo que eso es un reto que hoy en día hay que pensar de qué forma, porque son las más desprotegidas y las menos atendidas.

Pero lo cierto es que tanto el Beatriz Galindo, como el proyecto Ekin en Bilbao, se encuentran con **cierto embudo en las derivaciones posteriores**. **Se percibe cierto enquistamiento de las situaciones, sobre todo cuando ven que podrían darse pasos hacia delante en la situación de las mujeres en relación a su capacidad y necesidad de espacios más estructurados de intervención**…

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)
Es muy importante también para poder intervenir bien con ellas de forma integral, la coordinación constante pero con todos, con el CSM, con un psiquiatra de turno, un psicólogo de turno, con el Ertaintza incluso, que tienen referentes de violencia de género todas ellas. Y yo creo que estar coordinadas constantemente con cada parte implicada del proceso, facilita muchísimo el trabajar en conjunto y no volver loca la mujer desde la intervención por diferentes partes. Yo creo que esta parte también la trabajamos bastante bien y la valoro como bastante importante. Y luego creo que también es importante no prolongar mucho los procesos que están ya en un proceso de salida, que están ya como más pidiendo una estructura, que han conseguido estabilizarse de cierta manera, que han tenido mejoras, pues eso: no prolongar mucho en espacios donde conviven con mujeres en situaciones igual más crónicas,o en otro momento del proceso, mucho, bastante más diferente, te diría. Al final las ves perjudicándose entre ellas, la una porque necesita más estructura, la otra porque necesita que se sea más laxa con ella, entonces remar por una convivencia, por una limpieza, por un orden, en la parte residencial en concreto, es bastante más complicado. Entonces cuando las mujeres están en un punto del proceso parecido, facilita bastante la situación.

Pero también se producen **embudos en la derivación a otros servicios** (de otras redes), que son necesarios, pero que no atienden a mujeres en estas circunstancias.

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

Tenemos mucho impacto de población, ¿no? Entonces, ¿qué es lo que nos pasa? Que nuestras plazas son limitadas y son temporales, tal y como está configurado en la cartera, que es nuestro paraguas de atención. Entonces, llega un momento en el que tenemos que dar salida y transitar a discapacidad, a dependencia o a exclusión.. Y el sistema de discapacidad, pues a estas mujeres con estos perfiles, no por la discapacidad, es que no las cogen. [Se refiere a un caso donde una mujer con discapacidad intelectual y alto impacto de la violencia, acude en todo momento al espacio con el agresor o agresores, con lo que sufre vulneración y revictimizaciones constantes]

Coinciden que son casos de intervención de más intensidad y tiempo. Y no salen tanto las plazas, no se mueven. En el caso del Servicio de Violencia de Bizkaia, están planteándose crear un recurso que siga siendo de protección y adaptado a estas mujeres, intermedio, dentro del servicio de apoyo a la espera que ya tienen en marcha:

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO-BIZKAIA)

Es un servicio [Ekin] que normalmente siempre está en sobreplaza. Entonces, nosotros ahora mismo lo que procuramos es que la gente esté lo menos posible en la urgencia. Entonces, para eso, dentro de Haziak, estamos pendientes de abrir otro centro para mantener a estas mujeres que se encuentran a la espera de un servicio. Porque se nos enrocan los casos porque no tenemos salida. Porque los casos más complicados utilizan servicios durante más tiempo, esas plazas no tienen mucha movilidad.

5.9 LA CUESTIÓN DE LOS Y LAS MENORES EN LA ATENCIÓN A LAS MUJERES

A lo largo del texto ya se ha ido abordando uno de los temas que, de manera generalizada, más suelen preocupar en las redes de atención a la violencia: el consumo en espacios donde hay alojadas niñas y niños menores. Hemos ido viendo que en las redes consultadas se ha hecho un trabajo para incorporar mujeres con consumo a esos espacios mediante diversas estrategias: desestigmatizar el consumo y contextualizarlo, evaluar el grado de afectación a la convivencia en sí (que se ve afectada por muchas otras cuestiones), trabajar en la capacidad de las mujeres consumidoras para cuidar el espacio donde se las aloja y cobija, la posibilidad de salir a consumir o trabajar desde la reducción del daño siguiendo pautas del centro especializado, etc. etc.

En las líneas que siguen exploraremos otros aspectos relacionados con las mujeres como madres y como madres consumidoras, y su afectación para los procesos de tratamiento y recuperación de la violencia.

Los equipos técnicos de violencia consultados valoran muy positivamente para la mujer y sus hijos/as, que ella pueda estar atendida en tratamiento por uso problemático de sustancias. Sin embargo, en la “batalla legal” con los padres de las criaturas (recordemos que son hombres que han ejercido violencia sobre ellas), es un elemento que en la práctica se emplea como una especie de

"prueba de cargo" contra ellas como 'malas madres'. Son las propias mujeres las que expresan que el recurso de adicciones es algo que puede volverse "en su contra" (y en la práctica es un hecho), y por tanto, **se retrasa aún más su petición de ayuda, o su reconocimiento explícito del problema de consumo.**

(PROFESIONALES VIOLENCIA PAREJA/EX PAREJA MADRID)

Y luego otro tema que a mi me venía a la cabeza pensando sobre todo en el ambulatorio aunque también en el alojamiento es, claro, están las mujeres que están en CAPSEM o que están en los Puntos que ya han roto la relación de violencia, en muchos casos están en una batalla legal en relación a los menores, entonces la asistencia y la atención en un recurso especializado en drogodependencias, es un arma de doble filo. Es decir, por un lado es positivo evidentemente para la mujer y para sus peques, pero muchas veces es utilizado como arma por parte de los agresores en el proceso de guardia y custodia. Es un miedo que a veces verbalizan las propias mujeres en plan, "es que me da miedo porque yo sé que lo va a utilizar". Entonces también es un problema que ellas visibilizan en vez de como una solución.

Si se produce una derivación forzada por los servicios de atención a la infancia y con la amenaza de retirada de custodia, se dificulta la adherencia al tratamiento y se condicionan las posibilidades de trabajo con las mujeres.

En adicciones muchas de las veces es "que no se entere nadie porque me van a quitar a mis hijos". Y cuando te vienen derivadas de un CAI[44], son casos con los que ya la adherencia es muy complicada porque realmente vienen condicionadas totalmente por un recurso de alojamiento o un recurso de protección, para retirar a los menores o para recuperarlos. Viene todo tan mediatizado que llegar a una adherencia con esa mujer es muy complicado desde la sinceridad.

Aunque haya buenas prácticas, como una mesa de coordinación, **el problema sigue siendo que todo gire en torno a si ella es buena madre o no**:

(PROFESIONAL ADICCIONES DE OTROS MUNICIPIOS/PROVINCIAS)

Con el tema de los menores, nuestras mujeres tienen mucho miedo a que se conozca la situación de adicción cuando tienen menores y tenemos muchísimas mujeres que finalmente tienen retirada de los menores, medidas de protección e incluso puntos de encuentro. Entonces todo se complica mucho en ese sentido. En Móstoles también, como en Leganés, tenemos la mesa de violencia de género, que es cada 2 meses donde participan los hospitales, los centros de salud, policía municipal, educación, servicios sociales y todos tenemos un poco esa impresión, ¿no? Que cuando hay adicción por medio, la mujer, bueno, pues como que quiere estar lo más invisible posible para que nadie intervenga. Pues eso, con su situación familiar de menores y demás.

44 Centro de Atención a la Infancia, de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Diferenciar de CAI: Centro de Acogida Inmediata de la red de protección contra la violencia machista de Bizkaia.

Y se interpreta erróneamente que hay una falta de reconocimiento del problema, cuando lo que subyace en el discurso generalizado, internalizado por las propias mujeres, es que "si admito que tengo un problema, pongo en riesgo la custodia de mis hijos/as".

(PROFESIONAL ADICCIONES DE OTROS MUNICIPIOS/PROVINCIAS)

El hecho de que las mujeres reconozcan el consumo de sustancias a veces les da miedo porque creen que va a haber consecuencias por el tema de los niños. Entonces, muchas veces ellas, en el punto de violencia, no reconocen el problema de consumo, de la adicción y hay que trabajarlo un poco. Son las compañeras las que intentan pues que tomen conciencia del problema, que vengan a pedir ayuda. Entonces, ahí hay un pequeño escollo...

No se cobra conciencia de que la situación es altamente insalvable para las mujeres que se ven en esas circunstancias (que recordemos, son víctimas de violencia).

Es una de las profesionales de la red de violencia de Madrid la que señala la necesidad de proteger a las mujeres con consumos y acompañarlas en este proceso[45].

(PROFESIONAL OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

- Y ya si entramos con los menores pues ya no te quiero contar, o sea, si ya entramos con que tengan menores a cargo… Pues ahí yo esto lo llevo fatal, intentamos proteger a la mujer, siempre y cuando no haya un riesgo grave para el menor, o sea, quiero decir...

- Sí, que no haya líneas rojas...

- Sí, pero por eso, que sabemos el señalamiento enseguida en los CAF[46] y los CAI lo mismo: la madre, la madre, la madre. Ya, la madre... y el padre, ¿dónde está la atención sobre el padre y lo que está haciendo?

De hecho, ante casos en los que claramente haya una intervención por el consumo desde los Centros de Atención a la Infancia (CAI), la analítica vuelve a ocupar ese lugar central que las profesionales consultadas ya han señalado como mala práctica. En el Grupo Focal entre profesionales traen a colación un caso en el que se ha forzado la derivación de la mujer al CAD, en una situación en la que claramente el menor estuvo en riesgo, pero principalmente por acción del maltratador:

(PROFESIONAL ADICCIONES GRUPO FOCAL MADRID)

Todo son controles, controles, controles... Y es lo que la mujer también te pide. Pero los controles no garantizan una abstinencia, los controles no garantizan un tratamiento, una evolución favorable del tratamiento. Pero todo el mundo pide controles. El SAVG en este caso quiere controles, el CAI quiere controles (…) han valorado que esa señora tenía un problema de adicción y nos lo mandan al CAD. pero es que eso es como muy relativo. En este caso en concreto es que es una señora que ha estado 2

45 Este tema es ampliamente tratado en la Guía del 2023 y en materiales especializados disponibles en la bibliografía.

46 CAF: Centro de Apoyo a las Familias, del Ayuntamiento de Madrid.

meses y pico en la red alojada. No se ha detectado un trastorno adictivo, que en el día a día se vería si lo hubiera tenido, y cuando hay un conflicto con ella, como había bebido, hay un problema adictivo. Hay un conflicto y hay alcohol de por medio, la derivan al CAI y la psicóloga del CAI me dice "yo creo que esta chica sí que hubo una situación muy fuerte con un menor que dio positivo a cocaína". Que fue el maltratador que suministró la droga al menor, pero fíjate que es el maltratador quien suministra la droga al menor, y es la señora, la chica en este caso, la que tiene que ir a un CAD a hacer controles, la que no se sabe si se la alojará o no, la que no se la protege.

El discurso de la **falta de señalamiento del padre / maltratador** es recurrente en profesionales y mujeres consultadas.

(ENTREVISTA MUJER MADRID)

No, no, no. Lo decidí yo porque ya empecé a ir a asuntos sociales, no sé qué, no sé cuántos, y yo ya veía que esto tenía que irlo atajando porque se me venía un problema, un problema que él fue el primero que en el CAI lo expuso, que yo bebía, que yo tal. Claro, yo bebo, yo tal, y lo de él no. Bueno, es que yo con el CAI no estoy nada de contenta. Tengo que ir, voy, pero a mí no me apetece ir al CAI. Voy porque tengo que ir.

Algunas profesionales señalan claramente la **iatrogenia inherente a estas intervenciones**, que **terminan dificultando también la intervención en violencia por el mismo motivo, la no adherencia cuando se viene motivada por una obligación**:

(PROFESIONAL VIOLENCIA MADRID)

Que la iatrogenia de los profesionales también es un temazo, porque toda intervención está sujeta a retirada, o condicionada. Estar aquí es un indicador de protección; si tú me estás diciendo que no me quitas a los niños porque voy al SAVG. Ir al SAVG a ti [al CAI] te está dando información, pero a mí no porque no ha accedido voluntariamente a un recurso de violencia. Y si entra es para proteger a sus hijos de ti. Tenemos la falta de flexibilidad y la falta de entendimiento con el CAI, es verdad.

En la red de Bilbao, en el recurso alojativo de baja exigencia, llegan mujeres que ya tienen retirada la custodia, o al menos la tutela está en manos de algún familiar. Pero emerge el caso de una chica muy joven que aún conservaba la custodia cuando llega al recurso desde el Centro de Acogida Inmediata:

- ¿Y mujeres, por ejemplo, que tengan consumos, pero que conserven la tutela de sus hijos?
- Ninguna, en estos momentos ninguna. No se nos ha dado el caso. Generalmente, lo puede llegar a tener el otro progenitor, o están… Bueno, miento. Hubo el caso de una mujer de 21 añitos, que vino con la custodia y la tutela todavía de su cría menor. En el momento que ingresa en el Centro de Acogida, esa mujer sigue teniendo la tutela, pero pasa a tener visitas puntuales. Poco después de estar con nosotras, ya le fueron retiradas por la situación de la mujer. Estuvo una temporada con visitas

puntuales, en puntos de encuentro, y en estos momentos la menor está en una casa de acogida. Entonces, no nos encontramos con mujeres que tengan la tutela de sus críos.

Indagando en la situación de esta mujer **después de la retirada de custodia**, emerge claramente el **empeoramiento tanto en la situación de consumo, como de revictimización y violencia**:

- ¿Y esta mujer que pasó con ella, la de 21 años, una vez que le retiraron ya, o sea, que se fue a una casa de acogida la criatura?
- Pues fue para ella durísimo, durísimo. Una situación que le disparó muchísimo el consumo, se encontró fatal, pues volvió a tener contacto con el agresor, con varios agresores también que frecuentaba, y eso le afectó muchísimo. Al final, antes sí que disponía de visitas, aunque fueran dos veces a la semana, pero era un gran avance, porque a la cría se le acababan de retirar. Acababa de entrar en infancia. Se culpabilizaba por su situación de consumo, por todo lo que le removía la situación con la menor, que a veces no era capaz de acudir a las citas con la cría. Salía y al final no iba, "no se responsabilizaba". Detrás de no responsabilizarse estaba, pues el miedo a no dar la talla, la sensación de culpa que tenía ella, y terminaba huyendo de las visitas. Entonces, la menor pasó a otra fase y ya tuvo que distanciarse bastante.

Aunque se produjo la retirada de custodia, y esto supuso un agravamiento de la situación de consumo y violencia de la mujer, **el recurso alojativo de baja exigencia, sostuvo y acompañó la situación, lo que permitió cierta estabilización después de año y medio apoyándola**:

- ¿Y esta mujer, por ejemplo, sigue con vosotras?
- Esta mujer está con nosotras, y esto ocurrió el año pasado, hace como un año y cuatro meses, cinco meses.
- ¿Pero está en Ekin o está en otro programa?
- Está en Ekin. Es una de las mujeres que tenemos en estos momentos en proceso de salida. Generalmente, es verdad que el año pasado, al empezar el proyecto de forma piloto, empezaron las mujeres. La mayoría de ellas han estado durante un año y más. Y en estos momentos ya es cuando empiezan a proyectarse un poco itinerarios de salida, derivaciones a otros recursos un poco más adecuados y más exigentes. No deja de ser una persona de 22 años, una mujer de 22 años, que después de estabilizarse un poco aquí, tiene bastantes posibilidades de poder hacer, pero dándole un poquito más de estructura en el día a día.

Y es también desde los Servicios de Violencia de Madrid que cuentan el caso de una mujer que **desde la flexibilidad de la reducción del daño, y lo que este tipo de intervención posibilita, se recuperó favorablemente de la situación de violencia y consumo, y por ende, sus hijos también estuvieron mejor.** Se trata de **sostener situaciones que a priori "pueden chocar", pero que claramente no suponen**, como se apuntaba en otro *verbatim* anterior, **una línea roja de intervención**:

(PROFESIONAL VIOLENCIA GRUPO FOCAL)

> El caso con niños, este que contaba de la cerveza [se refiere al caso de la mujer que tenía pautadas dos cervezas al día para ir reduciendo consumo], los niños sabían que era domingo porque la madre se tomaba las cervezas rojas y el resto las cervezas verdes, y fue un caso de éxito. El niño decía: "es domingo porque mi madre se toma la roja", que te impacta, pero bueno, luego ya al final a los niños se les dio otra oportunidad de vivir en otro recuerdo... y los niños crecieron una pasada y la madre también… y lo importante es que seguían con la madre…

Es cierto que sigue preocupando el posible impacto que pueda tener en los menores el que una mujer llegue bajo efectos de consumo, pero esto es algo que ya se ha tratado en otras partes del documento, y que con las buenas prácticas referenciadas (trabajar con la mujer el cuidado del espacio y la convivencia, retirada de espacios comunes, trabajo con el entorno no consumidor para entender la problemática del consumo, etc.) es perfectamente asumible.

Solo un detalle más: para una buena gestión de estas situaciones es necesario que las mujeres no compartan habitaciones para que puedan irse a su habitación si llegan bajo efecto del consumo sin molestar a nadie más. En la práctica en los centros consultados es lo que suelen hacer, puesto que interiorizan el cuidado del espacio y los/as menores. Y si no se dispone de habitaciones individuales / por unidad familiar, entonces habrá que tener un espacio para estas ocasiones, puesto que la problemática del consumo abusivo, sea algo puntual o más cronificado, es algo que se ha de contemplar como posible con mujeres en situación de violencia.

5.10 SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: DE CALLE, DE DETECCIÓN Y PREVENCIÓN

En esta investigación también se ha detectado una cuestión que venía siendo claramente reflejada ya desde el 2009 y volvió a emerger en los trabajos de 2021: dependiendo de en qué red lleguen/sean detectadas las mujeres, así se percibe que les cuesta o es más difícil que hablen de la "otra problemática".

En el caso de mujeres consumidoras que llegan a servicios de adicciones, se pone de manifiesto, una vez más, la dificultad para su vinculación directa con servicios de violencia. Se apunta la necesidad de servicios de detección y acompañamiento, y que la Administración lo financie, porque especialmente con las mujeres consumidoras, es algo que sucede: no suelen declararse como víctimas de violencia que quieran/necesiten acceder a los servicios y derechos de atención...

> (PROFESIONAL ADICCIONES BILBAO)
> Claro, es que aunque mejore, que ha mejorado mucho, que se han abierto otros recursos, que estamos aprendiendo mucho también con lo que se está destinando a formación y a este tipo de investigaciones, pero tenemos que dejar, yo no sé quién la tiene que pagar, pero tenemos que dejar la puerta abierta a la detección… Hay mujeres que no van a venir a denunciar, hay mujeres que con el vínculo van a acabar hablando... y creo que también tiene que existir detección y acompañamiento,

porque no todas van a llegar a la puerta y entonces son de Diputación y entonces acceden a los servicios. Así debería ser, pero también tendrá que haber algún recurso donde, bueno, pues podamos acompañarles a que lleguen allí.

Las mujeres consumidoras cuya demanda principal no es a través de violencia, no suelen ver la necesidad o dar el salto de forma explícita a los servicios de violencia, o les cuesta vincular con ellos. Tanto agresiones sexuales dentro y fuera de la pareja, como violencia dentro de la pareja/ex pareja.

Las explicaciones que ofrecen las profesionales son diversas: que la violencia en sí no sería su demanda principal de acceso a este recurso; que no quieren tratarlo con profesionales nuevas; que no se perciben en riesgo en situaciones que de hecho cumplirían criterios para un recurso alojativo de protección…

(ADICCIONES COMUNIDAD MADRID)

La mayoría de nuestras pacientes son casos de violencia sufrida en el pasado y no quieren volver a tratar ese tema en la actualidad con profesionales nuevos.

(PROFESIONAL ADICCIONES BILBAO)

Pero en entrevistas sí vemos que lo han vivido o que lo están viviendo. Incluso que sucedan, en el momento que están aquí, sucedan agresiones sexuales. (...) La conexión, el por qué no han entrado en el circuito, digamos, por qué no han entrado por servicio de mujer… Pues yo creo que muchas veces porque está más dentro del relato que de la violencia en sí, a ver si me explico bien. Son mujeres que entran por otras causas, vienen por el tema de exclusión o vienen por el tema de consumo de drogas y luego, en el relato aparece eso [la violencia], pero la necesidad principal que la mujer expresa en ese momento no es la violencia. Porque muchas veces son violencias que han sucedido o que suceden luego en el proceso, cuando ya están metidas dentro de un servicio de inclusión, entonces de ahí el paso hacia Mujer no se da fácilmente.

(PROFESIONAL ADICCIONES BILBAO)

Ahora nos pasa con una mujer en concreto que estamos viendo, ¿no? Viene desde Inclusión y desde hace un par de meses ha ido a vivir con el que era su expareja en una forma un poco extraña y tal, pero bueno, ahora ella ha empezado una nueva pareja, y el ex ha empezado a ejercer violencia sobre ella: control de móvil, control económico, "te echo del piso", amenazas graves de "os voy a quemar a los dos juntos". Entonces de esto informamos al Servicio de Protección "oye, esta mujer está viviendo esta situación", ¿no? La mujer va a necesitar un sitio donde marchar porque está en un piso donde está viviendo violencia". Yo creo que con la administración va a ser sencillo. Nos está costando un poquito más con ella el que vea que efectivamente, "oye que esto no es asumible, que no puedes estar ahí, estás en un riesgo grande", ella no toma miedo a este hombre, porque además es un hombre peligroso… pero ella lo tiene más normalizado y tiene su punto de mira en otros aspectos, como que ya ha pagado el alquiler, entonces lo complicado no es tanto la administración en este caso como con ella...

Llegando a darse situaciones extremas como las que describen las profesionales de la Unidad Móvil en Madrid, en contacto con consumidoras en espacios de marginación como Marconi, que ejercen la prostitución para conseguir la sustancia o cosas básicas como un bocadillo... Estas mujeres sufren violencias extremas (las tiran en marcha de los coches sin pagarles; las agreden), pero se van...

(PROFESIONALES OTRAS VIOLENCIAS MADRID)

Es verdad que a veces piden ayuda, pero luego sus propias circunstancias "boicotean" esa parte, porque claro, es difícil cuando estás ahí con un mono que no te puedes sujetar... Claro, también entendemos que el consumo reducirá su percepción del riesgo y la manera de ver las cosas, pero es complicado protegerlas o poderlas apoyar, porque normalmente suelen desaparecer.

Quizás es que estemos errando en dónde ponemos el foco de atención y cómo, porque recordemos que normalmente se les está hablando de denunciar al agresor, iniciar protocolo de atención, llamar a la policía… Son cosas que en el caso de estas mujeres, que se han acercado a pedir ayuda en momentos de crisis, posiblemente las vaya a "echar para atrás".

Equipos de calle con profesionales de psiquiatría, enfermería, trabajo y educación social, especializadas en intervención en crisis desde perspectiva de género, y que trabajan desde el vínculo y el cuidado informado del trauma, son lo indicado en estos casos. Tanto en Bilbao, como Madrid y Canarias, están funcionando desde las redes de adicciones, sin hogar y salud mental. La clave es que estas metodologías se inserten en las redes de violencia, en un sentido amplio. Se necesita flexibilidad, aprovechar los momentos en que es posible la intervención, desde una óptica de la reducción del daño de amplio espectro. Están tan dañadas, que no se les puede exigir o esperar un comportamiento de autocuidado o lo que calificaríamos de "racional" y de autoprotección frente a la violencia… Equipos de la red de violencia de Bilbao-Bizkaia, ya lo tienen incorporado, y eso se hace patente en su forma de exponer las situaciones y las necesidades que observan, así como los buenos resultados que, paso a paso, dan este tipo de metodologías de intervención.

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO - BIZKAIA)

Luego también otra necesidad que vemos es que a veces hay un equipo como psiquiátrico, de calle, que funciona muy bien. No todas las mujeres pueden acceder a ese equipo porque está en Bilbao. En otros pueblos no hay, y además no todos los CSM nos ofrecen la misma colaboración… Por ejemplo, ahora tenemos una mujer que se tiene que poner el inyectable, que en 10 meses ha tenido 8 ingresos, que tiene 5 diagnósticos diferentes de salud mental, que tiene unos consumos de todo lo que te imagines, de todo. Que cobra el día 10, la RGI[47], el día 12 lo ha gastado todo en consumir, y ya empieza a estar mal hasta que se pone súper agresiva, y al final acaba en ingreso. Luego en los hospitales en cuanto está un poco estable, le dan el alta y le mandan a casa con medicación inyectable ¿Qué pasa?

47 Renta de Garantía de Ingresos (RGI) en el País Vasco es una prestación mensual gestionada por Lanbide para personas o familias con recursos insuficientes.

> que esa medicación hay que reservarla en la farmacia un día antes... Estamos pidiendo a veces peras a un manzano. Si la mujer ha venido a la cita, y se va a poner inyectable, y está convencida, y todo es estupendo, pero tenemos que hacer como tantos previos de: primero ir a encargar la medicación, al día siguiente ir a recogerla y luego ir al hospital para que se la pongan, pues la mujer ya en el paso cero y medio, ya está cansada y ya abandona. Necesitamos que se dispense la medicación de forma flexible en estos casos, que vaya con nosotras y en el momento nos la den y se le pueda poner, que el horario sea flexible, esas cosas como mejora serían estupendas. Nosotras, mira, tenemos un caso de un montón de éxito, es una mujer que ha estado en Madrid también en calle, en San Sebastián, en muchos sitios, y el equipo de aquí de calle, no la habían pillado, no se dejaba, siempre iba un día pero ya no volvía… Entra a Indartuz por Mujer, y hemos establecido una red tan buena de colaboración tanto la Dipu, su técnica, como el hospital, como nosotras, que esta mujer ahora mismo ha pasado de Basurto a Zamudio y de Zamudio a Bermeo. Ahora la están valorando tanto en discapacidad como en inclusión. Hasta que no tenga algo no va a salir de la red. Esta mujer ya está protegida, y encima es una mujer que tiene consumos, ¿eh? y ella lo agradece un montón porque iba con un machete en el bolso, porque estaba en la calle, para que no le hicieran nada.

Las intervenciones más pequeñas necesitan de una formación y profesionalización que sepa adaptarse al daño que tenemos delante, para no errar el foco:

> Luego el tema del olor corporal; esta chica tenía un olor muy fuerte y nosotras en plan: "se tiene que duchar, porque no sé qué", y nos decían en la formación y nos decía la psicóloga: "es una protección para ella porque genera rechazo ese olor" y al final el cuerpo es inteligente y además, es que aunque ella se duchaba, seguía teniendo ese olor.

Hacer sentir a personas con violencias muy graves sufridas, que se las está apoyando, y no expulsarlas ante comportamientos en definitiva esperables en las situaciones que ellas se encuentran.

> Ahora por ejemplo ya no tiene nada que ver... ella está, se siente protegida, se siente bien, se está cuidando… ella misma agradece la ayuda que le ha brindado la Dipu, en los hospitales y nosotras. Se siente cuidada, no quiere volver a la calle. sigue con algún consumo de marihuana, pero bueno, es mínimo. El tema de la violencia en la actualidad, desde que está en la red, ya se ha erradicado, ya ha funcionado en este caso el trabajo en red. Cuando en Zamudio antes de cualquier cosa nos han llamado, nos hemos puesto en contacto con la Dipu, hemos hecho piña de frente: "no la puedes echar". Necesitamos plazas, esta mujer tiene que estar ahí, luchar en equipo por la persona. Eso para mi, funciona tremendo

De hecho, podríamos emplear varios *verbatims* al contrario, que reflejan prácticas que se están llevando a cabo en los equipos profesionales, y que contribuyen a alejar a las mujeres drogodependientes o con problemáticas de consumo, ya de por sí reacias a estos servicios, de los

sistemas de protección. No vamos a emplear los testimonios recogidos, pero sí queremos destacar dos prácticas especialmente perjudiciales:

- una es cuando se las sanciona por salir a consumir,
- y otra cuando se percibe que no hay una demanda de intervención "pura" por lo terapéutico sino una demanda de intervención "mediada" por las prestaciones o cualesquier otro beneficio que desde la institución se perciba como tal.

Respecto a la primera ya hemos abordado en otras partes de este documento la necesidad de no penalizar ni juzgar el consumo. Pero frente a la segunda práctica consideramos que es necesario ponernos, como profesionales, en reflexión: mujeres que se inyectan en el cuello, que están con hombres más mayores que las "protegen" de agresores, mujeres que sus madres las han prostituido o sus hermanos las han violado, y el consumo abusivo es lo que las mantiene en pie a la par que las sitúa en contextos de mayor vulneración. Quizás no es lo más indicado pensar que "solo vienen por el interés", porque sea como sea, son oportunidades de trabajo y de reducir el daño al que se ven sometidas. La cuestión es poder contar con plazas, seguimiento, aprovechar el momento, y proporcionar respaldo alojativo porque lo precisan y es lo que demandan.

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO - BIZKAIA)

Ponemos en marcha intervención comunitaria rápida, digamos para no perderla. Al final muchas veces ella venía aquí, se metía un bol de arroz de estos al microondas, se hacía un huevo en el microondas, y se ponía a charlar con nosotras, que encima es una salsera, es divertida ¿sabes? Pero es que el rato que está aquí, no está consumiendo, el rato que se va con la compañera a dar un paseo, no está consumiendo y sobre todo, el rato que está aquí, no está con su agresor... Y luego el otro caso que sí que tenemos en situación preocupante, era una chica que estaba en calle, que dormía en casa de "amigos" a cambio de favores sexuales, y claro, cuando el amigo se enfadaba la echaba a la calle y dormía en el ayuntamiento que tiene soportales… Aquí también el trabajo en colaboración de explicarle muy bien a la técnica cómo es el caso, qué tipo de persona es... Pues ahora mismo está en T4[48] y por lo menos esa parte de alojativa la tiene cubierta. Digamos que reduce las posibilidades de ser abusada, de ser violada, de ser agredida, porque no necesita acostarse con, acostarse lo digo muy generosamente, no necesita tener relaciones con un chico para poder tener una casa y que éste la agreda, la haga de todo, y la eche… Y esta mujer por ejemplo tiene consumos de alcohol súper altísimos.

Estos equipos de tanta proximidad terminan pudiendo valorar qué se puede y qué no se puede hacer en función de cada mujer, e incorporan que ellas puedan venir por "necesidad" o "interés" porque es lo que posibilita la intervención, el trabajo para el establecimiento del vínculo y posteriores posibles avances, acordes a lo que la mujer quiera y necesite hacer.

48 Espacio alojativo de reducción del daño, baja exigencia. Tiene conveniadas plazas con el Servicio de Protección.

> Hay otra chica que es complicado... necesitaría un recurso que vincule [y no uno restrictivo], porque es que ella luego funciona bien porque ha sido menor tutelada de centro. A ella que tú la restrinjas en el sentido de "bueno, este es tu dinero, pues lo primero que tenemos que guardar es 400 para una habitación, ¿te parece bien?" es como que acepta las indicaciones, la norma. Está muy institucionalizada en ese sentido. Porque igual tú a otra mujer le dices "pues tenemos que guardar esto para pagar una casa ¿qué te parece?" Y ella : "no no no" Primero consume ¿no? y esta otra chica, sin embargo, sí [hace caso de la indicación]. Que ahí estamos un poco en necesidades, qué necesitan ¿la necesidad qué te indica? Es el tema de vivienda, de un lugar seguro. Porque es que yo misma me pongo en esa situación, tú o yo, cualquiera, qué me estas contando, si lo primero es que no tengo dónde ducharme, no tengo dónde comer y estoy como en una jungla, que tengo que estar protegiéndome todo el rato... estoy sobreviviendo.

Y de hecho lo indicado en estas situaciones es un trabajo motivacional adaptado al momento/estadio en el que se encuentra la víctima con respecto al cambio, desde el vínculo, y a través de las demandas propias que ella tenga, ya que, al fin y al cabo,y de una u otra manera, ha llegado a los servicios de violencia.

5.11 VALORACIÓN POLICIAL DEL RIESGO. LA INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO[49] DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS UFAM

Para esta investigación hemos contado con la participación de varios/as agentes pertenecientes a la UFAM que han estado en alguna de las ediciones del *Curso de Drogodependencia y Violencia Contra la Mujer* organizado por UNAD y UFAM Central, dentro de la División de Formación y Perfeccionamiento de la Policía Nacional.

Somos conscientes de que hay otros Cuerpos y Fuerzas de Seguridad tanto locales, autonómicas como del Estado (Guardia Civil) implicados en la atención a las víctimas de violencia de género (tipificada legalmente de forma separada por un lado como de género en la pareja/ex pareja y por otro la violencia sexual), pero nos hemos limitado a este grupo de informantes en tanto sus observaciones parten de un conocimiento situado para con el objeto de investigación, y porque en muchos casos han puesto en marcha acciones concretas ante la especial situación que presentan las mujeres con drogodependencias. Es decir: creemos que la experiencia de las UFAM que han pasado por un proceso de sensibilización y formación en "drogodependencias y violencia contra la mujer", pueden contribuir a esa atención integral que persigue la elaboración de este documento.

49 Nos referimos a toda la violencia contra la mujer por razón de género, es decir: la violencia dentro de la pareja/ex pareja que se tipifica como violencia de género, y la violencia sexual, que es uno de los máximos exponentes de la violencia de género, aunque no esté tipificada como tal en nuestro código penal (aparece recogida como tal en la Declaración para la Eliminación de la Violencia contra Mujeres y Niñas de 1993 de la ONU, en el Convenio de Estambul de 2011, etc.)

Lo primero que siempre reflejan es la especial dificultad para su seguimiento y protección como víctimas (algo a lo que tienen derecho), ya que los procedimientos policiales y judiciales requieren de una serie de pasos y elementos que en demasiadas ocasiones no pueden cumplirse con muchas de ellas: dirección/localización, teléfono de contacto, reconocimiento de la violencia de la que han sido objeto y de la relación de pareja/ex pareja en su caso, colaboración activa en la protección, si denuncian: credibilidad de lo descrito, no retractarse, etc. etc.

- El problema es que a veces, como también ha dicho él, ni siquiera reconocen que hay una relación y te cuesta un montón siquiera iniciar el atestado por violencia de género para poder mandarlo al juzgado que corresponde, ¿no? ¿Y qué pasa? Que no suelen entregar a veces parte médico, son mujeres que no asisten, o sea, es decir, no es que la protección sea difícil, es que ni siquiera llevarlas al juzgado es fácil porque, por ejemplo, se produce una agresión, el indicativo aparece, sí, la detención de él es relativamente, además, sencilla de hacer [se refiere en términos policiales ante la evidencia del hecho delictivo] pero, claro, luego cítala a juicio. Es muy complicado.

- Lo que es hacer un seguimiento nos plantea unas dificultades terribles, porque este perfil de víctimas igual ingresa a un albergue, no tienen domicilio conocido. No podemos contar con la red de casas de acogida porque si presentan consumo es uno de los criterios de exclusión. ¿Y qué pasa? Que en los albergues, estas víctimas, como la mayoría de la gente en la calle, está en el albergue dos o tres días y luego desaparece. No tiene ningún teléfono, y si tiene teléfono lo vende para volver a conseguir droga.

- La problemática en la que nos encontramos, pues muchas veces veo mucho en mis compañeros de trabajo, sobre todo en Seguridad Ciudadana, a lo mejor en oficinas de denuncia, que se les resta mucha credibilidad a la víctima consumidora. Entonces, eso repercute en un problema en el trato o hacia el trato que reciben estas personas. Por otro lado, bueno, muchísimas problemáticas por falta de colaboración de ellas y, quizá, bueno, motivado un poco por la dependencia que puedan tener de su agresor, ¿no?, en muchos casos es el que le suministra el consumo. Entonces, eso deriva en muchos protocolos cero[50] y mucha dificultad para conseguir medidas por la autoridad judicial. Más allá de eso, el problema mayor que veo que tienen mis compañeros que trabajan en protección a la hora de realizar un trato o un seguimiento de estas víctimas, por la falta de colaboración, que muchas veces deriva en renuncia o inactivación de la protección por falta de colaboración.

Además, exactamente como sucede en muchos espacios de atención a las víctimas de violencia (y por ende, de todo lo que tenga que ver con lo psico y sociosanitario), la sobrecarga de trabajo lleva a que si una mujer presenta especiales dificultades, no se la pueda atender como necesitaría para lograr una vinculación y/o lo que se percibiría como avances en su proceso:

50 Protocolo Cero es la guía de actuación policial establecida por la Instrucción 5/2021 de la Secretaría de Estado de Seguridad, que ordena actuar de oficio ante indicios de violencia de género. Más adelante en el texto se contextualiza qué es y para qué sirve exactamente, desde el punto de vista policial de valoración del riesgo.

> Pero luego, al final, no acaban denunciando. Es que no llegan ni al juzgado. Y muchas de ellas viven en chabolas, son indigentes. Y es que, es lo que decía el compañero, es que es muy difícil citarlas. Y para mis compañeros de protección que tienen ciento y pico víctimas cada uno, es que es imposible...

Echan en falta un recurso de emergencia que acoja a estas mujeres con consumo activo, y que sea de protección, no espacios mixtos como albergues y otros espacios que normalmente están llenos y con mayoría masculina.

> Notamos muchísimo la falta de un recurso específico, que me imagino que en los demás lugares igual, un recurso específico para derivar de urgencia a víctimas consumidoras de violencia de género. Y eso, pues, clama al cielo, porque realmente te encuentras con muchos casos que dan ese perfil y que justamente esos casos se detectan en fines de semana, en horas nocturnas, cuando servicios sociales no están operativos y, bueno, no tenemos más que los albergues municipales y en muchos casos están también llenos de plazas, o sea que no es posible hacer una derivación en condiciones.
>
> Aquí sí que tenemos un centro de baja exigencia. Que se llama de baja exigencia porque exigen poco para entrar, pero, claro, el ambiente es malísimo, todo hay que decirlo, entonces, si tienes una víctima a la que quieres introducirla un poco en, yo qué sé, en otro tipo de hábitos, pues, la verdad es que no sería el mejor sitio, ¿no?

Una de las compañeras de la Comunidad Valenciana habla de una Casa de Acogida para mujeres con adicciones, que, como ya hemos visto en apartados previos de este documento, resulta insuficiente:

> Es solo para aclarar lo que ha dicho del recurso de Alicante. Dentro del centro mujer 24 horas, cuando las derivan a las casas de acogida, hay uno solo para mujeres con adicciones. Pero que las mujeres de las que está hablando él, de las que viven en la calle, las indigentes, no llegan a ir ahí, porque es que no llegan a ir ni al centro mujer.

Y también se encuentran con lo que en esta investigación describíamos con la pregunta metáfora "¿Y tú de quién eres?", es decir: qué red es la que tendría que atender a mujeres donde confluyen múltiples problemáticas, ya que no podemos seguir "cuarteándolas".

> Y luego, otra cosa que yo me planteo que no sé si a vosotros también os pasa es que generalmente las mujeres que tienen drogodependencias, sea alcohol, drogas o sedantes, lo que sea, van de la mano de problemas de salud mental terribles. Entonces, ¿qué pasa? Que hay un cuello de botella en salud mental, es muy difícil introducirlas. Entonces, ¿qué pasa? Que yo estoy, bueno, harta, no, porque es mi trabajo, pero harta de hablar con asuntos sociales, con no sé qué, protección de tal, a la mujer, y hablar con ellos y decirme: "pues, esta mujer no es cliente mía, esta mujer es clienta de salud mental". ¿Y por qué? Porque ya llegan a la puerta de comisaría, a veces, o en intervenciones policiales, pues, prácticamente con alucinaciones, diciendo cosas que no son nada creíbles, los indicativos actuantes ya tienen cero credibilidad, en todos los recursos las conocen, en la oficina del juzgado de atención a la víctima la conocen, en no sé dónde la conocen, y no entran, ni entran en salud mental, ¿no? Entonces,

> ahí también hay otro problema, porque se les trata como un cliente de salud mental normal, cuando ellas tienen muchos problemas añadidos.
>
> También quería comentar que sí que detectamos muchos casos de patología dual, de víctimas con enfermedad mental, que se dificulta muchísimo más también, víctimas que no están tomando su tratamiento psiquiátrico y que consumen. Víctimas menores, víctimas consumidoras menores de edad, que las hay, que las hay, o sea, hay de todos los perfiles.

De hecho, los compañeros de Madrid conocen el recurso Beatriz Galindo, pero saben que no es un recurso que se pueda emplear de emergencia. Lo importante además es que **valoran que cuando acuden a ellos, a la policía, es porque están en situación de necesidad, y si no hay una respuesta práctica, pierden la conexión con esas mujeres en un momento donde habría una oportunidad para vincular y poder apoyarlas, y las mujeres vuelven a situaciones de consumo y violencia**:

> Cuando consigues vincular a una víctima con adicciones es cuando ella está en una situación de riesgo muy grave. Es decir, cuando haya sucedido el hecho y necesita de ti, y principalmente lo que necesita es alojamiento. Entonces, ¿qué nos iría bien? Pues tener ese recurso de emergencia para mujeres con adicción. ¿Por qué? Porque tú le estás ofreciendo una ayuda en el momento en que ella lo necesita, y ahí consigues contactar con ella, ahí consigues llegar a ella. Si eso lo pierdes, ella se va a ir y no vas a poder volver a vincular con ella en otro momento porque ya no va a querer saber de ti. Al final somos policías y consumen, o sea, no somos sus amigos, por mucho que intentamos ayudar o intentamos buscar recursos. Entonces, hay que saber el momento exacto donde poder llegar a ellas. Y una de las grandes necesidades que tienen es el tema de alojamiento.
>
> Entonces, tener ese recurso de emergencia sería ideal. Y ya te digo, aquí en Madrid eso no lo tenemos. Al final terminan en Samur Social y es la pescadilla que se muerde la cola. Al final en Samur Social vuelven a consumir con la gente que está dentro de Samur Social y no salen de ese consumo y situaciones de violencia.

Por la experiencia sabemos que **hay mujeres que no dejan de consumir aunque estén en un espacio de cobijo** como lo es el Beatriz Galindo, o en Servicios de Atención en Proximidad (Adicciones - Madrid) Detección y Acompañamiento (Violencia – Bilbao o *Mejora* en Canarias), **pero** al menos **programas así permiten intervenciones desde la reducción del daño de amplio espectro**, y, como comprobaremos en las entrevistas a las mujeres (punto 5.12), **acompañamientos respetuosos desde equipos educativos que sí medien con denuncia ante hechos muy graves que requieren, sí o sí, de una intervención policial y judicial para protegerlas**. Desde las UFAM de otras provincias también se percibe que **un apoyo educativo y de mediación favorece el proceso**:

> Desde aquí percibimos, sobre todo en las reuniones que tenemos con las comunidades GPS, que sí que son víctimas que necesitan muchísimo acompañamiento. Al margen del recurso habitacional urgente, que eso clama al cielo, el que no dispongamos de un recurso inmediato, sí que se detecta que cuando

> hay alguien con ellas, alguien que es un apoyo favorable, sí que permanecen y se adhieren a los recursos. Si se genera ese vínculo y tienen ese apoyo, un apoyo lógicamente favorable, no del entorno del consumo, ellas van a los sitios y permanecen, aunque sea un mes o dos meses, y luego las perdamos, pero son un mes o dos meses que pueden tener un seguimiento y están relativamente protegidas. Pero sí que, claro, también de acuerdo con el resto de los compañeros, lógicamente las que más riesgo y más dificultad [presentan] a la hora del seguimiento y de la protección, son las que no tienen una vivienda y no tienen un teléfono para que podamos contactar con ellas. Pero sí que el tema del acompañamiento sería fantástico. O sea, el poder disponer de alguien, pues una educadora, un recurso, que sí que pueda ir de la mano de ella y hacer esa labor también de educación, porque al final se trata también de una labor muy de educación y de sensibilización, y de estar ahí en ese momento sería fantástico, ya desde el momento de la denuncia.

En este grupo de profesionales se tiene claro que **no todos los "perfiles" de mujeres víctimas de violencia con consumo son como las que están analizando**.

Destacan aquellas que no identifican que tienen un problema de consumo:

> Sí, que además es que solo estamos centrando el foco en la toxicómana de Poblado de Barranquilla, pero es más difícil la mujer toxicómana víctima, que no se reconoce toxicómana. Eso ya es una locura. Porque tú ves que te va a dar la problemática esta de la que estamos hablando, pero tampoco tienen la colaboración de ella como persona toxicómana, ni la colaboración de los días buenos en los que…
>
> Ese caso es muy difícil. Ese caso de eso está por aquí más en Chamberí que la toxicómana de Poblado. Y es complicado, ¿eh? Eso es otro punto aparte. Porque, como le dice esto a una mujer que no se reconoce, que ese problema que tiene puede afectar, además, a la situación de violencia. Eso es complicado. Y tú no se lo puedes decir así, porque si no, como dice D, el tema de la vinculación cero, porque te nota como un enemigo, alguien que está en contra de lo que ella quiere hacer.

Y otras que claramente no terminan de vincular con ningún recurso de tratamiento o de atención a la violencia, y se alargan en el tiempo, con múltiples violencias que van cronificando su situación de consumo. Además, parezca que el único vínculo que mantienen realmente es, aparte de con sus agresores, con sus agentes de protección. La frustración de agentes con implicación en lo que hacen, es evidente.

> Luego tenemos víctimas también, en un caso concreto, que estuve en contacto con la red UNAD, una chica, que es de una familia normal, no está en situación de calle, es una chica que, bueno, tiene una formación y tiene un consumo súper fuerte de hace 20 años de medicamentos. Entonces, esta chica sí que tiene mucha ayuda por parte de la familia, porque la familia está volcada con ella, pero ingresa a un centro, está dos meses, internamiento cerrado, sale y vuelve a consumir. Y además en esos centros te dan la circunstancia de que conoce, pues eso, gente que está en sus últimas circunstancias. Uno de los problemas que se nos planteó fue que inició una relación con uno de los chicos que estaba también tratándose. Iniciaron una relación, salieron los dos, tuvieron alta voluntaria, se fueron a vivir juntos y, bueno, tuvo un episodio violento con una agresión sexual de por medio, peleas y demás. Y esta chica

> la hemos llevado personalmente a centros, la hemos llevado de la mano, a centros para tratamiento psicológico, para que pueda desvinvularse del alcohol y no es capaz, no hay manera, no hay manera. Entonces, ella reconoce su adicción, pero no es capaz de ponerle el freno. Entonces, está abstemia, en dos o tres semanas, y otra vez vuelve. Y, en concreto, con este chico, que le decretaron una orden de alejamiento a raíz del episodio violento que tuvo, ella me llamó que quería retirar la denuncia, que quería retirar las medidas, que ya no quería hacerle daño y demás. Quería retomar la relación con él. Retomaron la relación. ¿Y qué pasó? Otro episodio violento, un quebrantamiento, y, a raíz de este quebrantamiento, el chico ingresó en prisión. Pero, ¿qué pasa con esto? Que el proceso tiene muchas idas, muchas venidas. Ahora, quiero dejar la adicción. Ahora, vuelvo. es como... Vamos, desde el punto de vista de protección, es horrible hacer un seguimiento a una víctima con estas características. Dificulta muchísimo. En el caso de que no tenga domicilio, porque desaparece y no hay manera de contactar, y en el caso de esta chica en concreto, a mí me ha llegado al alma porque empaticé muchísimo con ella y lo di todo. Y, al final, ves que no… Que quiere, pero que no puede. No hay manera de desvincularla. Y, en estos casos, pues tienen… Están muy sometidas al agresor. Tienen mucha... mucha dependencia, Y nos dificulta también muchísimo.

La diversificación de situaciones puede deberse a condiciones particulares como las que se dan en las islas o destinos especialmente turísticos y de consumo masivo de sustancias en entornos recreativos, no exentos de violencia sexual y otras violencias de género.

> Claro, pero es que el rollo es que al menos esas igual tienen hasta iPhone. O tienen teléfono con WhatsApp o algo así. Y tú las citas. Porque si no me equivoco, y estamos hablando del mismo perfil de mujer con drogodependencia, pues tiene una drogodependencia, pero se mueve en un mundo que no es el de calle, ni el de estar con otros toxicómanos, ni nada. Entonces, es relativamente más fácil de localizar. Que es víctima, sí. Y mucho también. Además, es una víctima muy peligrosa. Pero es más fácil de localizar. Porque si fuera por esas víctimas, tú en Chamberí, pero yo en Ibiza, es que gente que consume en verano, que vienen a trabajar en verano, y consume con habitualidad cocaína o *tutsi*, la cocaína esa rosa, eso, hay un montón de víctimas que vienen siendo toxicómanas, no se reconocen y el problema de ellas también es que suelen estar con hombres que les facilitan esa droga. Eso sí. Pero al menos esas las localizas, más o menos. Pero las otras, es que no sabes ni dónde están. Bueno, todo puede pasar, que después del verano nosotros siempre tenemos un apocalipsis, que decimos, porque mucha gente de la que se viene a trabajar en verano con ánimo de trabajar y luego volver a sus residencias de invierno o a sus países de origen, ya no vuelven. Ya se quedan, consumiendo. Y esto es un problema porque en invierno sumas muchas víctimas más con problemas de dependencia.

Son conscientes también de que muchos de sus compañeros y compañeras tienen muchos prejuicios (en todos los *verbatims* que siguen, contrastan los estereotipos expuestos con los análisis que subyacen en este grupo focal de policías que, reiteramos, han pasado por un proceso formativo):

O sea, no sé si diría que el 50% de nuestros atestados son con mujeres con adicciones. Para mí, el principal problema son los propios compañeros porque, digamos que, para ellos, lo dicen ellos, no son víctimas, "es que es una drogadicta". ¿No? Esa imagen hay que cambiarla.

Sí, a ver, yo estoy de acuerdo con vosotros también mucho cuando dicen lo de los compañeros, todavía queda mucha más concienciación de todos de que: "no, son drogodependientes porque quieren" Es como que las adicciones, la prostitución que ejercen y tal, siguen siendo cosas que [son vistas como] "es porque quieren", no sé, es como que se justifica todo [las violencias que sufren].

Y de todas maneras, yo a los compañeros cuando vienen y me dicen, "joder, es que estos dos siempre están igual, porque no sé qué", porque además, claro, ya suelen relacionarse con toxicómanos también, y claro, están todo el día detenidos, y bueno, ya cuando tienen orden de protección, ya ni contarte, cada dos días están ahí en comisaría, hasta que les detienen, no sé, cinco o seis veces y él entra en prisión. Pero yo a los compañeros que dicen "no, es que son iguales el uno que el otro", yo siempre les digo, no, no son iguales, porque si se la carga, se la va a cargar él a ella. La situación no es la misma.

Pero no solo en el entorno policial. **El estigma de la drogodependencia se extiende a profesionales de la abogacía y juzgados**:

Ha dicho la compañera una cosa muy interesante, que, por ejemplo, a veces en la policía, las tratan así, pero si en la policía hacemos bien el trabajo pero luego el abogado de turno que les toque va y, sin decirlo, la trata como "una puta yonki", pues luego desconectan, es decir, que este es un trabajo continuado, es decir que si nosotros hacemos el trabajo bien, respetando a la víctima que no se sienta más víctima por el hecho de su adicción, pero luego llega el abogado o la abogada de turno y el trabajo que hemos hecho nosotros lo destroza, pues al día siguiente ya no se presenta, porque ya se ve otra vez estigmatizada.

Fíjate, en la comunidad GPS es algo que hemos intentado nosotros, es también que participe el colectivo de abogados, porque he visto esto muchas veces, que los abogados muchas veces lo único que les interesa es que luego la víctima vaya al día siguiente al juicio para ellos cobrar la minuta, y cuando es una víctima drogodependiente ya te lo dicen «joder, esta otra vez, seguro que mañana no va a juzgarlo y no cobro», pero que lo dice delante de la víctima y todo, y efectivamente luego ya no va al juzgado, porque se siente otra vez señalada por su drogodependencia. Entonces, es algo que hay que tratar muy bien, nosotros lo estamos trabajando mucho con formaciones como la que estamos dando, con participaciones como esta, pero es que esto es todo un conjunto, porque si luego llega un juez u otro funcionario de justicia que en el momento la trata, aunque no se lo diga, como una drogodependiente, como una yonki, ella desconecta. Y entonces vuelve otra vez a caer en ese consumo, o en esa pareja, o en ese amigo que realmente sí se presta a estar con ella, aunque realmente ese amigo o esa pareja sea lo peor que puede pasar para ella. Pero es un trabajo constante que tenemos que hacer todos. Es muy importante que, aparte de saber todos los recursos, saber actuar con víctimas drogodependientes, porque cualquier error, cualquier palabra mal dicha,

desconecta completamente, desconecta contigo. Ya no quiere saber nada de ti, lo único que quiere es marcharse, no quiere ponerle denuncia, y en los juzgados pasa igual.

E incluso en las Oficinas de Denuncia y Atención al Ciudadano (ODACS)[51]:

- Y yo lo noto mucho, sobre todo en las ODACS. En las ODACS es donde se cogen las denuncias principalmente. Ahí se nota muchísimo. No te voy a decir que cojan la denuncia ya enfadados o molestos, pero sí como con la sensación esta de que no va a servir para nada. Y claro, eso se transmite. Que no va a servir para nada, que van a ir al juzgado de la mano. ¿Cuántas veces habéis escuchado compañeros y compañeras que van a ir al juzgado de la mano?

[asienten varias personas y una apuntilla]

- La frase es: *"que van a salir del juzgado de la mano."*

- Eso: que van a salir del juzgado de la mano.

Porque estas mujeres tampoco vinculan con aquellos servicios de atención a la violencia donde el consumo se percibe como un problema en sí mismo, sin contextualizarlo en la situación de violencia y trauma.

Sí, hay un centro de emergencias, pero, claro, este perfil no lo quieren, porque es un perfil que, claro, tiene que convivir con otras mujeres, que tienen niños pequeños, y es un perfil que ya rechazan.

Aquí, en la Casa de la Mujer, no dejan ni de blas introducir a una mujer en convivencia con problemas de drogodependencias. Prácticamente ni aunque las haya tenido en el pasado, porque a veces nos ha pasado de decir "no, pero está súper bien, ahora lo ha dejado y tal" y nos dicen "no, no, ni de coña, no nos arriesgamos". O sea que nada.

Su experiencia es que cuando sí logran que una mujer con problemas de consumo entre en el servicio de emergencia de violencia de género, normalmente va a estar muy poco tiempo en el mismo, tal como ocurre en el DEMA en Canarias y en tantos otros espacios de emergencia que accedan a incluir a las mujeres con consumo. A diferencia de otros espacios de cobijo donde no se cuestiona el consumo, en los cuales, como ya hemos expuesto, las mujeres sí vinculan y se quedan.

Comparten buenas prácticas que pueden ser de utilidad en estas situaciones. Por ejemplo, actuar de oficio ante riesgos y violencias, que se sostengan de manera evidente (como por ejemplo con grabaciones de cámaras de la zona).

Bueno, es eso, en este caso, ella no quería denunciar, pero claro, nosotros vimos que estaba en peligro, porque ella había pedido auxilio, hubo un testigo que nos refirió que el agresor le dio una paliza brutal,

51 Las ODACS son el primer punto de contacto presencial para la ciudadanía, a la hora de presentar denuncias por infracciones penales o administrativas. Pertenece a la Unidad de Policía Judicial de la Policía Nacional, lo que les permite realizar investigaciones preliminares de las denuncias recibidas.

> y vimos que en la zona podía tener cámaras, y, bueno, las imágenes eran brutales, como le metió una paliza y la arrastraba de los pelos como en plan *cavernícola*, y ella no quiso denunciar, pero con eso este señor está en prisión. Aunque es difícil hacerle un seguimiento a ella, y ya sabemos que está viviendo en _____, pero nosotros entendemos que, aunque ella no quisiera saber nada de nosotros, estaba en un riesgo vital, en este caso, porque esa persona ya tenía una orden de alejamiento con ella, porque era su ex pareja, y fue también por una paliza. Entonces, entendíamos que este señor, en una de esas, era capaz de matarla; ya digo, las imágenes eran de una violencia extrema. Entonces, aunque ella no quisiese, nosotros actuamos de oficio, buscamos testigos, buscamos imágenes, y conseguimos que a este señor se le juzgara. Incluso ella negaba los hechos. De hecho, cuando el Zeta llegó allí, no manifestó nada de lo que había ocurrido. Pero ya digo, las imágenes de las cámaras eran… O sea, no había género de duda.

También plantean, en el caso de estas mujeres en situaciones de tan alto riesgo, **realizar seguimiento** del caso **aunque no figuren como casos activos en VioGén**[52].

> Porque aunque tú sepas que son pareja, ella dice que no son pareja para proteger al otro. Entonces, por ejemplo, la chica que te digo [sometida a violencias muy graves por parte de quien ella niega que sean pareja] empezamos la protección pero sin estar ella dentro del sistema VioGén, porque decía que no eran pareja. Decía que había sexo consentido porque él le daba droga. Había agresiones sexuales. Nosotros hacemos seguimiento de víctimas que ni siquiera están dentro de VioGén.

Del testimonio que sigue se deduce que sería interesante **poder adaptar los tiempos y momentos a estas víctimas**, precisamente porque la policía que habla no está juzgando a la mujer, y entiende que en su calidad de víctima (de violencias muy graves) con un problema de adicción, **el sistema debería poder adaptarse a sus circunstancias.**

> Me estoy acordando ahora de un caso que tuvimos reciente que en el propio juzgado tuvimos que salir corriendo detrás de la víctima, porque se escapaba del juzgado por los tiempos de espera también en el juzgado. Me refiero, ya después de, creo que era el quinto atestado, con protocolo cero, ella nunca se presentaba, bueno, ella adicta al crack además, o sea, que ya el consumo bastante heavy. Bueno, pues ese día logramos que después de la denuncia en el juzgado, pues ya la citasen rápido para poder hacer juicio rápido y concederle ya la orden de protección, porque es que los episodios eran muy graves. ¿Qué pasa? Que en el juzgado en los tiempos de espera, bueno, pues lo que en principio iba a

52 El Sistema VioGén (Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género) es una herramienta creada por el Ministerio del Interior "para mejorar la protección de las víctimas de violencia de género en España. Su objetivo es coordinar a diferentes instituciones, como policías, juzgados, servicios sociales y centros penitenciarios, para compartir información y realizar un seguimiento conjunto de los casos. Cuando se denuncia una situación de violencia de género, las fuerzas de seguridad utilizan el sistema para evaluar el riesgo de que la víctima sufra nuevas agresiones. Según el nivel de riesgo (no apreciado, bajo, medio, alto o extremo), se establecen distintas medidas de protección y vigilancia policial. Además, el sistema revisa periódicamente cada caso para actualizar el nivel de riesgo y adaptar las medidas necesarias, garantizando así una mejor protección y prevención." [extraído de la web: https://sistemaviogen.ses.mir.es/publico/viogen/]

ser rápido, pues se convirtió en toda la mañana... Y a una víctima con estas características, con un monazo de crack tremendo, pues lógicamente no se la puede tener toda una mañana en un juzgado.

El caso es que se habían retrasado porque la tenía que ver el forense, y desde el Instituto de Medicina Forense pues tampoco le supieron dar salida, y la trataron pues como iba bajo los efectos del consumo de sustancias, la vamos a tener aquí escondida para que nadie la vea, y nadie se encuentre con ella, como que se medio olvidaron de ella. Total, que se nos fue y tuvimos que salir corriendo detrás de ella porque la perdíamos, y efectivamente al final la perdimos, porque no quiso volver, no quiso volver. O sea, y así, que no es algo, no es un hecho puntual, que esto es algo que sí que sucede continuamente, que ya no solamente son los tiempos de espera en comisaría, que luego también son los tiempos de espera en el juzgado. Ya es un perfil que es muy difícil el hacerle venir a una comisaría a denunciar, pues ya, qué os voy a decir, que es un juzgado, ¿no?

De hecho, como ya ha aparecido en alguno de los testimonios anteriores, el Protocolo Cero es de especial aplicación para muchas de estas situaciones, en que las mujeres no quieren, en términos policiales, "colaborar". El protocolo cero no es solo actuar de oficio, implica recoger información de calidad que permita una mejor valoración del riesgo a nivel policial:

A modo de resumen: el protocolo cero fue una instrucción de la Secretaría de Estado de Seguridad que sacaron en 2021, porque cuando, digamos que se hace un análisis de las víctimas que están siendo asesinadas, y de vez en cuando hay consejos de ministros urgentes y tal, para establecer a ver qué está pasando con esas víctimas, resulta que una de las cosas que advirtieron fue que las que tenían valoración de riesgo hecha, que no eran ni muchísimo menos la mayoría, les faltaban, es decir, estaban mal hechas. Tenían poca información o la información que tenían no correspondía con la realidad. Entonces, el protocolo cero es una instrucción que se sacó con un decálogo, que es un decálogo que son diez pasos, o sea, que solo nos falta poner dibujos, para que cuando se vaya a una intervención policial y la víctima no quiere colaborar, los indicativos que están recogiendo información en el lugar, luego, cuando llegan a la oficina de denuncias o a la UFAM correspondiente, tengan más información y de mejor calidad, de cara a hacer la valoración de riesgo con más información. Porque, claro, una valoración de riesgo, que tú sabes que son, no sé, veinticinco o treinta preguntas, pues que haya veinte "no se sabe" [como respuesta], pues tampoco, ¿no? O, por ejemplo, que no cuadre, porque si la víctima tiene lesiones, y luego pone "Lesiones: No". Entonces, para evitar eso, se saca el protocolo cero. Mucha gente relaciona el protocolo cero con detener de oficio: "es que he detenido por protocolo cero". No. Detener de oficio se puede de toda la vida de Dios, que está el código penal, y siempre se ha hecho cuando la víctima no quiere colaborar, y realmente tú tienes unos hechos que acreditan esa situación, más o menos, para poder detenerle a él. Pero el protocolo cero, digamos que es un paso más, es esa información que tienes que recoger en el lugar de los hechos cuando la víctima no colabora. Entonces, cuando dicen que se detiene mucho por protocolo cero, es porque efectivamente son víctimas que es perfil de cero colaboración. Vale, pero es un decálogo de que tienen que recoger esta información mínimo, tienes que llevar esto recogido. Es un decálogo que se le da en los indicativos actuales. Por ejemplo, el decálogo dice, tú a una víctima le preguntas si ha sido agredida, y muchas te van a decir que no. Pero si le preguntas: te ha empujado, te ha agarrado del

> brazo, te ha tirado al suelo, te ha pegado una patada, te ha tirado del pelo, te ha pellizcado, muchas te van a decir que sí. Por ejemplo, coger por el cuello, la valoración de riesgo lo pone como una agresión muy grave. Y eso los compañeros no lo preguntan. A ver, que también hay que estar ahí en la intervención, en la casa, con 20.000 personas, en las situaciones en las que están, que a veces son poblados o una casa con 20 personas ahí. Me refiero que también no lo vemos, como estar aquí sentada tranquilamente, que estar ahí, ¿no? Por ejemplo, el decálogo te dice que hables con la víctima en un lugar reservado, que trates de buscar testigos que no pasen delante. Yo qué sé, cosas que, si ha sido sometida a agresiones en el pasado, si ha sido sometida a reconocimiento médico por esas agresiones. Es decir, como que tal, si él alguna vez ha amenazado con suicidarse, preguntas que si tú no las tienes memorizadas, quizás en el lugar se te olvida preguntarlas, y en la valoración de riesgo son muy importantes. Qué puede pasar de un riesgo bajo a un alto

Varias de las personas del grupo de discusión han dado formación a compañeros y compañeras que son quienes llegan en primer lugar a la mayoría de las llamadas y lugares de conflicto: los "zetas". Uno de ellos comparte una buena práctica que podría implantarse en todas las Comisarías del Estado (en caso de que se hicieran un documento y procedimiento oficiales):

> Sí, bueno, con respecto al protocolo cero y la formación de los compañeros, sobre todo los que están en la calle, que son los principales y es la fuente principal de información que se va a tener en estos casos para la evaluación de riesgos, yo he pasado por varias provincias, en _____, estuve allí en UFAM Investigación y desarrollamos un documento que llevaban los zetas. Entonces, cuando llegaban a la intervención, simplemente tenían que seguirlo y rellenarlo. Se les dio un poco de formación, información de lo que era el protocolo 0, de los ítems que había que recoger en la valoración de riesgos y lo llevaban encima, como un documento más de..., como el libro de actas de infracción. Pues llevaban su documento con el protocolo 0 y luego, cuando venían a comparecer, nos lo entregaban. Y eso nos facilitaba mucho hacer la valoración de riesgos. Bueno, quizás puede ser algo que se pueda extrapolar a todas las plantillas. Yo por donde voy, ahora que estoy en ___, lo implantamos allí también y la verdad es que da buenos resultados.

Y así, otros compañeros le piden que lo comparta para poder replicarlo en sus comisarías, puesto que es en esos primeros momentos que ellas pueden contar muchas cosas que sean tenidas en cuenta para la valoración del riegso:

> Sí, me ha parecido maravilloso lo de la plantilla en los zetas, creo que puede ser muy interesante y se podría extrapolar también aquí. Entonces, por mi parte, si lo puedes compartir y podemos tener acceso a ello y hablar aquí con los jefes, pues me parece súper útil, porque en esos primeros momentos es que ellas pueden contar muchas cosas que nos sirven para valorar el riesgo.

Siguiendo con las buenas prácticas puestas en marcha por estos y estas agentes, otro de ellos aporta que el hecho de la drogadicción puede suponer un elemento que en vez de resultar condenatorio/eliminatorio, les permita prepararse para tener otro plan de actuación al ordinario:

> Vale, decía que el problema que yo veo con la drogadicción es que ponemos el foco en la víctima como acusándola, y creo que lo que deberíamos hacer es que nos sirviera de pista para saber anticipar un poco las problemáticas que pudiéramos tener. Por ejemplo, habéis contado una cosa súper interesante que pasa en el juzgado, que cuando se demora mucho la atención, pues ves que se ponen nerviosas, que quieren salir todo el rato a fumar. Pues si nosotros pudiéramos saber de antemano que la víctima es drogodependiente o si lo sabemos, en lugar de que dijéramos "bueno, menuda historia, menudo rollo, vaya, ya verás tú, como no va..." en lugar de eso, fuéramos anticipando, bueno, pues vamos a llamar al juzgado para explicar esta situación, a ver si podemos ir un poco con la hora más apretada, a ver si puedo pedir el teléfono, además de ella, a su amiga o a la casera. O sea, que nos puede servir como un indicador de tener otro plan de actuación, en vez de cogerlo como una prueba para pensar que el caso ya es eliminatorio.

E incluso apunta la necesidad de quizás tener un protocolo adaptado a estas situaciones:

> Porque yo lo veo en muchas situaciones, hablamos todos y todas de los casos con drogadicción de que va a desaparecer. Y no deja de ser verdad, pero en vez de quedarnos en eso, intentar buscar herramientas para que no desaparezca. Yo creo que necesitaremos como un protocolo específico para esos casos, porque es que son casos que no tienen nada que ver con otros, son muy diferentes.

Porque las circunstancias de las mujeres con drogodependencia son diferentes, y es algo a tener en cuenta: la comunicación con ellas dependiendo de la situación de consumo; un entorno social inmediato que no muestra apoyo, o un entorno social compuesto por personas también con problemas de adicción; y muchos aspectos a tener en cuenta que se conocen con experiencia y formación en la materia, para una adecuada intervención policial:

> - ¿Puedes especificar por qué son muy diferentes?
>
> - Pues porque la comunicación con ellas es muy diferente. En los mismos días, como se nos explica en el curso, depende del momento en el que esté de consumo, pues son personas que es muy diferente el trato con ellas, la atención que nos dispensa, es muy diferente a la hora de localizarlas con otras víctimas que, a lo mejor, tienen una vida más estable, con trabajo, una residencia más fija... Es diferente el círculo de amistades que tienen. Porque si tú, a lo mejor, hay una víctima... O sea, no quiero utilizar la palabra "normal", pero, bueno, una víctima que no esté en situación de drogodependencia, pues a lo mejor puedes preguntarle a la amiga o al amigo o a sus padres, pero cuando tú preguntas al entorno de la víctima drogodependiente, es que están hartos de ella la mayoría, o son también del grupo de drogodependientes. O sea, es que es muy diferente. Yo creo que todos nosotros y nosotras tenemos muchos años de experiencia y, además, somos un grupo que es representativo de la policía a medias, porque claro, esto que nosotros sabemos que ocurre, imagínatelo con uno que lleva dos meses y está en la calle, pues es muy difícil de gestionar eso.

Ponen en valor lo que la teoría del Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente explica tan acertadamente: saber valorar el momento motivacional de la mujer, y saber que puede

que ahora no, pero que en otro momento, si has cuidado no juzgarla y hacer correctamente tu trabajo (recoger la denuncia, preparar el atestado policial, reflejar los hechos y las pruebas e indicativos que acreditan lo que ha sucedido), puede ser que sí. Y con una frase para recalcar, también en todos los servicios de atención psicosocial y educativa: no somos nosotros los que decidimos cuándo es el momento de ella.

> Y una cosa además que me estaba acordando ahora que lo hablamos en el curso, aquí también hay mucho trabajo interno nuestro como policías. Cuando estamos atendiendo una víctima así, ya creemos prever lo que va a pasar, porque suele... Esto es lo de los estereotipos que hablábamos. Y a ver, es verdad que en muchos casos es un poco frustrante cuando tú quieres ayudar a alguien y no puedes, pero yo creo que tenemos que poner la energía en… *"Bueno, yo he intentado en este momento, no ha funcionado, pero seguro que tengo otra oportunidad de poder ayudarla"*. Si no, nos desesperamos en ese trabajo y no estamos ahí al pie del cañón para cuando sea ese momento, que no sabemos cuándo va a ser, pero en algún momento es. Yo creo que le podremos dar una atención a la víctima más adecuada. Pensando que **no somos nosotros los que decidimos cuándo es el momento de ella**.

Otra cosa es que tal como funcionan los recursos, recordando lo que hemos analizado en otra parte del documento, haya plazas justo para cuando ella demanda la atención.

De hecho, **ven en la práctica las resistencias generadas por una intervención no adaptada al momento motivacional en el que se encuentra la víctima**:

> (…) a veces es verdad que no es el momento. Y hay veces que a mí me pasa que la víctima drogodependiente me manda a tomar por el culo porque intentas tú ayudarla de más, pero no es el momento. Y entonces pues a lo mejor hay que dejarla marchar y esperar a otra vez que, pues, te digan "oye, pues está en el albergue, acércate con el coche que necesita ir a tal sitio", o "oye, vente con nosotros, te acercamos a PRETOX y luego si quieres hablamos". Pero a lo mejor es que no es el momento que tú te pongas pesado e intentes ayudarla si ella no quiere que la ayuden, es malo porque al final se va a cerrar en banda y cuando te vea va a decir, "mira, el policía pesado". Entonces, muchas veces, aunque te frustre, te piensas, "joder, que va a ir otra vez, que la va a apalizar otra vez", pero no la puedes retener y si ella no quiere... Pues ya habrá otro momento donde a lo mejor podamos acercarnos y un poquito sí que la podamos ayudar. Cada víctima tiene su momento y que hay que saber conectarlo.

Ponen en valor la formación realizada y la importancia de cobrar conciencia de muchas cosas que a priori parecen no tener que ver con la actuación policial (la comunicación no verbal; transmitir la frustración de que tienen múltiples agresores y no toman medidas de autoprotección y cuidado; etc.), **pero que permiten precisamente una mejor actuación en su labor y una mejor atención a las víctimas drogodependientes**:

> Yo tengo que reconocer que desde el curso, en mi manera de entender el trato con las víctimas drogodependientes, hay un antes y después, porque todo esto que decimos tú lo sabías, pero si no lo

> tienes muy, muy, muy presente, sin querer hacemos todo esto que no hay que hacer. O sea, si no estás muy pendiente y prestando mucha atención y teniendo un enfoque muy… sin querer lo haces, es que se escapa, es que un gesto pequeño que no te das cuenta. Y yo aprendí mucho en el curso porque yo me veía reflejado, yo puedo tener una teoría en mi cabeza, y yo creo que todos y todas aquí la tenemos, pero si no te esfuerzas y no prestas atención en tomarte ese caso con lo importante que es, las cuarenta veces que te llegue, da igual, pero si no te estás esforzando mucho, mucho, es que nos equivocamos. Y yo eso lo aprendí en el curso, que como decía D., cualquier gesto que hagamos puede hacer que no haya una buena conexión con la víctima.

Otra compañera comparte **qué hacen en su unidad para localizar y mantener el contacto con las víctimas que son de especial dificultad para el seguimiento**:

> Sí, yo corroboro lo que estaba diciendo la compañera, que el perfil de víctima sin domicilio, claro, lo tiene complicado, hablo desde el punto de vista de protección. Localizar a esa víctima es tremendo. Yo, por ejemplo, el ejemplo que os ponía la chica esta que consumía alcohol, claro, está perfectamente localizada. Sí hay dificultades en el seguimiento porque, bueno, al final oculta parte de la información que es muy relevante para hacer el seguimiento, como encuentros con el agresor y demás. Pero al menos la tengo localizada. En el caso de estas otras chicas que son consumidoras y no tienen domicilio, pues nosotros hacemos acopio de todo el entorno, es decir, si va con el amigo de turno al juzgado, pues le cogemos el número de teléfono del amigo. Si en la denuncia pide a un vecino, pues llamamos al vecino, ¿ya has vuelto a ver a Fulanita por ahí? Recurrimos al albergue, estamos en contacto todos los días, todos los días llamamos. "¿Fulanita pasó por el centro de día? ¿Menganita pasó por el centro de día?, por favor, cuando pase, que me llame".

Además de lo que ya se ha comentado en otras partes del documento acerca de **la no seguridad en estos espacios al ser mixtos**, **se suma que la organización clásica de los albergues y demás espacios**, sin perspectiva de género, en base a normativa – sanción, **dificulta enormemente que las mujeres permanezcan vinculadas**[53]:

> Y las hay que efectivamente, pues están 15 días pasando y luego desaparecen, o las hay que mantienen vínculo con el albergue y, bueno, a la otra semana se la sanciona. Están ahí alojadas, se pelean con otros del albergue, la sancionan y ya no pueden volver en tres días. Entonces ahí ya les pierden la pista durante un montón de tiempo…

Así, esta agente comparte **cómo localizarlas a través de otras herramientas** que tienen:

> Y en muchos casos una herramienta muy útil es Orión[54]. Nosotros nos metemos en Orión y vemos partes de intervención de víctimas que teníamos *mising* y de repente les identifica un Zeta en tal calle

53 En los espacios no mixtos que funcionan desde perspectiva de género no se aplica una normativa con sanciones, y se trabaja desde otra óptica que permite el trabajo desde el vínculo con las mujeres. Se puede consultar en la Guía del 2023 del PNSD ya ampliamente referenciada en este documento.

54 Herramienta Orión: Desarrollada por la Policía Nacional, es un sistema informático que integra bases de datos policiales para agilizar investigaciones, permitiendo analizar grandes cantidades de datos con rapidez.

> y les dice que se ha ido a una tienda de campaña en un parque. Son pistas que nos pueden ayudar a hacer el seguimiento. Orión para nosotros es una herramienta fundamental para localizar a muchas víctimas que tenemos perdidas, o que han cambiado de teléfono y no te avisan, y de repente le dan un nuevo teléfono al Zeta. Entonces, bueno, es una pista interesante para localizarlas.

A cualquier persona se nos puede ocurrir que **este control podría ser entendido como un menoscabo de la libertad y autonomía de la persona**, puesto que ésta no ha cometido ningún delito por el que deba ser investigada, **pero recordemos que el objetivo de este seguimiento y control no es punitivista, ni tiene asociadas más acciones que aquellas relacionadas con las labores de protección de mujeres que se encuentran en situaciones de alto riesgo**. Es importante que puedan contactar con ella, porque de ese contacto es que pueden obtener información para la valoración policial del riesgo.

Es inevitable pensar que este especial seguimiento las somete muchas veces a un control no deseado y que las retrotrae a experiencias de victimización, y que en todo caso, como ya se ha señalado en otras partes de la investigación, debería hacerse con los agresores, valorando el riesgo de posible reincidencia y riesgo de que comentan una agresión. Esto ya existe a través del Sistema de seguimiento por medios telemáticos de las prohibiciones de aproximación impuestas en materia de violencia de género y violencia sexual (los conocidos como Dispositivos Cometa) que permite verificar el cumplimiento de esas prohibiciones en los procedimientos en los que la Autoridad Judicial, que es quien tiene la competencia en estas situaciones, acuerde su utilización.

Sin embargo, los casos de las víctimas drogodependientes presentan particularidades que deben ser tenidas en cuenta, y que en todo caso, deben ser tratados por las autoridades competentes en esta materia.

Pero si hemos decidido destacar todo lo anterior, es porque teniendo en cuenta esta perspectiva policial de valoración del riesgo y seguimiento de las víctimas para su protección, consideramos necesario traer a colación una observación en entrevista con varias profesionales de recursos de protección frente a la violencia en la pareja/ex pareja en Madrid que, en determinado momento, expresaron que muchas veces percibían que había "cierto empeño" policial en que se acogiese a mujeres que ellas valoraban que, a nivel técnico en términos de protección, no necesitaban un recurso alojativo. Dentro de su análisis interpretaban que esto se debía a que el hecho de ingresar la mujer en un centro donde en principio no puede salir, permite bajar el nivel de riesgo de esa víctima y, por tanto, también disminuyen las acciones policiales a efectuar (que van en función del nivel de riesgo).

> (PROFESIONAL VIOLENCIA MADRID) Y es uno de los motivos también que les interesa que lleguen a ingresar a un centro de emergencia porque a las 24 horas vuelven a valorar y bajan el riesgo. Entonces, en el momento que bajan el riesgo, a menos que no sea por una indicación explícita judicial, ya no

tienen esa obligación de escoltar a la mujer. En el momento que llegan a un centro les bajan a las 24 horas.

Independientemente de que esto sea o no real, lo traemos a colación porque nos conduce a una reflexión importante ya detectada en esta investigación, cómo se define la protección y la valoración y gestión del riesgo:

1) En Bilbao las mujeres pueden entrar y salir de los centros siempre que quieran. Se han dado situaciones complejas con agresores, sí. No se penaliza a las mujeres por situaciones donde claramente están siendo víctimas de violencia y coerción, y con respecto al agresor, lo gestionan con una estrecha colaboración (y también sensibilización) con la Ertzaintza -que tiene las competencias transferidas en esta materia en la Comunidad Autónoma del País Vasco-.

(PROFESIONAL VIOLENCIA BILBAO – BIZKAIA) Hemos tenido en el servicio de Ekin, por ejemplo, un agresor que ha tenido incluso las llaves del servicio porque una mujer se las dio. No le expulsamos a ella, obviamente, y bueno, pues ahí trabajamos con la Ertzaintza. ¿Con la Ertzaintza cómo trabajamos? Pues, con mucho a pico y pala y haciéndonos alianzas, ¿no? Es lo que estamos ahora mismo haciendo.

Lo que hacemos es una sensibilización. Estamos teniendo muchas reuniones con la Ertzaintza, con todas las unidades, porque lo que pasa es que hay veces que las cosas llegan a altos cargos y no llegan abajo. Entonces, pues desde un conocimiento del servicio, entender cómo funcionamos, entender dónde necesitamos la ayuda, con eso estamos consiguiendo mucha colaboración, ¿no? Sí que es verdad que aquí hay unidades de violencia de género, de violencia machista, bueno, machista donde contactamos. Sí que es verdad que se llevan en diferentes unidades, pero ahí estamos, pico y pala, para que esto funcione y sí que es verdad que nos ayudan.

Por otro lado, claro que hay mujeres con OP, pero la Orden de Protección, pues bueno, pues al final donde está ubicado el centro, pues es gestión de riesgo. Mujeres con OP, eso, que estén en nuestros servicios que hayan sido asesinadas, dejándolas salir libremente, pues yo te puedo decir que yo desde que estoy en este servicio siete años no tengo ni un caso de una mujer que haya estado en nuestro servicio atendida en la urgencia y haya salido [y haya sido asesinada].

2) El Centro Beatriz Galindo es un centro no mixto que funciona como un espacio de cobijo para las mujeres en situaciones de alta vulneración, del que efectivamente también pueden entrar y salir cuando quieran. De hecho, muchas veces sufren nuevas agresiones por parte de hombres con los que se siguen relacionando. Incluso en alguna ocasión hay agresores que llegan a las puertas del servicio, igual que a veces sucede en Bilbao o en tantos otros donde hay mujeres que están tratando de alejarse de un hombre que ejerce violencia sobre ellas. Esas son las situaciones en las que es el momento de llamar a la policía. En el Centro, al que las mujeres SIEMPRE vuelven, porque es donde viven y habitan, se las acoge y atiende, se trabaja para que vayan adquiriendo herramientas de autoprotección… Pero en ningún caso por normativa o condiciones del centro se les impide salir.

Así pues, todo esto en su conjunto nos lleva a una refllexión importante, y es que **la valoración del nivel de riesgo no puede juzgarse en términos de menoscabo de la libertad de movimiento de la víctima**.

De hecho, la protección no va indispensablemente unida al alojamiento. Esta es una idea que ya ha aparecido en otras partes de la investigación. Una cuestión central es que para poder protegerse hay que estar preparada, tener recursos tanto personales como de apoyo para el autocuidado. Y eso es un proceso que puede tardar incluso años, y que también se acompaña desde lo profesional.

> (PROFESIONAL VIOLENCIA GRUPO FOCAL MADRID) Yo creo que es un reto porque la protección no está asociada al alojamiento. Hay muchísimas mujeres con orden de protección que afortunadamente están en sus casas y haciendo una vida visible, que la filosofía de la intervención nuestra es "no la vamos a esconder, el único aquí que tiene que cumplir la orden de protección es el agresor, el resto no", y hay mucho miedo... "No, es que tiene una orden de protección", ya, pero es que puede vivir, de hecho estamos abriendo muchas puertas en el Ayuntamiento de Madrid, en recursos de alojamiento normalizados... Porque por ejemplo, pues esta mujer de las latas de cerveza tenía una orden de protección, pero al final se fue a un recurso de familia, porque era más idóneo, porque era preservación familiar. Es decir que no porque tenga una orden de protección hay que pensar solo en la red de violencia, es decir, nosotras apoyamos técnicamente, y es importante ver caso por caso, porque a lo mejor una mujer si le dices "el plan de seguridad, ATENPRO[55], tal" se nos va... Pues porque son mujeres que no están preparadas para esa toma de conciencia en violencia de decir, "ah, que yo me tengo que autocuidar" Es decir, que hay mujeres que el autocuidado les cuesta mucho, y hay que trabajarlo muy despacio, y hay que tener flexibilidad en la intervención. Que a veces son mujeres que la protección no tiene que ver con el alojamiento protegido, tenemos Viviendas de Semiautonomía, que están sin acompañamiento 24 horas, en ambulatorio, CAPSEM...

De las entrevistas mantenidas con ambas partes (los servicios de atención a violencia y a las adicciones, por un lado, y las UFAM por otro) emergen de todas formas cuestiones muy relevantes en relación al **conocimiento mutuo y los detalles del funcionamiento de cada cual.**

> (AGENTE UFAM PROTECCIÓN) A veces sucede que hay que llevarla al juzgado, y como nosotros no tenemos coche propio asignado, no puedo reaccionar con rapidez. Si es algo programado puedo organizarme y lograr tener un coche para cuando se necesita, pero me lo dicen para "ya", no tengo coche en ese momento, y me encuentro con que han llamado a policía local y ya se la ha llevado, y para

55 Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia contra las mujeres (ATENPRO) "es una modalidad de servicio que, con la tecnología adecuada, ofrece a las víctimas de violencia contra las mujeres una atención inmediata, ante las eventualidades que les puedan sobrevenir, las 24 horas del día, los 365 días del año y sea cual sea el lugar en que se encuentren. El servicio se basa en la utilización de tecnologías de comunicación telefónica móvil y de telelocalización." [Información extraída de la web: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacion-3/recursos/serviciotecnico/]

mi eso es un problema porque esa salida al juzgado me permite hablar con la víctima, poder vincular y aprovechar el momento de acompañamiento para hacer algo más que de 'taxista'.

(PROFESIONALES VIOLENCIA-PAREJA-MADRID) Tenemos que insistirle a la UFAM en cuáles son nuestros requisitos de acceso y que se entienda que no es por el consumo en sí [que no se les de acogida de emergencia].

Desde violencia en este caso valoran el Protocolo Cero, y **que se ponga en el centro la protección de mujeres en situaciones de alta vulnerabilidad, con múltiples agresores y quebrantamientos**. Son mujeres además que no han pasado por los servicios de violencia, aunque tengan historiales largos de violencias sufridas, y que sin embargo la UFAM sí conoce.

(PROFESIONAL VIOLENCIA GRUPO FOCAL MADRID) En esos casos hay veces que policía a mí me dice, "mira, en este caso" - que los conocen muchísimo más que nosotras claro-, "es que están en calle". Le conocen a ella, a él, y ellos muchas veces actúan como poner demandas judiciales por terceros o sea, por iniciativa de policía... Cosa que ni nosotras ni la mujer hacen, y entonces hay veces que me parece que está bastante bien, o sea, que por lo menos lleguen a instancias judiciales determinadas situaciones, que es la única forma en muchas ocasiones de conseguir una orden de alejamiento, por ejemplo, que luego se quebrantará, sí, pero al menos ha llegado.

(…) El sistema VioGén han ido avanzando mucho y es verdad que están muy implicados en la violencia y tienen lo que son la actuación policial en tiempo real. Es decir, si ellos acuden a un domicilio por una llamada de un vecino, ellos lo graban en VioGén, y le llaman Protocolo Cero. Son actuaciones policiales que la mujer no denuncia, la mujer no quiere absolutamente nada, pero a nosotras nos llega porque tenemos un protocolo, y nos llegan todos los días en tiempo real casos de especial vulnerabilidad, que nosotras nos metemos en VioGén y nos dice el riesgo. Puede tener un riesgo bajo, pero la policía ha detectado que es especial vulnerabilidad por intentos autolíticos, por una situación de vulnerabilidad añadida, y nosotras ya desde nuestra unidad, movilizamos los recursos… Nos encontramos con casos estos que violencia no ha tenido ninguna intervención, y en cambio tiene un recorrido por el Protocolo Cero. Son los casos resistentes con agresores persistentes, que se llama, que es muy interesante porque nosotras estamos trabajando en eso, es decir: no teníamos ni idea, 7 agresores y por aquí no ha pasado… No se llega a esas mujeres, pero ellos [la policía] sí.

De hecho, **una de las preocupaciones de los y las agentes de este grupo focal es que estos casos de mujeres con múltiples agresores, que no mantienen el contacto con ellos [la policía], terminan siendo inactivados**, es decir: se les deja de hacer el seguimiento.

- Sí, apuntar que al final con muchas de estas víctimas se pierden, entonces se inactivan. Creo que eso también es importante que se quede reflejado, como no podemos trabajar con ellas, como no podemos avanzar en el seguimiento, se termina inactivando y después tienen muchos agresores. También creo que es importante, que creo que es el perfil de todos, que no es sólo aquí en Madrid, son víctimas que tienen muchos agresores. Y bueno, pues eso que quede reflejado en la reunión creo que también es importante.

- ¿Qué significa que se inactivan?

- Resumiendo muy rápido sería que no seguimos intentando contactar con ellas, no nos entrevistamos con ellas y no se siguen haciendo valoraciones policiales de riesgo. Inactivar viene a ser el, bueno, pues, dejo de trabajar con ellas. Esa sería un poquito la respuesta rápida.

En conclusión, este grupo de agentes tiene claro que **la definición de un espacio seguro y de protección para las mujeres con problemática de consumo pasa no solo por el riesgo frente a un posible agresor reincidente, sino por la existencia de espacios no mixtos de atención integral**.

Pues, claro, a veces en un espacio seguro quizás, pues, me refiero a un espacio seguro, por ejemplo, un tema, muchas veces, víctimas de violencia de género van en un recurso terapéutico por ejemplo Proyecto Hombre, donde ellas van, perfiles de hombres que coinciden exactamente con el perfil del agresor, entonces ahí no se puede trabajar, y me refiero a un espacio seguro donde ellas se pueda trabajar el tema de la adicción, el tema de la violencia de género, la patología dual, porque muchas veces ellas necesitan apoyo psicológico y educativo más que policial. Son recursos muy costosos y, claro, yo estoy en el espacio seguro, y me refiero no solo al espacio habitacional, sino lo que ha dicho también la compañera, donde hay un acompañamiento… Y esos recursos los hay, pero en España los puedes contar con los dedos de la mano, pero esa sería una solución...

5.12 APORTACIONES DE LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES EN PRIMERA PERSONA

Las entrevistas con las mujeres han aportado información cualitativa que llevarían a un cambio de metodología y podrían trabajarse como estudios de caso. Sin embargo, la información ha sido empleada para ir corroborando la selección de las experiencias y buenas prácticas profesionales detectadas a lo largo de la investigación. **En este apartado hemos elegido reflejar aspectos que no hayan quedado explicitados en otras partes de este documento, y que supongan un aporte más a la experiencia profesional desde el punto de vista de las mujeres en primera persona, o aspectos clave que deben ser recalcados**.

Una de las cuestiones que se ponía de relieve es que dependiendo de en qué red sea "detectada" la mujer (es decir: en qué red haya pedido ayuda y haya vinculado) los y las profesionales percibían que les cuesta que "reconozcan y quieran trabajar" la "otra problemática": la de consumo o la de violencia. En la experiencia de esta investigación se han producido matices que quizás conviene tener en cuenta, empezando por que aquellas mujeres que han sido atendidas en los servicios de violencia de Bilbao-Bizkaia tienen claro, y lo exponían abiertamente, que tienen un problema con el consumo pero sienten que en la red de violencia las cuidan y apoyan.

Como ya hemos comentado en otras partes de la investigación, no se trata de establecer comparativas, sino de encontrar los puntos que nos ayuden, como profesionales, a realizar una mejor intervención con mujeres en situaciones de alta vulneración y que ponen en jaque muchas

veces nuestras habilidades para la intervención, así como el sentido de los dispositivos desde los que se las atiende. De hecho, no está de más recordar que, en el caso del recurso alojativo de emergencia de la Unidad de Otras Violencias de Madrid, las mujeres también hablan abiertamente de su consumo, sobre todo después de que las profesionales les aclaren que no es un motivo de expulsión y contextualicen el consumo en la situación de violencia en la que se encuentran.

Es decir: si a las mujeres atendidas en la red de violencia se les proporciona apoyo y aceptación incondicional de la situación de consumo, hablan de ello abiertamente. Y esta es una información especialmente relevante, porque viene a dar una clave que desmonta lo que se conocía hasta ahora.

Veamos otras claves aportadas por las mujeres.

Las mujeres entrevistadas en la red de adicciones de Madrid, coinciden en señalar que un motivo para no volver es lo que perciben como insistencia de las profesionales en tocar (abordar, tratar) temas que a ellas les resultan dolorosos y no quieren tocar…

> (ENTREVISTA MUJER ADICCIONES MADRID) Sí que estuve con una psicóloga en--------. Lo que pasa que lo único que me hacía es remover, remover, remover. Entonces yo salía peor que entraba. Entonces decidí que mejor no. Porque yo iba y sí que algo me apoyaba. Pero es que siempre era recordar los hechos y dejé ya de ir. Porque sí, algún consejo me daba, pero solo era recordar, recordar, recordar. Y yo salía peor que entraba, yo salía… Entonces pues nada, decidí dejar a la psicóloga, vamos, no ir. Y luego en el CAID tenía otra psicóloga también, que era más de adicciones, más que psicóloga. Y no sé qué más. Pero no me encontraba yo... No sé si... No lo sé.

O ven la necesidad de tener un alojamiento para alejarse de su situación, pero no quieren "trabajar" la violencia (ellas refieren que no querían remover ese tema…) y entonces la percepción es de no apoyo, no ayuda. Si lo pusiéramos en contraste con *verbatims* de algunas de las profesionales entrevistadas, esto sería interpretado como un interés "mediado por las prestaciones" y no tanto por lo "puramente terapéutico"…

> (GRUPO FOCAL MADRID) Yo conecté con violencia de género a través de la policía, me lo dio una mujer policía el número de violencia de género y llamé, me dieron una cita y fui, he estado yendo varias veces. Lo que pasa es que realmente a mí lo que me podían ayudar no me ayudaron, me sentí muy desprotegida, no me ayudaron, porque sí, te dan consejos, pero luego lo que es cuando tú pides algo que de verdad necesitas, pues no encontré ni apoyo ni nada. Entonces me pareció el ir allí y contar tu historia de lo que te ha pasado, que encima te remueve, para luego no conseguir absolutamente nada, pues yo dejé de ir. Y al CAD fui, empecé ya hace muchos años por mi médico de cabecera. Y la verdad es que con el CAD estoy muy contenta, ellos son los que me han mandado primero ahí al hospital San Juan de Dios y luego aquí que ya llevo unos meses. En ese sentido sí que estoy contenta, pero con violencia de género no.

(GRUPO FOCAL MADRID) Cuando yo ya quise dar el paso para separarme en 2017, desde 2012 que fui la primera vez, el asistente social me dijo, porque pedía ayuda para poder ser independiente, yo tenía un hijo de 5 años, dependía económicamente del maltratador, y me dijo, palabras textuales: "no hay nada, si tienes familia, que te ayude tu familia". No me lo dijo a malas ella, sino como que ellas no tienen recursos, o no había recursos por entonces, ahora desconozco lo que hay. El verte con una mano adelante y una mano atrás, porque yo se lo decía, pero si yo no te estoy pidiendo dinero, el acceso a un puesto de trabajo y el acceso a una vivienda de protección, algo. Yo me vi que me tuve que ir escoltada por la guardia civil de mi casa, con mi hijo en un brazo y con 4 papeles y 4 calzoncillos y bragas en el otro, a casa de mi madre, que mi madre está en Madrid y yo vivo en la sierra, mi vida se truncó, el colegio de mi hijo, todo, lo tuve que hacer el cambio, porque al final luego, a mí me da mucha rabia cuando veo las campañas de violencia de género en la televisión, que son necesarias, pero sí, mucho denuncia, denuncia, pero sin nada que te sostenga detrás, porque uno de los pasos por los que nos cuesta más dar el paso de separarte o divorciarte, es que te ves desprotegida laboral, de vivienda, económico, de todo, porque ten en cuenta que estás tan hecha mierda psicológicamente que hasta para encontrar un empleo, porque crees que no eres válida ni para limpiar un váter, ni para limpiar unas escaleras... con todo lo digno que es ese trabajo. Y yo es lo que he echado en falta.

Ellas son conscientes de que beben y consumen para olvidar...

(MUJER ADICCIONES MADRID) Entonces, claro, yo ayudarla, yo sí que la ofrecí venir aquí [está hablando de una mujer que conoce a la que quiere ayudar por la situación de violencia en la que está]. Pero tiene miedo. Tiene miedo de moverse mucho y de… Y se ha acostumbrado a la vida que lleva. Beber, beber, beber, beber. Para olvidar también. Yo cuando bebía era para... Para olvidar. Para intentar un poco… O cuando consumía. Yo empecé a consumir con mi ex marido. Yo ya luego caí en el alcohol. Yo me podía beber mucho. Pero bueno, ahora la verdad que consumir… Me puedo beber unas dos latitas o incluso tres al día. Pero consumir yo cocaína y consumir marihuana, no. De vez en cuando si estoy con gente y se saca, se hacen un porrito, te da dos tientos, tres. Pero que no me veo yo adicta realmente antes como ahora.

(MUJER VIOLENCIA MADRID) Mira, sí que es verdad que como pareja que éramos normal, pues sí que bebíamos los dos. Todos los días bebíamos alguna cerveza, ¿vale? Pero bueno, entorno normal y corriente, él un poco más, porque él también consume drogas. Bueno, a fe cierta, porros. Y le pillé una vez coca, que decía que solo era puntual. Y yo no he consumido nunca drogas, nunca. Pero sí que es verdad que la cerveza al final se me fue de las manos. ¿Por qué? Porque estaba tan tensa, tan no sé qué, y sí, pues si me dio por beber, pues más cerveza. O sea, si me bebía dos o tres y tranquilamente y esporádicamente, al día, pues sí que llegué a consumir más. Pero era porque estaba estresada, porque los problemas que tenía por él. Y era como que me relajaba. A mí era como, bueno, mira, yo me doy una cerveza, me relajo y paso. Era como un relax para mí. Me equivoqué, evidentemente. No lo tenía que haber hecho nunca. Pero bueno, lo hice y lo estuve haciendo.

(MUJER VIOLENCIA BILBAO) Me salí de una adicción también. Sí, también es muy complicado porque no sabes qué hacer. Y te lo pide el cuerpo. Más que nada para olvidar. Yo era para sentirme en otro mundo. En otro mundo. Pero vamos, yo ahora no creo que sea adicta ni nada. Sí que tengo que dejar,

> estoy dejando sitios que se bebe mucho. Y yo es que sí, no paro. Porque te invita uno, te invita otro, te invita… Y claro, yo todo lo que me den pues lo pillo. Entonces no me interesa tampoco porque yo tengo también mi cosa. Llego a casa dando voces. Un poco mareada y no me interesa tampoco, porque quiero cuidar ese espacio de convivencia.

Un problema que perciben las mujeres es que **en los recursos de adicciones, no se tiene en cuenta la parte de violencia**. Y esto también puede ponerse acertadamente en relación con lo que comentaban en los recursos de Otras Violencias de Madrid y que la red de Bilbao tiene integrado: **no se resuelve el consumo si no se resuelve o se sale del contexto de violencia**.

> (MUJER ADICCIONES MADRID) Pues [echaba en falta] un poquito de psicología, un poquito de apoyo mentalmente, un poquito que realmente te ayude. Pero vamos, era más bien de pruebas de si había consumido, pero más apoyo en el sentido de cómo te encuentras, como no sé, no solo adicciones, sino porque yo me encontraba fatal. Y más apoyo, más apoyo mentalmente y psicológicamente también, un poquito de no solo si has consumido, sí que también es importante. Pero no me ayudaba tampoco mucho en toda mi situación [se refiere a su estado anímico por la violencia sufrida]. Entonces tampoco me valía mucho, porque yo seguía bebiendo y consumiendo, pero luego ya me quedé en el alcohol.

De la historia de una de las mujeres entrevistadas, en consumo activo y vinculada a un servicio de atención en proximidad del Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, extraemos que e**lla sí ha podido denunciar** y verse acompañada en todo momento por la profesional que también la acompaña en la entrevista (lo pidió como apoyo para poder realizarla). Y denunció porque las violencias fueron extremas. Era necesario que se pusiera freno a esos agresores, pero ella **pudo hacerlo por el apoyo constante que tuvo por parte de la educadora y los agentes de protección (de la UFAM), que le generaron la sensación de no estar sola**.

> - Pues yo opino que no denuncian por miedo, por miedo. Porque, claro, denunciar... Se supone que, claro, un agente no va a estar 24 horas en tu puerta para protegerte. Entonces, pues, por miedo. Y yo tuve que denunciar porque, claro, yo ya veía que iba a morir. Da gracias que sigo viva. Porque yo hubiese muerto si no tengo a mis agentes y apoyo. Si yo no denuncio, yo ya no estaba aquí. Claro.
>
> - Y cuando denunciaste, ¿tú te acuerdas un poco de cómo fue el proceso? ¿A dónde te llevaron? ¿Qué tuviste que hacer? ¿Te acuerdas un poco de esto?
>
> - Sí, claro. Yo, cuando denuncié, me mandaron a------, a la comisaría de allí. Ahí estaba yo consumida, ahí estaba yo hecha un desastre. Y, claro, a raíz de ahí, pues, empecé ya a seguir denunciando. Y, claro, es que he tenido varios casos. Entonces, he tenido que denunciar a uno, pasar todo lo que he pasado. Luego, conozco a otra persona, pasar todo otra vez, denunciar y otro poco. Y, mira, por ejemplo, el primero tuvo diez órdenes de alejamiento. Diez que no... que no...
>
> - Que quebrantaba, ¿no?

- Sí. Y que quebrantó la orden diez veces, por lo menos. Pero yo ahí ya estaba denunciando y todo. Pues imagínate si denuncio y todo y siguen molestándome. Si no denuncias, ¿qué apoyo vas a tener importante? Yo no lo pensaba así, porque yo también tenía miedo, ¿no? Pero, claro, ya me sentía protegida. Me sentía protegida y denunciar porque si no yo veía que… Yo no sé por qué sigo viva, la verdad. Porque hasta que denuncié me costó un poco por miedo, ¿no? Que no sabes cómo van a reaccionar. Pues es que han sido tres historias. La peor es la primera. Pero a otro también tuve que denunciarle. Porque ellos... Es que si te cuento lo que me han llegado a hacer, entonces tuve que decidir denunciar.

- ¿Qué hizo que te sintieses protegida? Cuando hablabas de que te sentías protegida, ¿qué...?

- Pues apoyada por mis agentes, por este centro... que me han apoyado mucho y no he estado sola...

Detalla partes del procedimiento que le ayudaron especialmente (saber qué había sido de los agresores).

Sí, yo bajaba, iban con la furgoneta, yo bajaba y me metían en la furgoneta que tienen atrás ordenador y... como una oficina. Y estaban allí y me hablaban a ver qué tal, me contaban a ver dónde estaba ZZZ, me contaban… Me contaban dónde estaba XXX para que yo me sintiese un poquito protegida. Yo ya sabía que a XXX le habían metido no sé cuántos años a la cárcel, ya me sentí mejor. Luego ZZZ, pues igual.

Y en su caso, la puesta en marcha de una denuncia por parte de otras personas que presenciaron lo ocurrido…

Y con WWW lo que pasó es que le denunció... Bueno, tuvimos un episodio y pasó un coche y la gente fue quien le denunció y que a ellos no les denuncié, pero la gente hizo un escrito y lo que diga la gente es lo que vio.

El hecho es que el daño que han sufrido deja secuelas. Secuelas en el cerebro, en la forma de hablar, en las habilidades y capacidades. Incluso en las ganas o no de seguir con vida en esos momentos...

Sí, porque yo cuando ya pasé todos los juicios, yo llevo con medicación, que yo nunca he tomado medicación, pues llevo con ella por lo menos, no sé, los años. Y ya te queda un trastorno que ya... Yo no podía tampoco, por eso L. me acompañaba, porque yo no podía, se me quedó… No podía explicarme, no podía hablar, no podía hacer papeles, me quedé trastornada y sigo trastornada. Porque yo tengo depresión crónica, que lo ponen en el informe. Entonces, pues claro, ella era la que me rellenaba, y los agentes es que iban una vez por semana a verme, a ver qué tal, a ver, se paseaban por allí… Y bueno, ya ves que de verdad que entre tus problemas y todo ya te queda un trastorno mental de los hombres, ¿no? Sí que es verdad que he intentado suicidarme dos veces porque es que ya no podía más, pero bueno, gracias a Dios pues... quedé ahí. Pero vamos que yo ya no soy la misma, ni mucho menos. Pero bueno, así me pasó. Pero bueno, poco a poco he ido recuperándome.

Los protocolos de atención estrictos dificultan la atención con estas mujeres. Ella había vinculado muy bien con un Espacio de Igualdad, pero por protocolo, debía recibir atención en el Punto de Violencia.

> Fuimos al espacio de igualdad también, sí. Lo que pasa es que lo del Espacio fue cuando ya nos dijeron tenéis que ir al Punto, porque como hay denuncias... En el espacio de igualdad era muy guay con C. Sí. Con la orientadora laboral sí, que estuvimos ahí, en el espacio de igualdad. Pero claro, ya para atención psicológica y de abogada tenía que ser en el punto por el tema de la denuncia.

Cuando después volvieron al Espacio de Igualdad, se habían dado cambios en el equipo, y la vinculación no se dio tan bien. Ella se centra en aspectos pequeños, detalles, que indican un tipo de intervención muy fundamentada en la escucha y la paciencia, que es lo que necesita. De su discurso se puede leer entre líneas que una atención profesional muy enfocada en querer dilucidar cuanto antes, y directamente, la demanda explícita, en su caso (y no es el único), dificulta la vinculación.

> - Que me la cambiaron.
>
> - Es verdad, C. que cambió de puesto...
>
> - Sí. Y claro, ya cuando conoces a alguien pasa como muchas situaciones. Ya tienes una confianza, ya tienes, ya te cambian a otra persona que tienes que… orientarla un poco otra vez, que te conozca y ya te cambia. Porque con C. sí me ayudaba, me ayudaba, me sentía muy bien, muy bien. Y depende también quién te toque.
>
> - ¿Y qué es lo que te hacía sentir bien con C.?
>
> - La sonrisa... La escucha... No es coger y decirte "¿Para qué vienes? ¿Qué quieres?", sino que ves que hay una empatía, y que te escucha. Al ver a una persona ya ves cómo te mira… si te sonríe o no, si se pone muy tiesa… La sonrisa dice mucho, como que te entiende realmente. Mira, te voy a contar una cosa. La asistente social me la han cambiado. D. ya me conocía, sí que me apoyaba, me ayudaba. Ya me han puesto a otra que lo que le interesa es... Pues no sé, "¿qué necesitas?" Por la última vez que fui. Digamos que, no sé, ya es muy diferente. Si a mí me cambian a L. o me lo hubiesen cambiado, pues sería muy diferente. Porque me acompaña en todo, ella sabe todo. Y entonces pues sería para mí que no estaría así. Estaría todavía peor. Y depende de quién te toque. En que te entienda, que te… No sé, las personas tienen personalidades diferentes. Pero que tú te sientas como apoyada, entendida.

Ella ha seguido teniendo el apoyo del servicio de proximidad (refiere la plena disponibilidad cuando lo ha necesitado) y también de su agente de protección. De hecho, hubo un momento donde quiso dejar de seguir sabiendo de sus agresores, y para ella fue importante que el agente lo entendió y respetó.

> Suelo hablar mucho con V. cuando tengo que ir a algún sitio, a alguna cosa, ella me... Vamos, me ayuda en todos los papeles, en todo. Entonces es un gran apoyo para mí. Y sí, cuando necesito, pues vengo, ella está disponible siempre. Si no, pues llamo a mi agente, a B., si me siento un poco mal. Me ayuda también porque me llama, me oye. Ya, bueno, ya hace tiempo me dijo que si quería saber algo de ellos

> y tal, y ya me negué, ya dije que no, que no quería saber si está en la cárcel, si el otro estaba en otro sitio, que no, porque me perjudicaba. Porque digo, joe todos los días, o una vez al mes, 15 días, que me comente que si XXX ha vuelto a entrar, que si ZZZZ ha vuelto a entrar o no sé. Entonces ya dije, me negué, digo, no hace falta que ya me comentes. Y lo vio bien, me lo comentó, que sí quería seguir sabiendo un poquito de cómo iban ellos, pero la verdad que ni me interesa.

La educadora también destaca el **apoyo de la oficina de los juzgados de atención a la victima y cómo eso facilitó su adherencia al proceso.**

> Llegó un momento que teníamos un follón porque habían sido tantas denuncias, varios agresores, ¿verdad? Sí. Y recuerdo al principio cuando íbamos juntas que es que era entrar en un minuto y me salgo, ¿verdad? Que casi salíamos corriendo de allí. Sí. Tú decias: "No me acuerdo, no me acuerdo" y nos íbamos. Y poquito a poco sí que fuiste pillando ya cada vez más confianza en los juicios. Y fue también mucho apoyo, yo creo, para ti o eso me contabas, lo de este equipo. Porque enseguida... "Venga, vamos para la plaza." Y entonces, al principio te acompañaba yo mucho, pero luego ellas sí que empezaron ahí a acompañarte. Te llamaban, oye, que mañana tenemos el juicio porque eran muchos. Entonces, pues bueno, recordarte qué juicio era, con quién, de qué se trataba, el abogado…

De las consecuencias de denunciar, con hombres que ejercen violencias extremas, y se rodean de otros hombres que también las ejercen, es necesario hablar, puesto que van a actuar desde el pacto intragénero, ejerciendo nuevas violencias y/o amenazando a las mujeres que denuncian.

> Sí. Lo que pasa es que todos viven cerca de mi casa. Cerca, bueno, 15 minutos, media hora, pero todos son del barrio. Claro, luego sí que es verdad que he tenido consecuencias. He tenido que, por ejemplo, gente de W, que han intentado matarme. Bueno, luego vienen también consecuencias de denunciar. Por eso, yo sí, yo ya lo decidí porque yo ya tenía miedo. Yo ya digo, cualquier día me matan o… Bueno, si sigo aquí ya le digo porque ya me intentaron ahorcar. Eso es lo peor. Y ya vi peligro y… Y ya está.
>
> Que también había gente que llamaba y decía, pues he visto a uno ahí escondido detrás de un coche. Yo qué sé, me observaba, me... Y ahí sí que yo ya sí que tenía miedo, un poquito. Aunque tuviese tanta ayuda, pero claro, no sabes realmente si te va a aparecer, si... Como me dijo mi agente, que... Claro, que no podían estar 24 horas, porque hay muchas mujeres y no pueden estar 24 horas que no te pase nada. Ellos hacen su trabajo y lo hicieron muy bien, pero claro, tienes peligro, tienes peligro. Aunque hayas denunciado y todo, siempre te queda... Que te persiga, te haga algo.

Ellas **también perciben los espacios mixtos como de no seguridad** frente a manipulaciones de las que les es costoso desenvolverse y "escapar". **Pero rechazan las casas de acogida por ser espacios de mucho control** y que ni siquiera tu familia pueda saber dónde estás...

> (MUJER ADICCIONES MADRID) Yo la verdad que me lo ofrecieron por mi situación con las denuncias y lo que me pasó… pero claro, te dicen que no puedes salir, que no puedes decirle a nadie, ni siquiera a tu familia, dónde estás, y te echa para atrás… Es verdad que durante los juicios habría agradecido estar en otro sitio que no fuera mi barrio, porque además es que ellos me localizaban en el CAID, y me

proponían tomar café, me decían que iban a cambiar… Una vez me tomé un café con WWW y luego pasó que me intentó estrangular...

Y aunque no rechacen ir a una Casa de Acogida, ese control externo no les hace sentirse bien, antes al contrario, porque no poder salir, o tener que salir con horas impuestas de vuelta, les resuena a situaciones de control que han vivido por parte de sus maltratadores:

(MUJER VIOLENCIA BILBAO) Y luego muchas normas. A mí ya por lo que escapé de casa fue... Fue porque me fui a dar un paseo y llegué a las 6 de la tarde y porque le había dejado solo no sé cuántas horas me dio de palos. Cuando llegas a un sitio donde te dicen: "tienes que estar una hora. No sé qué, porque si no…" (se echa a llorar) Y nos explican: "es por vuestra seguridad". Ya, pero... Tengo 52 años.

Las situaciones de riesgo están, pero quizás se trata de no poner unas normas generales de control externo y evitación, sino de trabajar según la situación de cada una y lo que les va sucediendo.

Y eso. Pero bueno, en cualquier caso, es algo que te tienes que acostumbrar. Cuando es por tu seguridad, es por tu seguridad. Yo no me veía tan insegura. Insegura me veía allí en la casa. Pero ya no me veía insegura estando en el recurso. Entonces... Porque él ya fue consciente de que yo iba a tomar medidas. Porque él no se creía que algún día tomaría las medidas, él pensaba que nunca lo haría. Entonces cuando lo hice, ya dijo "esta va en serio, ya no puedo acercarme más". Entonces… No es como otras que las siguen y las persiguen y... Que también tengo compañeras aquí que las persiguen y saben dónde trabajan. Eso sí que es un peligro, claro. Tengo una compañera que dice que cuando iba a trabajar la... Estaba escondido y la agarró por detrás y... Y porque había unas chicas por ahí que la ayudaron o otras que… Tuvo que llevar escoltas porque no la dejaba en paz. Yo ya sé que él, por su origen, por sus hijos, por todo, no iba a volver a hacerlo. Porque... Yo le dije que a juicio no quería ir porque no quería que trascendiera. Le dije "y esto es un favor que te hago, ¿eh? Porque tus hijos no piensen que eres un maltratador. Porque quiero pensar que estás enfermo."

Otra aportación importante y obvia es que no se pueden mantener los centros en sobreplaza. Traemos a colación un *verbatim* sobre el SAVG de Madrid, pero el recurso de Acogida Inmediata de Bilbao-Bizkaia estuvo mucho tiempo en sobreplaza, y esa es una de las cuestiones que más tensiones generaba en cuanto a convivencia y los consumos. Así como tener que compartir habitación con mujeres que están todas en situación de crisis y que no se conocen entre sí, o que te cambien varias veces de habitación por necesidades del servicio...

(MUJER VIOLENCIA MADRID) Y me fui al SAVG, y estuve quince días me parece que fueron, sin poder salir, sin teléfono, y sin nada con mis hijos, que me odiaban, hasta que nos fuimos a la casa de acogida. Y yo, sinceramente, el trato de todas las trabajadoras fue maravilloso. Lo que yo vivía con mis hijos era muy duro, y me ayudaron siempre, siempre, a mí y a mis hijos, en todo momento. Y yo estoy encantadísima del recurso, porque desde mi experiencia, le tengo muy... Sí que es verdad que el

recurso estaba muy lleno, por eso tardaron tanto en mandarnos a una casa. O sea, estaba muy lleno, no dejaban de entrar e ir mujeres, y que se iban a un hotel, que se iban a no sé qué, estaba muy lleno. A lo mejor sí que se necesita más SAVG, o más pisos. Eso estaba saturado, de ir y venir, y tal y cual. Y luego, pues bueno, pues las instalaciones, al final, se quedan un poco pequeñas. Pero yo creo que a lo mejor tiene que haber un SAVG más grande, o más SAVG, o que haya más pisos, para que en el SAVG se esté lo justo, no tantos días, una de esas cosas.

(MUJER VIOLENCIA BILBAO) Bueno, allí he estado 40 días. 40 días. Sí, así que yo, vamos, me he quejado, porque es lo mismo que le ha saltado a él de condena de servicios sociales. Y yo tengo que estar a una hora, tengo tal, tengo cual, me vigilan lo que como, me vigilan las pastillas que tengo que tomar. Me parece un poquito, pero claro, me dicen que son los protocolos de seguridad y tal. Entonces, bueno, llegas a entenderlo. Compartir habitación, de que yo vengo de siete, soy la cuarta de siete hermanos, con lo cual estoy acostumbrada a compartir y a estar en una habitación con más gente. Pero sí que, bueno, en el centro de emergencia sí que me pasó que me cambiaron de habitación tres veces en 40 días. Y, bueno, pues una vez que me estaba acomodando, pum, a cambio, pum, a cambio, pero supongo que no les queda de otra. Siempre quedan otras chicas, otras necesidades, no sé.

La convivencia repentina en situación de crisis, consumas o no, a veces es difícil de llevar.

(MUJER VIOLENCIA BILBAO) Pero bien, vamos. El único que hubo, que podría haber algún, no sé qué, hay algunas, de esos que venimos todas de fuera, somos de cada madre que pueda haber un problema de mala comunicación o tal. Y además, si somos de aquí, las que son de fuera, para entendernos y eso, pues cuesta, cuesta el trabajo. Entonces, ahí siempre hay recelos. Que si tú eres de aquí, como eres de aquí, tú y yo soy de fuera, pero lo demás, las educadoras siempre tratan de lidiar, siempre hacen una reunión a la semana, para ver lo que queremos hacer, lo que no queremos hacer, si queremos hacer talleres, si queremos hacer alguna cosa. O sea que, como era también la primera vez, la verdad es que me resultó un poquito raro. Y los primeros días, pues no dejaba de llorar, claro. Hasta que te ves en una situación que, bueno...

Demasiados recursos atendiendo a la vez les produce cierto cansancio.

(MUJER VIOLENCIA MADRID) Y el CAD, pues oye, estoy cansada porque... Te cansas porque al final tienes muchas citas y tienes que ir al CAI, tienes que ir al CAD, tienes que ir a... Porque también estoy con el CAPSEM. Es que estoy en todos los sitios, hija.

Sobre todo si perciben obligación en ir a alguno de ellos (en este caso el CAD) o que no les ayudan y solo van por no perder a sus hijos (en este caso el Centro de Atención a la Infancia-CAI)

(MUJER VIOLENCIA MADRID) Desde la casa de acogida me dijeron que tenía que ir al CAD. O sea, eso como que es obligatorio. Y luego en la sentencia también pone que tenemos que ir los dos al CAI y al CAD. Lo que no sé es si él va o no va. O sea, es que a mí en mi sentencia me pone que tengo que ir. Así que voy. Pero es verdad que, a ver, yo, al CAD, no me apetece ir porque me pillan lejos, porque suelo

pedir citas por la mañana, es en horario de trabajo, que pierdo tiempo, tal, bueno. Pero al CAD que voy, me atienden muy bien y estoy muy contenta. O sea, no tengo ningún problema. Está muy bien el CAD al que voy. Con el CAI es distinto. Allí me siento juzgada todo el rato como mala madre. Mi experiencia es muy mala con ellas.

Muchas de estas mujeres han pasado por recursos habitacionales alternativos como pensiones. Al ser consumidoras, se ha priorizado que estén en un alojamiento seguro, pero no en convivencia con otras mujeres y menores. Sin embargo, la experiencia ha mostrado que a veces, esos alojamientos dejaban de ser un espacio de seguridad (no hemos empleado el *verbatim* profesional donde hablan de ello, ya que nos ha parecido más ilustrativo cómo una de las mujeres describe lo que le pasó y cómo se intervino con ella...)

(MUJER VIOLENCIA BILBAO)

- Y bueno. Yo al meter la pata en la pensión, porque metí la pata, pues tuve que buscarme un piso.. Y está bien, porque espabilamos y sabemos que esto no es para siempre… es verdad.

- Puedo preguntarte, o sea, tú decides si me contestas o no. Pero que metiste la pata ¿a qué te refieres? Es por no yo imaginar…

- A que no puedes llevar a nadie. Y yo pues metí a una persona. Que aunque yo estuviera pasándolo mal… que dices "Joder. Es que estoy sola siempre. ¿No?" Y no lo pensé. No lo pensé. Es que no pude. No. Te han dicho que no puedes. Pienso que hay momentos en los que tu tristeza y tus cosas, te llevan a hacer cosas que de otra manera no harías. Pero bueno, es así. Es como si tuvieras tu vivienda. Te hacían un seguimiento, eso sí, si tú no podías ir ya todas las mañanas al centro, pues te escribían. Si necesitabas algo, subían, o si no podías bajar, pues te hacían una visita allí. Tampoco estaban ahí a machacarte ni a vigilarte. Pero a veces sí te agobias, porque quiero decirte, déjame vivir, ¿no? o sea, que no vigilan a los maltratadores… Meter así la pata me hizo cobrar conciencia... el que no pensé y metí a alguien allí. Y eso lleva a todo. Y entonces me dicen, pero ¿qué te ha pasado? O sea, ¿qué pasa contigo? O sea, la educadora me hace abrir un poco los ojos. Y es verdad que cuando estuve escayolada y con el ojo morado, no salía de la pensión. Y entonces él me traía, pues, más de un poquito, me traía alguna cosa, tal y cual. Pero de ahí, no mucho más. Sí que consumimos alguna especie de droga, pero bueno, yo no era una consumidora habitual, siempre me han dicho que soy consumidora muy social, más que consumidora yo sola. Yo consumir sola no me llama… Pero sí, él subía y consumíamos...

Aunque tuvo que dejar el alojamiento, se la acompañó en la búsqueda y gestión de otra alternativa habitacional, y se mantuvo la intervención /apoyo con ella.

La ventaja es que la psicóloga me ve todas las semanas. Y además que yo vengo al grupo, la terapia del grupo, también. Es el mismo día. El mismo día yo por la mañana tengo la psicóloga y la terapia del grupo. Y suelo venir una hora aquí dándoles un poco la barrila, a estar con ellas, que si tengo que hacer algo, que si me pongo a pintar mandalas o a hacer otra cosa, o a mirar alguna historia, que igual tengo que hacer un papel o... Y así. Suelo venir casi siempre tres veces a la semana aproximadamente.

Un grave problema que señalan, que ya en el marco teórico aparece y en otras investigaciones lo hemos reflejado, es la necesidad de formación y cualificación de los equipos. Ya aparecía en otro *verbatim* anterior referido al área de la psicología, pero las educadoras en residencial y proximidad, tienen que poder cualificarse para la atención en situaciones de alta complejidad… Esta mujer lo expresa de tal forma que se deduce una falta de habilidades para el manejo de situaciones en crisis, y sobre todo inexperiencia. Es necesario dejar de concebir estos espacios desde la baja cualificación y poca dotación económica tanto de recursos profesionales como habitacionales.

(MUJER VIOLENCIA BILBAO)

Han ido metiendo educadoras que, de verdad, una niña de 18 años para lidiar con una mujer de 50, con problemas de droga, de alcohol, es que no eran las adecuadas. Luego las formas de algunas tampoco eran las adecuadas con las mujeres, ¿no? Algunas que otras tenían un comportamiento extremadamente autoritario y abusivo, porque yo no veía necesario determinadas cosas que decían. Porque ya estás ahí, ya estás bastante lastimada y has sufrido bastante humillación. Y todo para que venga una persona que tiene que cuidarte y hablar contigo de una manera tranquila, suave y educada, y que te trate de una manera autoritaria y diciéndote palabras fuera de contexto. Entonces, en este punto yo las contestaba y decía, mira, no me parece bien lo que estás diciendo, ¿no?

Las habilidades y destrezas para un acompañamiento respetuoso, se aprenden. Para saber acoger y contribuir a que la persona se regule en caso de agresividad o ansiedad.

Saber si están capacitadas o no para afrontar el tema de estas mujeres, porque es muy complicado. Yo entiendo, pero esto es un tema que debería ser abordado. ¿Está preparada esta profesional para entrar en este centro? No es lo mismo entrar en un piso con esa complejidad de mujeres que un piso más para la independencia. Entonces, claro, esto había que pensar en cambiar un poco. El punto este de contratar, esa persona está capacitada o no en determinadas situaciones de agresividad o de nerviosismo, de una crisis de ansiedad. Porque es muy complicado. Una mujer puede venir agresiva, otra puede estar teniendo una crisis de ansiedad extrema. Y tú tienes que estar capacitada para disminuir esta ansiedad, saber manejar esta ansiedad, tranquilizar a esta mujer y entenderla. Y no tratarla con… "No, es que esto pasa, que es una tontería, vete para allá"... de verdad, que ya no. Entonces, tú tienes que entenderla, ¿no? Entenderla, intentar tranquilizarla. Si hay un acto de violencia, si viene agredida, es también saber trabajar en este momento con esta mujer para que se tranquilice, para que se relaje. Y seguida, pues, tomar las decisiones pertinentes.

Así como para acompañar situaciones de extrema vulnerabilidad personal y daño, entre otras cosas, del establecimiento del vínculo… La mujer que habla a continuación es una joven en torno a los 30 años. Sometida a abusos sexuales en la infancia. Que nunca ha dejado de recibir violencia sexual y maltrato en su joven trayectoria. Además ha tenido varios internamientos psiquiátricos forzosos, que han agravado su sensación subjetiva de que el problema es ella… Su discurso es desesperado.

No ve posibilidades de salida a lo que le sucede. Cree que se merece lo que le pasa, porque ella "lo elige..."

(GRUPO FOCAL ADICCIONES MADRID)

Mis compañeras lo saben. Es como que yo le amo, le quiero y me someto y no puedo dejarlo. Y sé que es una relación muy peligrosa, que cuando salga de aquí me puede llevar a un consumo. Pero es como que si no lo tengo, mi vida no tiene sentido. Parece cursi, pero es una realidad. Y llevo mucho luchado, me ha costado mucho este tiempo abstinente. Es verdad que gracias a los recursos tengo mi abstinencia, porque vengo de estar meses en _____, que aquí son seis meses más y me queda uno. Pero estoy agotada física, mental, porque es muy doloroso esto. No consigo salir de esta… es como una droga. Porque hoy te quiere, mañana no te quiere. Yo no soy perfecta, yo sé que también me equivoco, que cometo errores, pero yo no… Sé que no me conviene esta relación, pero no soy capaz de salir de ella. Y estoy atrapada… no soy capaz de… He tenido otras relaciones que, por ejemplo, me han pegado, pero yo estaba también en consumo, me han protegido por sus antecedentes la policía 24 horas, hasta que le encontraron, luego no he podido denunciar porque no he podido. Estuve con otro que me pegó en un hospital porque estábamos acompañando a un amigo suyo y denunciaron los de seguridad, y yo decía que no eramos pareja. Esta persona me insulta, me falta respeto, y yo se me cae el mundo, hasta que se le pasa el enfado, y ya siento otra vez que soy feliz. O sea, llevo arrastrando este tipo de situación **bastante tiempo, y yo no he denunciado nunca, porque es algo que yo elijo. Soy masoca, no sé qué me pasa en la cabeza.**

Y piensa que ella también le maltrata porque le llama 70 veces...

No lo sé. Pero para mí es como una droga, no puedo aguantar y luego le llamo 70 veces, sabes, yo también hago cosas de maltrato, porque yo le llamo 70 veces, me bloquea, le llamo 70 veces.

Las compañeras le ofrecen lo que sí encontraron en el punto de violencia: que alguien te haga sentir que no estás loca. Que te sostengan. Que no eres una basura.

(GRUPO FOCAL ADICCIONES MADRID)

Sí, eso para mí fue un pilar fundamental. O sea, el darte cuenta, te lo explican todo, te sostienen, ¿no? Las emociones, el por qué, que no estás loca, que no eres una basura, todo, todo. En ningún momento te dicen dejar la relación, yo por lo menos con la psicóloga con la que di, yo no te voy a decir qué tienes que hacer. Yo te voy a ir hablando, te voy a ir escuchando, y de ahí, pues ya tomarás tú la decisión. A veces tarda mucho tiempo, hay gente que tarda menos… eso es a nivel individual, pero... Que te puedan agarrar cuando te estás cayendo. O sea, yo te lo he dicho ya muchas veces, cariño.

Pero ella insiste. Su mayor temor es que si va a un punto de violencia, se acabe la relación…

(GRUPO FOCAL ADICCIONES MADRID)
- ¿Qué temes de acercarte a un punto de violencia?
- Pues que se acaba lo nuestro.
- ¿Vuestra relación?

- Claro. Estoy siendo totalmente honesta y me doy vergüenza a mí misma. De verdad, pero es como una droga. Y aunque sé que cuando estamos bien va a volver a estar mal todo, pues es lo que no consigo salir. Ha habido momentos que los de mis compañeras que digo, no, venga, que se acaba, que ya está, que estoy fuerte. Y he aguantado dos semanas. Dos semanas y luego, en cuanto hay un mensajito, hay otra historia, otra vez recaída, es igual. Pero bueno, he conseguido dejar la sustancia. Bueno, y ya por cerrar así un poco, he sido una persona que ha tenido como 70 ingresos psiquiátricos, he tenido muchos problemas psiquiátricos, y ya hace cuatro años que no he tenido nada más. Hace cuatro años que no. O sea que he tenido mucha evolución...

Desde una vivencia como esta, **es ingenuo pensar que va a poder dar el salto a los servicios especializados en violencia, tal como se conciben tradicionalmente. Es solo desde una red flexible que pueda adaptarse a ella, al momento en que ella está, que conseguirá seguir dando pasos, apoyada en una red institucional que esté de forma incondicional, pase lo que pase**.

(MUJER VIOLENCIA BILBAO) Pico y pala. Así han ido conmigo. Pico y pala. Y hoy me dan el alta. Me voy tras 4 años de intervención. Seguiré viniendo de vez en cuando a verlas, claro que sí… Porque si no hubiese sido sin su apoyo, yo no dejo el consumo ni a esos señores que me hacían la vida imposible...

Porque es el **apoyo**, la **relación**, **lo que va a lograr que den pasos hacia la salida**. Bastante se juzgan ellas a sí mismas, partiendo de un lugar de **estigma que han internalizado, y una autoeficacia impactada y mermada**.

(MUJER ADICCIONES CANARIAS) A mí me ha funcionado más el acompañamiento sin juicio. Me acaba de venir ahora, porque ha sido así, de la UAC, tanto de la trabajadora social como del médico, vamos, yo les estaré agradecidísima toda la vida, porque yo no sé cómo no se han enfadado conmigo... Yo me sentía a veces muy culpable, muy mal, no quería ir, porque sentía que los había fallado [por consumir] y siempre me decían: "a nosotros no nos fallas, si acaso, te fallas a ti, pero que tú puedes..." ¿sabes? Entonces, el decirme que yo podía, para mí, ha sido clave, de verdad, con ellos, y con mi hija, que es para mí mi tesoro, el apoyo de mi niña, que también ha sufrido, jolín, porque al final he tenido que hablar con ella y poner las cartas sobre la mesa, porque yo estaba sufriendo a escondidas, o sea, yo bebía a escondidas, y al final, tú decías "mamá, tiene un problema, y tengo que ingresar en un centro", o bueno, cuando salí del centro, pues lo mismo, "mamá está en seguimiento", yo le digo, "voy a la UAC", ¿sabes? Y la niña está orgullosa, y me lo dice, "mamá, estoy orgullosa", que ella solo que esté intentando salir de la oscuridad esa, ¿sabes?...

Pero ese estigma interiorizado no viene de la nada. Socialmente sigue pesando mucho que una mujer consuma de forma problemática… siendo además víctima de violencia. Y más si no entras en el perfil estereotipado que se tiene de ellas (recogemos el testimonio de una mujer con cualificación técnica, que ha vivido ambos problemas en intersección en primera persona).

> Era todo como a escondidas, porque claro, daba mucha vergüenza que alguien como yo [se refiere a su posición laboral] tuviera problemas de adicciones, ¿no? Y que tuviera una orden de alejamiento y todo el desastre. (…) Y quiero contarte mis vivencias aunque sea para hacer un ejemplo de lo que no se debe hacer, porque de hecho yo me siento ahora como si tuviera una tara, algo así. ¿Sabes? La etiqueta, la letra escarlata, ahí. Ahora que voy a volver a incorporarme, saben que estuve en un centro, tu problema con la droga, el alcohol, que tengo dos ordenes de alejamiento, pues entonces juzgan si soy apta para el puesto o no. Y yo afirmo que lo soy el triple que antes, porque además, bueno, la empatía siempre la he tenido, pero es que ahora la tengo más, o sea, tengo más que antes. Porque ahora entiendo desde mi carne lo que se siente...

A pesar de ello esta mujer pidió ayuda para ponerse en tratamiento. El problema es que **los centros de tratamiento no están adaptados a las necesidades de muchas mujeres**, y mucho menos para el trabajo teniendo en cuenta **los efectos de la violencia y la protección frente a la misma.**

> Pero me atreví y pedí ayuda y la verdad es que yo estoy muy agradecida. Me ingresé en un centro, voluntariamente. ¿Qué pasa? Que yo, aparte yo soy mucho de agradecer antes de quejarme, ¿no? Pero realmente, aunque si saqué cosas en claro, me dijeron que tengo TDAH, muy alto por cierto, me dijo el psicólogo "uy, pedazo de TDAH". Eso, unido con los traumas, ¿no? Pues la dependencia emocional, tengo la de las adiciones, todos juntos, pues salgo yo. Y sí, para darme un diagnóstico, pero ya las herramientas para ver qué hago, eso no... Porque claro, yo no tomaba ni medicación. Me acuerdo que me decían, ¿quieres medicación para dejar de consumir? Digo, ¿qué? No. Dije, no, sé que a mí no me cuesta no consumir. Me cuestan más otras cosas... Entonces ese centro, lo recuerdo muy, a ver, por ejemplo, personas que no tienen hábitos, que están a lo mejor en una situación de vulnerabilidad extrema, que están en la calle, pues que necesitan coger rutina, ¿sabes? Levantarse temprano, hacer la cama, pues puede servir mucho, ¿no? Pues en mi caso todo eso, pues al final acabé de jefa de cocina, jefa de la huerta. Acabé haciéndole, tramitándole ayuda a los usuarios allí, ¿sabes? Y sí, estuve dos meses y al final, en un permiso que tuve para el cumpleaños de mi madre, la armé y consumí y a full, vamos. Entonces, eso a mí no me funcionó. Sí me ayudó a conocerme por el tema del, vale, tienes TDAH, tienes esto, tienes… Pero creo que es un eslabón más en este camino que es bastante largo… Y después otra cosa, centros mixtos, uff, cuando tú, el tema de que es verdad, fíjate, cambias una sustancia por otra normalmente, también puedes cambiar una sustancia por un hombre, ¿sabes?, y la dopamina la coges de ahí, entonces eso que sean centros mixtos es un peligro, por lo menos mi caso, y hay más casos, ¿sabes? porque es delicado, el tema de la dependencia emocional, al final vas buscando que te quieran.

De su relato en general se deduce que no hay un abordaje que incorpore los efectos de un posible Trastorno de Estrés Postraumático, o las prácticas del Cuidado Informado del Trauma en el tratamiento, ni espacios no mixtos para garantizar itinerarios de recuperación sin interferencias por la interacción/relación con hombres en espacios de convivencia y terapéuticos… etc. etc.

Cerramos este apartado con un *verbatim* específico sobre la realidad de mujeres migrantes atendidas en los recursos. Las experiencias narradas son ejemplo de nuevas violencias institucionales.

> (MUJER VIOLENCIA BILBAO) [Recogemos el verbatim del momento en el que la educadora traduce lo que ella le cuenta, a través de una herramienta de traducción instantánea por voz. Fue una entrevista larga precisamente por adaptarnos a la dificultad en la comunicación, pero con un poco de dedicación y tiempo, es posible]
>
> - Ella cuando le explican las normas que va a haber allí, ella ya se plantea el ingreso porque no podía tener el móvil, no podía llevar ciertos productos que utiliza para su pelo, para su cuerpo… Las normas eran muy estrictas… El horario de visita, salir, poder fumar y poder usar el móvil. Entonces se le hizo muy largo y muy pesado porque, claro, tenían tele, pero ella no la veía, pues no la entendía. Hacían terapias de grupo, pero ella no entendía. No estaba adaptado en absoluto. En la primera entrevista que vamos, donde le explican todo, fui yo con ella y pedí que pusiesen un servicio de traducción y nos lo pusieron. Pero a partir de ahí ya no más…
>
> - Cuando estoy en el hospital, yo tengo ganas solo de que sea día para salir. No me gusta nada estar en el hospital. Tengo estrés, tengo presa, mucho llorar, no dormir bien, solo con medicación.

La entrevista avanza como se puede entre el traductor y nuestro cuidado para que consigamos entendernos bien y no se sienta mal por ello, y emerge una nueva cuestión: va a ir a tratamiento a un servicio que contempla la intersección con violencia… pero no hay plazas. Tiene lista de espera.

> - Ahora está en lista de espera para el servicio que tiene Dipu con Gizakia, porque que vuelva a un espacio de tratamiento mixto donde además no se contemple la violencia, lógicamente, no quiere. Y nosotras tampoco lo vemos.

La realidad es que todos los espacios que atienden a mujeres de forma integral, con las buenas prácticas que venimos recogiendo a lo largo de esta investigación y anteriores trabajos, tienen lista de espera.

Quizás es tiempo de escuchar y hacer caso:

> Más recursos como estos. Tiene que haber más recursos así...

6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y BUENAS PRÁCTICAS

Creemos que la lectura del Informe en su totalidad es más que recomendable para poder contextualizar y entender las conclusiones que vamos a exponer en este capítulo. El documento contiene mucha información cualitativa (tanto proveniente de la revisión documental como del análisis de las fuentes primarias), que resulta de interés en sí misma para cualquier profesional y personal responsable de la toma de decisiones en cuanto a las líneas de intervención en materia de atención y protección a las mujeres frente a la violencia, incorporando la intersección con el consumo de sustancias. Por tanto, a continuación se exponen una serie de conclusiones de forma clara y escueta, que tienen su correspondencia con los subapartados del Capítulo 5 en caso de que se necesite ampliar información.

Así mismo también se ha elaborado:

- una sistematización de las buenas prácticas detectadas, organizadas por categorías de intervención,

- un cuadro resumen de las correspondencias entre el marco teórico de la revisión documental y las conclusiones de esta investigación.

6.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

> **CONCLUSIÓN 1.- SE HAN ANALIZADO TRES REDES DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA QUE HAN PUESTO EN MARCHA CAMBIOS ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS/SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO (EN SU SENTIDO AMPLIO). DE ESTE ANÁLISIS SURGEN 3 MODELOS / PLANTEAMIENTOS DE LA INTERVENCIÓN, EXTRAPOLABLES A PRIORI, A CUALQUIER MUNICIPIO, PROVINCIA O COMUNIDAD AUTÓNOMA.**

MODELO 1 – Estrecha colaboración (donde la coordinación es uno de los elementos, pero no el único) entre ambas redes de atención: la de violencia y la de adicciones.

MODELO 2 – La red de atención y protección frente a la violencia ha asumido e incorporado la atención a mujeres con consumo dentro de su red de forma transversal. Contextualizan el consumo en la situación general de la mujer, como un elemento más a acompañar en base a su situación de desprotección frente a la violencia y el impacto de la misma en su vida.

MODELO 3 – Creación de un recurso alojativo específico, dentro de la red de violencia, y a disposición de ambas redes. La entrada es a través de los servicios de violencia aunque se pueda derivar desde ambas redes.

MODELO 1 — Colaboración entre ambas redes (Ayuntamiento de Madrid)

Idea central: Integración operativa basada en **colaboración estrecha** entre la red de violencia y la red de adicciones, sin crear un recurso específico nuevo. Se apoya en **coordinación técnica**, formación mutua y dispositivos ya existentes.

Claves estructurales

- **Trayectoria previa sólida**: el Instituto de Adicciones lleva trabajando "*casi 20 años en la intersección entre VdG y usos problemáticos de sustancias*".
- **Preocupación compartida**: las unidades de violencia detectan desde hace años "*dificultad para atender a las mujeres con consumo dentro de los servicios de protección*".
- **Aprendizajes previos**: experiencia de un recurso específico de atención (2008–2012), que se cerró por infrautilización, lo que deja aprendizajes sobre diseño desde Perspectiva de Género. Es pertinente además traerlo a colación porque actualmente esto está pasando en otras partes del Estado. Se analiza con más detalle en el Modelo 3 (análogo a este precedente).

- Impulso técnico más que político: "*El cambio surge más de la voluntad y criterio técnicos que de la política*".
- Mecanismos de colaboración:
    - Jornadas de acercamiento entre ambas redes (2022).
    - Formaciones cruzadas de una red a la otra.
    - Mesa de coordinación de casos compuesta por profesionales de ambas redes y personal con capacidad de toma de decisiones, no solo con criterio técnico.
    - Listado de referentes para coordinación directa entre profesionales.
- Flexibilización del enfoque en la red violencia: se incorpora el consumo como posibilidad y se sostiene la permanencia en recursos alojativos si el consumo "*no es disruptivo para la convivencia*". Para los recursos de atención ambulatoria es necesario que no dificulte la intervención en violencia (se analiza más adelante).
- Apoyo en la red de adicciones para criterios sanitarios y tratamiento ambulatorio
- Limitaciones (a día de hoy):
    - Falta de recursos no mixtos para mujeres que permanecen con consumos activos con alto impacto en la vida cotidiana (sin objetivos de tratamiento o de reducción del daño en consumo pautado).
    - El único recurso no mixto disponible está en la red de sin hogar y no tiene plazas de emergencia.
- Gestión mixta: personal funcionario en ambas redes y recursos gestionados por Tercer Sector.

Enfoque general

Modelo **cooperativo**, basado en **interdependencia funcional** entre redes, sin integración plena ni creación de dispositivos específicos.

MODELO 2 — Incorporación transversal desde la red de violencia (Bizkaia)

Idea central: La red de violencia **integra de forma transversal** la atención a mujeres con consumo, adaptando todos sus servicios y creando dispositivos propios para situaciones de alta complejidad.

Claves estructurales

- Marco conceptual claro: el consumo se contextualiza "*en base a su situación de desprotección frente a la violencia y el impacto de la misma en sus vidas*".

- **Herramienta de valoración propia**: evalúa desprotección e impacto con criterios sociales, emocionales, psicológicos y económicos.
- **Modelo de intervención flexible**: procesos de "*media-alta intensidad y baja-media-alta exigencia*" según situación de cada mujer.
- **Impulso político y técnico conjunto**: el cambio "*se inicia por voluntad política… y se apoya en criterios técnicos*".
- **Formación intensiva y transversal** (2022–2023) en usos de drogas y adicciones con perspectiva de género.
- **Adaptación de todos los servicios**:
    - Las mujeres con consumos no disruptivos permanecen en recursos alojativos con o sin menores.
    - Coordinación/acompañamiento con servicios y entidades de atención a los usos de drogas y las adicciones cuando la mujer lo requiere.
    - Acompañamiento integral de salud, incluyendo consumo.
- **Creación de recursos específicos dentro de la red de violencia** para mujeres con:
    - Consumos muy cronificados.
    - Alto impacto de violencia.
    - Salud física y mental muy deteriorada/impactada.
    - Dificultad para sostener dispositivos de alta exigencia.

  Estos recursos son gestionados por entidades especializadas en atención a las adicciones, en convenio con la red de violencia. Recibieron formación en adicciones, PdG y violencia.
- **Alta adaptabilidad**: la red está en "*continua re-evaluación de los servicios y dispositivos*".
- **Gestión mixta**: funcionariado en la Diputación; atención directa gestionada por Tercer Sector.

Enfoque general

Modelo **integrador**, donde la red de violencia **absorbe la problemática del consumo** y adapta toda su arquitectura para atenderla como un elemento más de la situación de la mujer, como puedan ser otras circunstancias a acompañar (salud mental; migración; discapacidad; etc.).

MODELO 3 — Creación de un recurso específico desde la red de violencia (Canarias)

Idea central: La red de violencia crea y financia **un recurso específico residencial** para mujeres con violencia y consumo, accesible desde ambas redes, pero **sin que el conjunto del sistema incorpore transversalmente la atención al consumo**.

Claves estructurales

- **Sensibilización previa**: formación en PdG y violencia a toda la red de adicciones (2019–2022).
- **Propuesta desde una entidad especializada en adicciones** para crear un recurso específico.
- **Financiación desde violencia**: el recurso no fue financiado por adicciones y se integra como Casa de Acogida de la red de violencia.
- **Acceso centralizado**: derivación por parte de ambas redes, pero el acceso se da a través de la Sección de Violencia de Género del Cabildo en coordinación con el recurso
- **Características/criterios de acceso del recurso**:
    - Residencial de protección, específico para mujeres y sus hijos/as.
    - Requiere motivación para tratamiento y objetivos de abstinencia.
- **Limitación estructural**: no se puede afirmar que la red en su conjunto haya incorporado de manera efectiva la atención y protección a las mujeres en situación de consumo problemático.
- **Intentos de ampliación de atención del espectro de consumo (reducción de daño, adicciones en contexto de sin hogar; etc.)** no materializados por un problema entendido como competencial entre Administraciones/redes.
- **A veces hay periodos de infrautilización del recurso** (no se llenan las plazas). Es necesario recalcar que esto ha sucedido y sucede de forma sistemática en recursos específicos en todo el Estado. Esto no significa que los recursos no sean necesarios, sino que hay que seguir trabajando en la adaptación de los mismos a las necesidades de las mujeres en esta situación. Es un problema ya identificado en investigaciones anteriores.

Enfoque general

Modelo **específico y focalizado**, basado en un **recurso especializado**, pero sin transformación sistémica del conjunto de la red.

TABLA COMPARATIVA RESUMEN

Categoría	MODELO 1 – MADRID	MODELO 2 – BIZKAIA	MODELO 3 – CANARIAS
Impulso del cambio	Predominantemente técnico; político relevante en VdG.	Mixto: fuerte impulso político + criterio técnico.	Sensibilización técnica previa; recurso impulsado por entidad y financiado por violencia.
Arquitectura del modelo	Colaboración estrecha entre redes; no se crea recurso específico.	Integración transversal dentro de la red de violencia.	Creación de un recurso específico residencial.
Adaptación de servicios	Formación cruzada; flexibilización en recursos de violencia; apoyo sanitario desde CAD.	Adaptación completa de todos los servicios de violencia; procesos flexibles según desprotección de la mujer.	Adaptación limitada; el cambio se concentra en un recurso concreto.
Relación entre redes	Coordinación estructurada (mesa, referentes, formaciones).	Coordinación con adicciones cuando la mujer lo requiere. Servicios especializados conveniados con entidades adicciones.	Derivación desde violencia y adicciones, pero no se integra plenamente el enfoque en las redes en su conjunto.
Tratamiento del consumo	Se contextualiza; se sostiene si no es disruptivo para la convivencia y la intervención; criterio sanitario de CAD.	Parte del acompañamiento integral; consumo tratado como un proceso más de salud. Acceso a recursos especializados si la mujer lo requiere.	Requiere motivación y objetivos de abstinencia para acceder al recurso.
Dispositivos específicos	Se emplean los que ya existen en ambas redes (no mixtos).	Sí: dispositivos propios para casos muy cronificados y de alta vulneración.	Sí: recurso residencial (6 plazas).
Limitaciones	Falta de recursos no mixtos para consumos en activo con alto impacto; dependencia de red de sin hogar.	Alta exigencia de adaptación continua de los equipos.	Periodos de infrautilización del recurso; falta de integración sistémica en la red.
Gestión y gobernanza	Funcionariado + Tercer Sector; dos redes separadas.	Funcionariado + Tercer Sector; red unificada en violencia.	Funcionariado + Tercer Sector; acceso centralizado desde violencia.
Marco normativo	Enfoque centrado en VdG pareja/ex pareja y otras violencias (sexual y trata y explotación sexual).	Atiende todas las violencias de género/ machistas; fuerte marco foral.	Ley autonómica permite atender violencias más amplias, pero en la práctica se organiza principalmente en torno a pareja/ex pareja y recientemente Centros de Crisis.

CONCLUSIÓN 2.- LA NECESIDAD DE PROTECCIÓN Y ATENCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA DE LAS MUJERES CON ADICCIONES Y/O ABUSO DE SUSTANCIAS ES UNA EVIDENCIA, PERO SE PARTE DE UNA CONTRADICCIÓN FUNDAMENTAL: EL CONSUMO HA FUNCIONADO HISTÓRICAMENTE COMO CRITERIO DE EXCLUSIÓN. LEJOS DE SER ALGO RESUELTO, SIGUE ACTUANDO COMO TAL EN MUCHAS DE LAS REDES DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DEL ESTADO ESPAÑOL. SIN EMBARGO, EN LOS MODELOS ANALIZADOS APARECE LA EVIDENCIA CUALITATIVA DIRECTA DEL CAMBIO, EXPRESADA EN TESTIMONIOS PROFESIONALES QUE MUESTRAN CÓMO SE ESTÁ TRANSFORMANDO (O RESISTIENDO) CADA RED.

La alta prevalencia de violencia en las mujeres que usan drogas y/o que presentan consumos problemáticos o adicción es entre 3 y 5 veces más elevada que en la población de mujeres en general. Históricamente ha existido una paradoja central: las mujeres víctimas de violencia de género que además consumen sustancias **necesitan protección y atención frente a la violencia**, pero ese mismo consumo ha funcionado frecuentemente como **criterio de exclusión** en los recursos de violencia, especialmente en los alojativos con menores.

"Era una evidencia que necesitaban protección… pero presentaban una condición que normalmente aparecía como criterio de exclusión".

Esta contradicción ha puesto en crisis la configuración de las redes de atención.

El cambio en Madrid: de la expulsión a la intervención coordinada

Las redes de Madrid describen un cambio profundo respecto a cómo se abordaba el consumo:

Antes

- Se derivaba a las mujeres a los CAD para hacer **controles de orina**.
- Un positivo implicaba o podía implicar la **expulsión inmediata** del recurso de violencia.
- Esto generaba rechazo, miedo y evitación del tratamiento.

Ahora

- Se abandona la lógica sancionadora y se prioriza la **intervención clínica y social**.
- Que la mujer esté **en contacto con el CAD es un criterio que favorece** la intervención.
- Se valora la **convivencia**, no la abstinencia inmediata.
- Se trabaja la **adherencia al tratamiento**, entendiendo que habrá recaídas y consumos intermitentes.

"Lo importante es que estés con adherencia al CAD… sabemos que va a haber consumos".

Este cambio surge tanto de la reflexión ética ("responsabilidad moral") como del reconocimiento de que la expulsión impedía el acceso al tratamiento.

La mirada integral en Bizkaia: el consumo deja de ser excluyente

En Bizkaia, donde la atención a mujeres con consumo se ha incorporado transversalmente, las profesionales destacan un cambio cultural:

- El consumo ya no "cierra puertas".
- Se entiende a la mujer en su **totalidad**, con todas sus contingencias.
- Se amplían plazas y dispositivos especializados.

"Hoy en día se comprende a la mujer no solo como víctima sino con todas sus contingencias".

Aun así, persisten limitaciones estructurales: falta de plazas y recursos suficientes.

Canarias: avances parciales y persistencia del estigma

En Canarias se observa un cambio, pero **más limitado**:

- Se ha suavizado la mirada sancionadora, especialmente respecto al alcohol.
- Sin embargo, el estigma sigue muy presente en la red general.
- Algunas profesionales relatan resistencias internas fuertes. *"Esta es una drogata!"*

De hecho, depende en exceso de personal especialmente motivado y formado, lo cual es una debilidad, puesto que ya se ha experimentado que tras un cambio de equipo, se vuelva a **cerrar la entrada** a mujeres con adicciones en recursos de alojamiento.

La exclusión sigue siendo la norma en muchas redes. Se ha accedido a testimonios de otras provincias y municipios donde:

- Si la mujer está en consumo, en la práctica **no la atienden**.
- Se piden informes o datos para confirmar consumo y así justificar la exclusión.
- La red de violencia mantiene discursos que la red de adicciones tenía "hace años".

Esto evidencia que:

- El **cambio no es homogéneo ni generalizado.**
- La **falta de articulación** entre redes.
- La **exclusión por consumo** como práctica extendida.
- La necesidad de **modelos que integren violencia y adicciones**.
- La importancia de la **formación** y la **flexibilización** de criterios.

Frente a esto, un testimonio especialmente cualificado dentro de la red de violencia evidencia que **ya en 2008 había profesionales con una mirada desestigmatizante, pero aislada dentro del sistema**:

"¿Queremos cargarnos la intervención porque esta señora de vez en cuando se emborracha?".

Esta profesional subraya que el consumo puede ser:

- una forma de **afrontamiento** ante violencias extremas,
- un **factor que aumenta vulnerabilidad/vulneraciones**,
- pero **no define a la mujer** ni invalida su derecho a protección. *"El consumo abusivo no define lo que es la mujer en su totalidad".*

Existe un consenso profesional: formación, recursos y compromiso político

Todas las profesionales coinciden en tres necesidades básicas:

1. **Formación especializada** en violencia y adicciones.
2. **Recursos suficientes**, tanto económicos como humanos.
3. **Compromiso político** sostenido.

> CONCLUSIÓN 3.- ES NECESARIO CONTEXTUALIZAR Y AMPLIAR EL ESPECTRO DEL CONSUMO. ES INDISPENSABLE DESMONTAR LA IDEA —MUY EXTENDIDA EN LAS REDES DE VIOLENCIA— DE QUE EL CONSUMO ES UN FENÓMENO ÚNICO, MONOLÍTICO O SIEMPRE DISRUPTIVO. EL CONSUMO SIEMPRE DEBE CONTEXTUALIZARSE. PARA ESTO ES NECESARIO LA FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN USOS DE DROGAS DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO, Y MUY ESPECIALMENTE EN SU INTERSECCIÓN CON LA VIOLENCIA.

"Siempre habrá que contextualizar: con quién, cómo, el qué, cuánta frecuencia, cantidad, afectación en su vida cotidiana…"

Idea central: el consumo NO es un fenómeno homogéneo. La red de violencia, sin embargo, tiende a imaginar **los casos más extremos**, lo que distorsiona la percepción del problema y dificulta la atención adecuada.

La importancia de la formación: romper imaginarios basados en casos extremos.

Las profesionales de adicciones señalan que, en las formaciones impartidas a la red de violencia, surgía siempre el mismo patrón: las profesionales traían **los casos más graves**, los más disruptivos, los que "saltan a la vista". Pero esos casos son **una minoría,** la mayoría de mujeres con consumo y violencia están en situaciones **mucho más "normalizadas"**. *"Háblame del 'ama de casa' que bebe… y ahora que se decide a dar un paso, tú le cierras la puerta porque un día viene bebida."*

Centrar el discurso en los casos extremos **vuelve a ser una forma de negación**: invisibiliza a la mayoría de mujeres que sí podrían ser atendidas.

El 90% de las mujeres con consumo NO necesita ingreso.

Un dato clave aportado por profesionales de adicciones: "El 90% de las mujeres que tratamos no ingresan en ningún sitio… y son víctimas de violencia." Esto implica que:

Muchas mujeres podrían ser atendidas **ambulatoriamente** desde ambas redes.

El consumo es una **circunstancia más**, como una enfermedad crónica o un problema de salud mental.

Es necesario diferenciar situaciones vitales y abandonar la idea de "perfil de mujer consumidora".

Según DSM-5 y CIE-11, el trastorno por uso de sustancias puede ser: **Leve, Moderado o Grave,** pero **incluso una adicción grave no implica necesariamente conductas disruptivas**.

Esto es clave para desmontar la asociación automática entre consumo y peligrosidad. En la práctica, Hay que moverse hacia un criterio más ajustado y **no penalizar el consumo en sí. Hay que evaluar/valorar su impacto en la vida de esa persona y en la convivencia.**

Este enfoque permite:

- Mantener a mujeres en recursos de protección.
- Evitar expulsiones automáticas.
- Trabajar recaídas como parte del proceso, igual que las recaídas en el contacto con el agresor.

El consumo NO es el único origen de problemas convivenciales.

"Hay problemas de conducta en la casa de muchas mujeres que no tienen problemas de consumo."

Esto rompe la asociación automática entre consumo y conflictividad, y obliga a analizar cada caso sin prejuicios.

Madrid: La coexistencia es perfectamente posible cuando hay tratamiento y acompañamiento.

En Madrid, se reconoce que una mujer puede convivir en un recurso de violencia **si está acompañada clínicamente**. Esto supone un cambio profundo respecto a la lógica anterior basada en la abstinencia total. **Se puede aplicar la reducción de daños en los recursos de violencia** , con apoyo del CAD.

- El consumo puede manejarse clínicamente dentro del recurso.
- El miedo al "alcohol dentro de la casa" (u otras posibles sustancias) puede superarse con acompañamiento profesional.

- La clave es **no juzgar** y sostener el proceso.

Bizkaia: convivencia posible incluso con consumos activos

Esto se consigue trabajando con todas las partes implicadas, no solo con la mujer con consumo. Existen ejemplos como una mujer con consumos activos (heroína, metadona) que convive en un piso con otras mujeres y menores. Al principio genera miedo, pero el equipo trabaja con ella y con las otras familias. La convivencia se vuelve positiva y protectora para todas. *"Lo que más le frena el consumo es la convivencia."*

Este ejemplo muestra:

- La potencia del acompañamiento respetuoso.
- La eficacia de la reducción de daños.
- Que la convivencia es posible si se trabaja con **todas** las personas implicadas.

Es necesario eliminar el juicio y ampliar la mirada.

Para avanzar hacia una atención integral, las redes de violencia deben:

- Abandonar la mirada de juicio sobre el consumo.
- Entender la diversidad de situaciones.
- Preguntar qué quiere la mujer y qué necesita.
- Articular una red flexible y adaptada.
- Reconocer que no toda violencia requiere alojamiento protegido.
- Integrar que **la violencia está en profunda intersección con el consumo.**

CONCLUSIÓN 4.- LA INTERSECCIONALIDAD ES UNA CLAVE ESENCIAL PARA PROPORCIONAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y ARTICULADA ENTRE REDES.

ES NECESARIO QUE LAS REDES DE ATENCIÓN (EN GENERAL, NO SOLO ADICCIONES Y VIOLENCIA) DEJEN DE FUNCIONAR COMO COMPARTIMENTOS ESTANCOS COMPETENCIALES Y SEGMENTADOS. LAS MUJERES ESTÁN SIENDO VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, CON TODAS SUS CIRCUNSTANCIAS Y CONTINGENCIAS.

La pregunta: **"¿Y tú de quién eres?"**, funciona como metáfora crítica a **un sistema fragmentado** que resume la confusión estructural sobre:

- qué red debe atender a cada mujer,
- quién financia qué,
- quién tiene competencias,
- y cómo se articulan los recursos cuando una mujer vive **violencia + consumo + salud mental + exclusión + maternidad + migración + discapacidad**...

La investigación sobre la materia muestra que las redes funcionan como **compartimentos estancos**: violencia, adicciones, salud mental, sinhogarismo, protección de infancia... Pero las mujeres no viven compartimentadas: sus situaciones **interseccionan**.

Sin embargo, **los sistemas de atención en general muestran rigidez dentro del Estado.**

El error del "emergente principal": trabajar primero una cosa y luego otra.

Algunos servicios siguen operando con la lógica de: *"Primero tratamos el consumo, luego la violencia"* o *"Primero resolvemos la violencia, luego el consumo".* **Esa lógica no funciona** y ya está superada en la evidencia.

Madrid. La propuesta clave: planes de intervención conjuntos.

"Es fundamental no solo coordinarse, sino hacer planes de intervención conjuntos."

Esto implica:

- dejar de adaptar a la mujer al recurso,
- y empezar a adaptar los recursos a la mujer.

La especialización sigue siendo necesaria, pero no puede convertirse en una barrera.

Canarias (y otras Comunidades Autónomas y Provincias estarían en este modelo): un recurso específico... pero insuficiente.

En Gran Canaria se creó un recurso especializado (Casa Maday), financiado desde violencia, para mujeres con violencia + adicciones.

Pero presenta ciertos límites que hay que tener en cuenta:

- Solo hay **un recurso** para toda la complejidad de situaciones.
- Las profesionales propusieron un **programa en tres fases** (intervención en calle, apoyo dentro de domicilios, acompañamiento post-salida).
- La propuesta fue rechazada por "invadir competencias municipales".

"*¿No será que nos toca a todas? Salud pública, violencia, sinhogarismo… Nos toca.*"

El problema no es técnico: es político y competencial.

En Madrid, las profesionales reconocen que:

- El modelo de atención está **desactualizado**.
- Las competencias municipales están **muy limitadas**
- La complejidad de las situaciones de las mujeres **no encajan** en los recursos actuales.

Pero han logrado avances importantes gracias a la **coordinación entre redes**:

a) Mesa de coordinación de casos

Incluye no solo técnicas, sino personas con capacidad de **asignar plazas** y tomar decisiones.

b) Listado actualizado de referentes

Todas las profesionales de violencia tienen contacto directo con referentes de adicciones.

c) Reducción del estigma

La formación cruzada ha permitido que la red de violencia:

- deje de ver el consumo como motivo de expulsión,
- entienda el consumo como reacción a la violencia,
- y se apoye en el criterio sanitario del CAD.

d) Respuesta sanitaria rápida

Esto ha sido clave para sostener a mujeres en recursos con menores.

"La agilidad en la coordinación facilita enormemente la intervención."

El problema estructural: el sistema no tiene los resortes necesarios.

Las profesionales lo expresan así: *"No es que una red o la otra expulse a la mujer… es que el sistema no tiene los resortes necesarios para darle la respuesta que necesita."*

La falta de:

- recursos, competencias claras, financiación compartida y modelos multifactoriales,

hace que muchas mujeres **queden fuera**.

Bizkaia: un modelo que no exige "ser consumidora" para acceder.

El enfoque es radicalmente distinto y **cambia la lógica de la intervención**:

- No existen servicios "para mujeres drogodependientes".
- Los servicios son **para mujeres víctimas de violencia**, con cualquier problemática añadida.
- **El consumo es un elemento más**, no un criterio de acceso ni de exclusión.

"No hay ningún requisito de acceso que sea consumir o tener un problema de adicciones."

El modelo se basa en:

- **acompañamiento social y relacional**,
- distintos niveles de **exigencia** (baja, media, alta) e **intensidad** (media-alta)[56],
- y una fuerte **adaptación a la mujer**, no al revés.

En sus recursos:

- Puede haber mujeres con consumo.
- Lo importante es que **no interfiera gravemente en la convivencia.**
- No se exige abstinencia para entrar.

La atención integral exige romper fronteras.

- Las mujeres no son "de violencia", "de adicciones", "de salud mental" o "de sinhogarismo".
- Son mujeres con situaciones complejas impactadas por la violencia, que requieren **respuestas complejas**.
- **La cuestión de las competencias y la fragmentación del sistema** explica por qué incluso con buena voluntad profesional, muchas mujeres siguen sin recibir la atención integral que necesitan.

56 La baja intensidad se daría en Servicios Sociales, que atiende situaciones de violencia que no necesitan recursos de segundo nivel como los del Servicio de Protección, que ya es especializado.

CONCLUSIÓN 5.- LA ATENCIÓN EN VIOLENCIA DEBE REPENSARSE DESDE:

1) UNA COMPRENSIÓN AMPLIA DE LA PROTECCIÓN.

2) LA GESTIÓN DEL RIESGO SIN VULNERAR LA LIBERTAD DE LAS MUJERES.

3) LA VALORACIÓN INTEGRAL DE LA DESPROTECCIÓN FRENTE A LA VIOLENCIA Y SU IMPACTO EN LA MUJER (TRAUMA).

4) LA COORDINACIÓN CON OTRAS REDES.

5) LA ELIMINACIÓN DE MIRADAS CULPABILIZADORAS HACIA LAS MUJERES CON CONSUMO.

Es necesario pensar qué entendemos por protección y atención frente a la violencia. La "protección" es una idea central que tiene significados distintos. Normalmente activa imaginarios en torno al riesgo físico inmediato y la necesidad de un alojamiento seguro y confidencial. Esto ha configurado en general en todo el Estado una red centrada en recursos de emergencia, corta, media y larga estancia.

El alojamiento protegido no responde a necesidades habitacionales, sino de seguridad. Los criterios de acceso se basan fundamentalmente en que la mujer no pueda garantizar su seguridad en su entorno. No se trata de resolver la exclusión residencial, sino de proteger frente a la violencia. Incluso en la atención a Otras Violencias, como es el caso de Madrid frente a la trata y la explotación sexual, el alojamiento protegido solo se activa cuando existe un riesgo mayor o un "clic" que permite a la mujer desvincularse del contexto de explotación y no puede por sus propios medios.

Junto a la noción de protección, aparece entonces la noción del riesgo a ser agredida, localizada, acosada… y de ahí la gestión del riesgo mediante la limitación de movimiento, confidencialidad de los recursos alojativos y demás medidas de protección asociadas a la estructura del recurso.

Sin embargo, el modelo 2 ofrece alternativas de concepción de la protección y atención. Bizkaia: un modelo basado en libertad de movimiento y gestión del riesgo. En Bizkaia, incluso en acogida inmediata y de emergencia, las mujeres pueden entrar y salir libremente. Parten de la base de que limitarles el movimiento, "encerrarlas" por protección y riesgo, reproduce dinámicas de control similares a las sufridas con el agresor. La intervención se basa en trabajar la autoprotección, y no en condicionantes externos como la prohibición/limitación de salir. La protección no depende solo del recurso, sino también de la coordinación con Ertzaintza (en otros municipios y provincias: Policía Local, UFAM o Guardia Civil) ante situaciones de riesgo con agresores.

Muchas mujeres con consumo en activo salen para consumir y regresan a los recursos alojativos, o comunitarios. De hecho, en muchas redes eso es lo que imposibilita que estén en recursos de protección, porque se quieren ir. No quieren permanecer "encerradas" y no "se muestran colaboradoras" en su autoprotección. De forma recurrente se habla de que "se exponen a riesgos y

violencias continuamente por el consumo". Para una mejor intervención es necesario cambiar el imaginario de la protección → la expresión "exponerse a riesgos" remite a un imaginario que las responsabiliza de las agresiones sufridas, cuando son claramente por razón de género (los hombres consumidores no son sometidos a estas violencias por parte de las mujeres con las que se relacionan, aunque estén bajo efectos de la sustancia), y también invisibiliza los factores relacionados con la adicción y la dificultad para controlar el consumo, así como los efectos del trauma en la psique y comportamientos de estas mujeres.

Sin embargo, se emplee esa expresión o no, consumir sí es un factor clave de situaciones de mayor vulneración y por tanto, mayor necesidad de protección y atención frente a la violencia sufrida. Las mujeres con problemas de adicción se ven expuestas a situaciones de grave riesgo y alta desprotección muchas veces constantes, con lo que los criterios de protección deben adecuarse a su situación.

Por último, conviene señalar que no toda violencia/situación de riesgo requiere alojamiento protegido. Las profesionales señalan que a veces se asume que toda violencia debe abordarse desde recursos residenciales, cuando existen alternativas ambulatorias más adecuadas. Estos recursos consiguen que las mujeres vinculen si se las atiende desde una aceptación incondicional y una mirada desculpabilizadora del consumo.

CONCLUSIÓN 6.- ENLAZANDO CON LA CONCLUSIÓN ANTERIOR, EN EL CASO DE LAS MUJERES CON PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO O ADICCIÓN, LA VIOLENCIA SEXUAL GRAVE APARECE COMO ELEMENTO CENTRAL QUE NECESITA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y ADAPTADA A SUS CIRCUNSTANCIAS. AMPLIAR EL ESPECTRO DE LA PROTECCIÓN SIGNIFICA PROPORCIONAR ESPACIOS DE ACOMPAÑAMIENTO INTEGRAL FRENTE A VIOLENCIAS SEXUALES RECURRENTES Y TRAUMÁTICAS QUE INTERSECCIONAN CLARAMENTE CON EL CONSUMO. DEBEMOS CONCEBIR LA PROTECCIÓN COMO UN DERECHO FRENTE A LA VIOLENCIA SEXUAL.

1. Ampliando el foco de la violencia: atención a la violencia sexual en intersección con la adicción o el consumo abusivo

Punto de partida para la reflexión: la violencia sexual como fundamento del derecho a la *protección*.

¿Tienen derecho todas las niñas, adolescentes y mujeres a recibir *atención* como víctimas de violencia sexual, garantizada por el Estado? La respuesta normativa es sí, pero la práctica muestra enormes brechas, especialmente cuando la violencia sexual se cruza con consumo problemático o adicción. El espectro de violencia sexual es amplísimo: desde agresiones puntuales en contextos festivos hasta situaciones de extrema vulneración donde la violencia sexual es constante y estructural.

2. La atención a la violencia sexual: redes paralelas y decisiones complejas

Las redes de violencia de género cuentan con servicios específicos para violencia sexual, independientes de los de violencia en pareja/expareja. Sin embargo, **la realidad de las mujeres no encaja en compartimentos**.

Profesionales de Madrid y Bizkaia coinciden en que:

- No se puede "partir" a la mujer según el tipo de violencia sufrida.
- La decisión sobre dónde atenderla debe hacerse **con ella**, según su vínculo, su percepción del riesgo y su proceso.
- La violencia sexual dentro de la pareja se atiende desde la red de pareja/expareja, pero si la mujer ya está vinculada a otro recurso, se prioriza no perderla.

Esta flexibilidad es clave para evitar que las mujeres abandonen la intervención.

3. Violencia sexual y consumo: una intersección central y normalizada

En la red de adicciones, las profesionales señalan un problema grave: **la violencia sexual hacia mujeres consumidoras está profundamente normalizada**, tanto por ellas mismas como por los equipos.

Aparecen varios elementos:

- Falta de formación para abordar violencia sexual sin desestabilizar a la mujer.
- Alta tolerancia a situaciones de prostitución y abuso sexual en contextos de consumo.
- Dificultad para intervenir sin un marco claro y sin herramientas específicas.

Las profesionales reconocen que **se mira hacia otro lado por desconocimiento**, lo que deja a las mujeres en una situación de enorme desprotección.

4. Violencias extremas en contextos de prostitución y consumo

Existen situaciones de altísima vulneración:

- Mujeres que viven con hombres que las prostituyen y agreden.
- Mujeres sin documentación que dependen del agresor para alojamiento y comida.
- Violencias que aumentan cuando se activan recursos policiales o terapéuticos.
- Palizas tras intentar desvincularse o entrar en tratamiento.

La prostitución aparece como un espacio donde la violencia sexual es **estructural**, y donde el consumo es a la vez causa, consecuencia y mecanismo de supervivencia.

5. La necesidad de intervenciones a largo plazo y de proximidad

Las profesionales insisten en que:

- Las situaciones están muy cronificadas.
- La intervención debe ser **a largo plazo**, sostenida y desde la proximidad.
- Las unidades móviles son esenciales para llegar a mujeres que no acuden a los centros de atención ambulatoria.

La violencia sexual es constante en estas mujeres, pero **no se interpreta como tal debido al trauma**, la dependencia y la **violencia simbólica interiorizada**.

6. La violencia sexual en mujeres jóvenes consumidoras es:

- Muy frecuente, muy naturalizada y poco reconocida como violencia.

Los equipos detectan una vinculación absoluta entre consumo y violencia, pero con **baja conciencia de la vulneración (y el derecho a no serlo)** por parte de las chicas.

7. La necesidad urgente de formación en violencia sexual

Las profesionales de adicciones ponen de relieve la necesidad de:

- Formación específica en violencia sexual (entendida como la violencia de género que es)
- Herramientas para intervenir sin dañar.
- Criterios claros para acompañar sin culpabilizar.

La falta de formación genera miedo a “abrir el melón” y no saber sostener lo que emerge.

8. Dificultades de acceso a los recursos de violencia sexual

Se detecta un doble problema:

- **Pocas derivaciones** desde adicciones hacia recursos de violencia sexual.
- **Baja adherencia** de las mujeres consumidoras a los recursos de violencia.

El consumo activo condiciona una intervención que no se adapta a ellas, y muchas mujeres abandonan.

9. El consumo invisible: fármacos y alcohol

En los recursos de violencia sexual, el consumo más frecuente es:

- **Hipnosedantes y benzodiacepinas** (muy extendido y a veces invisibilizado).
- **Alcohol**, empleado, al igual que los hipnosedantes y benzodiacepinas, como herramienta para soportar el trauma.

Las profesionales trabajan para no excluir a estas mujeres y contextualizar el consumo como parte de su historia de violencia.

10. Particularidades de la atención en explotación sexual y trata

En los recursos alojativos para trata y explotación sexual:

- **Casi todas las mujeres consumen** en el contexto de explotación.
- El consumo suele ser **obligado** por proxenetas, “clientes” o redes.
- No puede ser criterio de exclusión porque **ninguna mujer entraría**.

Las profesionales han desarrollado un enfoque que:

- Acompaña el consumo sin castigarlo.
- Entiende la relación entre violencia y consumo.
- Reduce la sensación de fracaso ante recaídas.
- Trabaja la convivencia como espacio seguro.

10.1 Un cambio de paradigma: no se puede trabajar la adicción sin trabajar la violencia. Y viceversa. Separar ambos ámbitos deja a las mujeres sin una respuesta adecuada

En los recursos de trata de Madrid exponen casos donde se trabajó la desintoxicación sin abordar la violencia, y el resultado fue:

- Recaídas.
- Retorno con el agresor.
- Mayor vulneración.

La intervención conjunta entre CAD y recursos de violencia es imprescindible.

10.2 Violencia sexual en prostitución: consumo como antecedente

Aparece un fenómeno específico:

- Mujeres que **ya consumían** antes de entrar en prostitución.
- La prostitución se convierte en **medio para financiar el consumo**.
- La violencia sexual se multiplica en estos contextos.

La Unidad Móvil de Madrid describe situaciones extremas en Polígono Marconi:

- "Servicios" sexuales a cambio de comida, ropa o una dosis.
- Agresiones sexuales constantes.
- Proxenetas o "novios" que controlan el consumo y la movilidad.

10.3 La intervención en calle: reducción de daños y presencia

Las mujeres más vulnerables no llegan a los centros. La intervención se basa en:

- Reducción de daños.
- Presencia continuada.
- Coordinación con equipos sanitarios y sociales.
- Ser un punto de referencia seguro.

10.4 En esos contextos de alta vulneración, la violencia sexual no se reconoce como tal

Muchas mujeres consumidoras interpretan:

- Agresiones sexuales como "riesgos del trabajo".
- Violaciones como "robos" si no les pagan.
- Abusos de proxenetas como "parte del trato".

Esto confirma elementos que venimos identificando en anteriores investigaciones con mujeres consumidoras altamente vulneradas:

- El profundo daño en el autoconcepto.
- La violencia simbólica interiorizada.
- La necesidad de intervenciones especializadas en trauma.

10.5 La respuesta institucional es muchas veces revictimizante

- La atención se focaliza en las mujeres, no en los hombres que agreden.
- La policía a menudo no interviene o minimiza las agresiones en zonas como Marconi, no las ve como víctimas.
- Las mujeres son expulsadas de asentamientos (se ordena levantar las agrupaciones de tiendas de campaña y demás cobijos) y pierden sus pertenencias, además de que quedan aisladas.
- La desprotección es extrema.

Claves a tener en cuenta:

- La violencia sexual es un eje central en la intersección entre violencia de género y consumo.
- Las mujeres consumidoras sufren violencias sexuales extremas, normalizadas y constantes.
- La intervención debe ser conjunta, flexible y basada en trauma.
- El consumo no puede ser criterio de exclusión.
- La reducción de daños y la proximidad son esenciales.
- Es urgente formar a las redes en violencia sexual como violencia de género (es decir: como algo estructural inherente al sistema sexo/género, no como una consecuencia del consumo).
- La respuesta institucional debe dejar de “mirar hacia otro lado”.

CONCLUSIÓN 7.- UN SOLO RECURSO ESPECIALIZADO DENTRO DE LA RED DE VIOLENCIA, COMO CASA DE ACOGIDA PARA MUJERES CON PROBLEMÁTICA DE CONSUMO, NO ES SUFICIENTE Y NO PUEDE CONCENTRAR TODO EL AMPLIO ESPECTRO NECESARIO DE INTERVENCIÓN Y PROTECCIÓN / ATENCIÓN FRENTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO / MACHISTA

En varias redes y grupos consultados aparece la propuesta de crear **un recurso especializado** para mujeres con violencia y consumo. Sin embargo, esta idea **simplifica en exceso** la realidad: las mujeres llegan en momentos vitales muy distintos, con necesidades muy diversas, y **un solo recurso no puede cubrir toda la complejidad**. En aquellas redes donde se ha materializado, como la de Canarias (y no solo, pero es la que ha colaborado y participado de forma totalmente implicada y generosa en este estudio), queda patente que la atención a las mujeres con consumo no se integra de manera transversal en las redes de atención.

"Las situaciones vitales y momentos de las mujeres son variados, de forma que un solo recurso puede resultar insuficiente".

En general, estos recursos específicos, y es el caso de Casa Maday, no son un recurso de emergencia ni un espacio para cualquier situación. Requieren:

- criterios de protección respecto a la violencia,
- disposición para trabajar la adicción,
- compromiso y vinculación con la UAD,
- estabilidad mínima en salud mental.

Las profesionales lo explican así: *"Tiene que haber un compromiso, una vinculación… No es voy dos citas a la UAD, te hago la solicitud y entras".*

Esto significa que **no todas las mujeres están en ese punto**, y por tanto una Casa de Acogida para mujeres consumidoras, no puede ser la única respuesta.

Infrautilización del recurso:

Muchas UAD han dejado de derivar porque perciben que el Cabildo rechaza la mayoría de solicitudes. Los motivos de rechazo muestran **criterios relacionados con la protección que no coinciden con los criterios o la necesidad de derivación de las UAD.**

Se produce por tanto una confusión entre criterios de acogida y necesidades observadas

Las UAD detectan que algunas mujeres necesitan **un espacio protegido no mixto**, pero los criterios de acogida tradicionales no contemplan:

- el riesgo asociado al consumo,

- la dependencia del agresor como suministrador,
- la necesidad de un entorno libre de hombres,
- lo desaconsejable de ingresar en recursos mixtos de adicciones.

Esto nos sirve para entender que es urgente **recontextualizar los criterios de acceso** para mujeres con consumo y violencia en general a los recursos de protección.

El recurso no cubre situaciones de calle ni de mujeres que no tengan objetivos de abstinencia

El recurso no está diseñado para mujeres en situación de sinhogarismo. Como dice una profesional: *"Maday no es un alojamiento para quienes están en calle… La señora tiene que tener claro que entra… y que va a trabajar el consumo"*.

Esto deja fuera a mujeres con consumos activos y alta vulnerabilidad, que **no encajan en ningún otro recurso de la red de violencia, y que en las redes de adicciones o sin hogar no van a encontrar espacios seguros (es decir: no mixtos)**.

El problema inverso: recursos de adicciones recibiendo derivaciones inadecuadas

En otras provincias, los recursos residenciales de adicciones reciben mujeres derivadas desde violencia, salud mental o sinhogarismo que:

- están en reducción de daños,
- no buscan abstinencia,
- no pueden sostener un proceso terapéutico,
- pero no tienen otro lugar donde ir.

Una profesional lo explica así: *"sabemos que no van a poder permanecer en el recurso, porque no es de reducción del daño"*.

Esto **desestabiliza los procesos terapéuticos** y **evidencia la falta de recursos intermedios**.

La doble insularidad: un factor de desprotección que puede reproducirse en otras Comunidades Autónomas y Provincias con alta dispersión territorial, con una sola Casa de Acogida especializada para consumo y violencia. Cuando una mujer de otra isla entra en Maday y luego abandona el recurso, puede quedar :

- sin red,
- sin empadronamiento,
- sin acceso a prestaciones,
- sin posibilidad de volver a la Casa de Acogida de origen, puesto que ese protocolo no se aplica en el caso de las mujeres drogodependientes, ya que solo se las atiende en una, la

específica (las mujeres no consumidoras pueden ir de una Casa a otra por diversas y variadas situaciones: que se haya vulnerado la confidencialidad de la ubicación del recurso; que el agresor las localice; que la mujer no se adapte bien a esa casa; etc.).

Abandonos antes de ingresar: desapariciones difíciles de rastrear

Varias mujeres aceptaron la derivación, hicieron entrevistas, y **desaparecieron antes de llegar al recurso**. Ni el Cabildo ni las UAD pudieron localizarlas después.

Esto muestra:

- la fragilidad del vínculo,
- la falta de adherencia,
- y la necesidad de intervenciones más cercanas y sostenidas.

El papel del DEMA y CAI: normalización de la salida rápida

En los dispositivos de emergencia (DEMA/CAI), se observa que muchas mujeres con consumo activo:

- no permanecen más de 24–48 horas,
- priorizan volver al entorno de consumo,
- rechazan quedarse incluso ante riesgo vital.

Un análisis cualitativo evidencia que **no existe un recurso adecuado para mujeres con violencia + consumo activo que trabaje desde la alta adaptabilidad (baja exigencia)**.

Conclusión: no es indicado concentrar la atención en un único recurso.

La respuesta debe:

- atravesar toda la red,
- adaptarse al momento vital de cada mujer,
- ofrecer alternativas para distintos niveles de consumo y motivación,
- garantizar espacios no mixtos,
- y evitar que las mujeres queden fuera del sistema por no encajar en un único modelo.

CONCLUSIÓN 8.- INTERSECCIÓN ENTRE VIOLENCIA DE GÉNERO, CONSUMO DE SUSTANCIAS, SINHOGARISMO Y SALUD MENTAL. ES NECESARIO DEJAR DE SUPEDITAR LA PROTECCIÓN A LA ABSTINENCIA Y/O AL COMPROMISO DE TRATAMIENTO Y ADHERENCIA A LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LAS ADICCIONES. LAS MUJERES EN ESAS SITUACIONES TIENEN DERECHO A ESPACIOS DE COBIJO DE ACEPTACIÓN INCONDICIONAL Y ACOMPAÑAMIENTO ADAPTADO, DESDE ENFOQUES SENSIBLES AL TRAUMA, Y EL VÍNCULO COMO HERRAMIENTA DE RECUPERACIÓN Y SEGURIDAD.

Los sistemas de atención a la violencia de género y a las adicciones responden —o no— a las mujeres que viven **violencias graves**, **consumo activo**, **salud mental altamente impactada**, **pobreza extrema** y, en muchos casos, **situaciones de calle**.

Es el grupo de mayor vulnerabilidad y el que más queda fuera de los recursos tradicionales.

Del análisis de los modelos de Madrid y Bilbao emergen aprendizajes importantes:

- **Bizkaia**, ha integrado la protección y atención de estas mujeres como víctimas de violencia que son, y ha creado recursos específicos con apoyo alojativo dentro de la red de violencia.
- **Madrid**, donde el recurso equivalente (Beatriz Galindo) depende de la red de **personas sin hogar**, no de violencia ni de adicciones. Sí existen recursos y muchísimo trabajo desde el Instituto de Adicciones en reducción del daño y recursos de atención en proximidad, pero son espacios mixtos (lo cual supone en la práctica riesgos de violencias).

El modelo de Bizkaia:

Bizkaia ha creado un recurso alojativo **de baja exigencia/alta adaptabilidad**, con 10 plazas, dirigido a mujeres con:

- consumo activo o muy problemático,
- salud mental altamente impactada,
- escasa vinculación con servicios,
- violencias múltiples y cronificadas.

Filosofía del recurso

El enfoque es de **reducción de daños**, con alojamiento flexible y servicio de día. No exige abstinencia ni cumplimiento estricto de normas. Esto permite que mujeres que no encajan en recursos tradicionales puedan **vincularse, estabilizarse y empezar procesos de protección.**

Las mujeres:

- llegan desde acogida inmediata o desde la calle,
- no pueden sostener normas básicas de otros recursos,
- alternan convivencia con agresores,
- tienen consumos disruptivos,
- presentan salud mental muy afectada,
- muchas no están en un momento motivacional de cambio con respecto a la violencia o el consumo.

"Hay mujeres que no saben contestar cómo se ven en un año porque están muy rotas, no hay nada que las motive a seguir".

Criterios de orientación hacia ese recurso

No es el recurso indicado para todas las mujeres con consumo. El Servicio de Violencia valora:

- historia de violencia,
- nivel de riesgo,
- "sentido de vida" (noción clave en Bizkaia),
- capacidad de sostener un proceso,
- adecuación al perfil del recurso.

Ejemplo: una mujer con adicción grave pero con objetivo claro de abstinencia y solicitud de ingreso en comunidad terapéutica no se deriva a ese recurso, porque sería "volver atrás". El problema de Bizkaia es que, a diferencia del Ayuntamiento de Madrid, la red de adicciones no tiene recursos no mixtos de tratamiento.

Funcionamiento y logros

- la flexibilidad evita expulsiones,
- permite vincular a mujeres muy dañadas,
- facilita estabilización mínima,
- posibilita intervenciones individualizadas,
- reduce riesgos vitales.

"Mujeres muy disparadas al principio han conseguido adherir a normas solo porque no se las expulsaba".

Límites

El recurso está **siempre en sobreplaza**. Las mujeres permanecen mucho tiempo porque no hay recursos posteriores adecuados. Esto genera un **embudo** que bloquea nuevas entradas.

Bizkaia está valorando abrir un recurso **intermedio**, para mujeres que ya han estabilizado algo pero aún no pueden ir a recursos más estructurados.

No hay espacios no mixtos en comunidades terapéuticas (abandonan con parejas nuevas). *"Cada vez que me dicen que una mujer va a comunidad terapéutica se me ponen los pelos de punta. Es meterlas en la boca del lobo".*

En **Madrid**, el recurso equivalente **no depende de violencia ni de adicciones**, sino de la red de **personas sin hogar**. En este recurso no hay plazas de emergencia disponibles: las mujeres que entran **no se van**, porque vinculan con el equipo (que tiene un enfoque de reducción del daño, centrado en la persona, con alta adaptabilidad y desde el enfoque de trauma y perspectiva de género). Las mujeres necesitan procesos de años.

Por tanto, los casos de mujeres con estas características/situaciones vitales, no son alojadas en la red de violencia porque se percibe que causarían alta disrupción en los recursos que se tienen a día de hoy en funcionamiento.

Consecuencias

- Las mujeres con estas situaciones que llegan a la red de violencia se derivan a Samur Social y atención ambulatoria. Pero:
    - No sostienen la atención ambulatoria.
    - No hay continuidad de cuidados.
    - No hay protección / espacio de cobijo frente a agresores (los albergues y demás son mixtos).

Madrid, desde la red de adicciones, ha creado una Comunidad Terapéutica y un Piso de Reinserción **solo para mujeres**, pero:

- son para mujeres con objetivos de abstinencia,
- no se dirigen a quienes están en reducción de daños, y por tanto no resuelven la falta de alojamiento protegido para consumo activo (aunque en situaciones de emergencia y riesgo extremo, ponen a disposición plazas residenciales en sus recursos).

Problema común en ambos territorios: el "embudo"

- se percibe desde ambos territorios que las mujeres que entran **no pueden de forma generalizada ir hacia** recursos más estructurados,
- no existen alternativas seguras posteriores,
- los casos se "enrocan",
- las plazas no se liberan,
- se bloquea la entrada de nuevas mujeres en riesgo extremo.

Necesidades detectadas en estos casos con tantos ejes de vulneración en intersección con la violencia:

a) Recursos no mixtos para evitar procesos de revictimización y agresiones, o que las mujeres abandonen procesos por presión o relaciones con hombres (realidad estadísticamente muy relevante).

b) Alojamiento protegido para consumo activo, no supeditado a abstinencia.

c) Enfoque de reducción de daños de amplio espectro + perspectiva de género.

No solo reducción de daños "clásica", sino:

- análisis de violencia,
- protección,
- trauma,
- trabajo grupal feminista.

d) Coordinación interredes Violencia – Adicciones – Salud Mental – Sinhogarismo – Policía.

e) Itinerarios escalonados Recursos intermedios que permitan avanzar sin expulsar ni cronificar.

La falta de recursos no mixtos y de alojamiento protegido para consumo activo es un problema a nivel estatal.

La Guía del PNSD 2023 y la investigación de 2021 ya señalaban estas necesidades (Disponibles en Anexos).

CONCLUSIÓN 9.- ES NECESARIO CAMBIAR EL ENFOQUE DE INTERVENCIÓN EN CONSUMO, VIOLENCIA Y MATERNIDAD. EL ENFOQUE GENERALIZADO ACTUAL RESULTA ALTAMENTE PERJUDICIAL TANTO PARA LA MUJER COMO PARA SUS HIJOS/AS A CARGO. LAS CLAVES PASAN POR UNA DETECCIÓN TEMPRANA NO CULPABILIZADORA NI PUNITIVISTA, CON INTERVENCIONES INTEGRALES

Un tema transversal: el miedo a perder la custodia

Para muchas mujeres, reconocer un problema de consumo, o incluso pedir ayuda/tratamiento, implica un riesgo real de perder a sus hijos/as.

Esto provoca:

- retraso en pedir ayuda,
- ocultación del consumo,
- baja adherencia cuando la derivación es forzada,
- mayor vulnerabilidad frente al agresor, que usa el consumo como arma legal.

Las mujeres internalizan este discurso: *"Si admito que tengo un problema, pongo en riesgo la custodia".*

El consumo como "prueba de cargo" en procesos de violencia

Los agresores utilizan la asistencia a recursos de adicciones como argumento para cuestionar la capacidad materna. Esto genera:

- miedo a acudir a tratamiento,
- invisibilización del consumo en los puntos de violencia,
- mayor aislamiento,
- retraso en la intervención.

"Es un arma de doble filo… ellas saben que él lo va a utilizar".

Derivaciones forzadas desde Centros de Atención a la Infancia: baja adherencia e iatrogenia

Cuando los Centros de Atención a la Infancia (CAI) derivan a mujeres a adicciones bajo amenaza de retirada de custodia:

- la adherencia es muy baja,
- la intervención se vuelve defensiva,

- se rompe la confianza,
- se dificulta el trabajo tanto en violencia como en adicciones.

Profesionales lo describen como **iatrogenia institucional**:

"Toda intervención está condicionada… ella entra para proteger a sus hijos de ti (profesional)".

Señalamiento constante de la madre y ausencia de foco en el padre

Existe un patrón repetido:

- se fiscaliza a la madre,
- se exige control, analíticas y pruebas,
- se cuestiona su capacidad,
- **pero no se interviene sobre el padre agresor**, incluso cuando él es quien pone en riesgo al menor.

Ejemplo: Un menor dio positivo en cocaína porque el maltratador se la suministró, pero la derivada al CAD fue la madre.

Consecuencias emocionales y prácticas para las mujeres

El miedo a perder a los hijos/as provoca:

- ocultación del consumo,
- evitación de recursos,
- mayor aislamiento,
- revinculación con agresores,
- empeoramiento del consumo tras la retirada de custodia.

Ejemplo: Una mujer joven consumidora que entra en recurso de alta adaptabilidad, pierde la tutela y su situación empeora drásticamente (más consumo, más violencia, más culpa). El recurso de baja exigencia consigue sostenerla y evitar un deterioro mayor, pero la retirada no se revierte.

La importancia de la reducción de daños en contextos con menores

Los testimonios y experiencias recogidos muestran que **la reducción de daños funciona también cuando hay menores**, siempre que se apliquen **buenas prácticas**:

- trabajar el cuidado del espacio,
- permitir retirarse a la habitación si llegan bajo efectos,

- no compartir habitación entre unidades familiares, o tener espacios habilitados para el punto anterior,
- acompañar sin castigar,
- contextualizar el consumo,
- evitar expulsiones automáticas.

Ejemplo: Una mujer con pautas de reducción (dos cervezas al día) mejora, sus hijos también, y la convivencia se mantiene estable.

Necesidad de espacios adecuados

Para gestionar bien estas situaciones, los recursos necesitan:

- habitaciones individuales o por unidad familiar,
- espacios alternativos para momentos de consumo,
- equipos formados en reducción de daños y trauma,
- coordinación real entre violencia, adicciones y CAI.

Conclusión centrales extraídas de experiencias reales:

- El miedo a perder la custodia es uno de los mayores obstáculos para que las mujeres pidan ayuda.
- Los sistemas tienden a **señalar a la madre** y a ignorar el contexto de violencia y responsabilidad del agresor.
- Las derivaciones forzadas generan iatrogenia y rompen la adherencia.
- La reducción de daños es compatible con la convivencia con menores y puede mejorar tanto la situación de la mujer como la de sus hijos/as.
- Los recursos necesitan más flexibilidad, menos punitivismo y más enfoque feminista y de protección integral.

CONCLUSIÓN 10.- PARA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DEBEN DESARROLLARSE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: DE CALLE, DE DETECCIÓN Y DE PREVENCIÓN. ASÍ MISMO, ES NECESARIO FLEXIBILIZAR LAS ATENCIONES PARA INTEGRAR LAS DIFERENTES SITUACIONES Y ESTADIOS MOTIVACIONALES QUE PUEDAN ATRAVESAR LAS MUJERES.

Punto de partida: dónde llegan las mujeres determina qué pueden contar

Fenómeno ya identificado en 2009 y 2021: **la red en la que una mujer entra condiciona qué problemática verbaliza**.

- Si llega por **adicciones**, no emerge como demanda la violencia.
- Si llega por **violencia**, suele ocultar el consumo.

Esto genera **circuitos paralelos** que dificultan la detección (y atención) integral. Sin embargo, como veremos en el apartado 12 de estas conclusiones, los testimonios de las mujeres en primera persona han aportado una diferencia fundamental en este sentido (ver Conclusión 12 – Punto 1).

Dificultad para que mujeres consumidoras accedan a servicios de violencia

Las mujeres que llegan por consumo:

- no suelen verse como víctimas de violencia,
- no quieren “volver a contar” su historia con profesionales nuevas,
- normalizan-integran situaciones de riesgo extremo,
- priorizan otras urgencias (alquiler, pareja, consumo, supervivencia),
- no identifican la violencia como motivo principal de demanda.

Incluso cuando sufren agresiones sexuales o violencia de pareja, **no dan el salto a la red de violencia**.

Violencias extremas en contextos de marginación

Error del enfoque tradicional: denunciar, activar protocolo, llamar a la policía

Para estas mujeres, ese enfoque:

- no es realista,
- no es accesible,
- y puede alejarlas aún más de los servicios.

El foco debe cambiar: no se trata de pedirles que actúen “racionalmente”, sino de adaptar la intervención a su realidad desde la reducción del daño de amplio espectro.

Equipos de calle especializados: la clave y una buena práctica esencial, con profesionales de:

- psiquiatría, enfermería, trabajo social, educación social, etc.

con formación fundamentada en:

- enfoque de género,
- intervención en crisis,
- trauma y reducción de daños.

Estos equipos funcionan en Bilbao, Madrid y Canarias, pero **no están integrados en las redes de violencia de forma general**, sino en adicciones o salud mental. **Es necesario incorporarlos formalmente a la red de violencia (en el caso de Bilbao así lo han hecho).**

Necesidad de flexibilidad y alta adaptabilidad

Las mujeres con consumos muy graves y violencia extrema **no pueden sostener procesos rígidos**.

Intervenciones pequeñas que sostienen vidas

Microintervenciones pueden reducir daño y violencia:

- permitir que una mujer coma algo caliente en el recurso,
- acompañarla en gestiones, ir a pasear...
- ofrecer un espacio seguro donde no esté con su agresor,
- cubrir necesidades básicas (ducha, comida, descanso).

Estas intervenciones:

- reducen consumo,
- reducen violencia,
- generan vínculo,
- permiten avances posteriores.

Evitar prácticas que expulsan a las mujeres

Se identifican dos prácticas especialmente dañinas:

1. **Sancionar por salir a consumir** → rompe el vínculo, aumenta riesgo, expulsa a las mujeres más vulnerables.
2. **Interpretar que vienen "por interés"** y no por una demanda "pura" de lo terapéutico→ invisibiliza el daño. **Aunque vengan "por interés", es una oportunidad de intervención y de reducción de daño**.

La importancia de comprender el daño y el trauma es esencial para no “errar el foco”.

- Las mujeres consumidoras y en exclusión extrema no encajan en los modelos tradicionales.
- Necesitan detección, acompañamiento y equipos de calle especializados.
- La intervención debe ser flexible, de vínculo, de reducción de daños y centrada en el trauma.
- Las microintervenciones sostienen vidas y reducen violencia.
- Penalizar el consumo o exigir demandas “puras” expulsa a las mujeres más vulnerables.
- La coordinación en red es lo que permite generar espacios, acompañamiento y relaciones de protección.

CONCLUSIÓN 11.- QUE LOS Y LAS AGENTES DE LA UFAM RECIBAN FORMACIÓN ESPECÍFICA EN DROGODEPENDENCIAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO (EN SENTIDO AMPLIO)[57], LES PERMITE IDENTIFICAR DINÁMICAS ESPECÍFICAS VINCULADAS A ESTA INTERSECCIÓN. ESTO CONTRIBUYE A MEJORAR LA ACTUACIÓN POLICIAL EN LA ATENCIÓN PRESTADA A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA, EVITANDO CAER EN SESGOS Y ESTEREOTIPOS, Y DESARROLLAR PRÁCTICAS ADAPTADAS A MUJERES CON CONSUMOS ABUSIVOS/PROBLEMÁTICOS.)

Aunque este grupo de agentes ya identifica claramente el amplio espectro de consumo (es decir: no hay un perfil de mujer consumidora, el consumo se contextualiza y hay diferentes situaciones vitales y no todas son iguales) coinciden en señalar **dificultades estructurales para proporcionar una protección policial a mujeres con consumo problemático/abusivo**

Falta de datos básicos para activar el sistema de protección

- hay mujeres que no tienen domicilio estable,
- algunas tampoco tienen teléfono o lo venden para consumir,
- no reconocen la relación de pareja,
- no entregan partes médicos,
- no acuden a juicio,
- se retractan o desaparecen.

Esto impide activar medidas judiciales y dificulta la valoración del riesgo.

Falta de recursos de emergencia adecuados

Los y las agentes señalan que **no existe un recurso de protección inmediato** para mujeres con consumo activo.

A veces emplean albergues, pero:

- son mixtos, están llenos, no son seguros, y no permiten intervención especializada.

Estigma institucional: policía, juzgados y abogacía

Las UFAM reconocen que muchos compañeros:

- no consideran víctimas a las mujeres con adicciones,
- dudan de su credibilidad,
- anticipan que “no van a colaborar”,

57 Esta formación se basa principalmente en: 1) comprensión de la categoría género; 2) sensibilización y comprensión del trauma y cómo opera en las víctimas y su comportamiento; 3) desestigmatización del consumo y comprensión de los usos abusivos de sustancias; 4) el consumo no resta en la condición de víctima con derecho a una atención y protección.

- y esto afecta la recogida de denuncias y la valoración del riesgo.

El estigma también aparece en:

- abogados/as, juzgados, ODACS.

El resultado: **las mujeres se desconectan del sistema de protección**.

Situaciones vitales especialmente complejas

Las UFAM describen "perfiles" de alta vulnerabilidad/vulneración:

- patología dual,
- alucinaciones o desorganización,
- menores consumidoras,
- mujeres que no se reconocen como consumidoras,
- mujeres que desaparecen durante días,
- mujeres con múltiples agresores.

Estos casos generan:

- protocolos cero constantes,
- dificultad o imposibilidad de seguimiento,
- riesgo extremo,
- frustración profesional.

El alojamiento como punto crítico de vinculación

Los y las agentes señalan que un momento que posibilita la vinculación con mujeres en situaciones especialmente complejas es **cuando necesitan alojamiento**.

Si no existe un recurso inmediato:

- la oportunidad se pierde,
- la mujer vuelve al agresor,
- se reactiva el consumo,
- desaparece la posibilidad de protección policial (que se fundamenta mucho en el vínculo y confianza/trato con el/la agente de protección).

El Protocolo Cero: herramienta clave para mejorar la valoración del riesgo

El **Protocolo Cero** es una herramienta de relativa reciente creación que necesita ser explicada:

- no es detener de oficio, es **recoger información de calidad cuando la víctima "no colabora"**, para mejorar la valoración policial del riesgo, y evitar valoraciones llenas de "no se sabe" (porque no se cuenta con la información).

Este protocolo incluye indicaciones específicas para los y las agentes:

- preguntas sobre agresiones concretas (“¿te ha empujado? ¿te ha agarrado del cuello?”) en vez de generales que pueden llevar a respuestas vagas o no precisas,
- hablar con la víctima en un lugar reservado,
- buscar testigos,
- registrar antecedentes de violencia,
- identificar amenazas de suicidio del agresor,
- documentar lesiones aunque ella las niegue.

Este protocolo, bien aplicado, **marca la diferencia** en casos donde la víctima niega los hechos y sin embargo puede estar inmersa en situaciones de alto riesgo. Es especialmente útil para mujeres con consumo problemático, que suelen:

- negar los hechos,
- no querer denunciar,
- proteger al agresor,
- no acudir a comisaría o juzgado.

Pero el protocolo no resuelve:

- la falta de recursos,
- la falta de seguimiento,
- la falta de credibilidad institucional.

Hacia un protocolo específico para víctimas con consumo

Los y las agentes plantean que **la drogodependencia o el consumo problemático debería ser**:

- **una pista para anticipar necesidades, no un motivo para descartar el caso.**

Proponen:

- adaptar tiempos en juzgados (hay mujeres que pueden entrar en síndrome de abstinencia y marcharse por este motivo, por ejemplo),
- avisar previamente para evitar esperas largas,
- pedir teléfonos de amigas, caseras o vecinas para poder contactar si ella no tiene el teléfono,
- prever que la víctima pueda necesitar salir a fumar o consumir,
- ajustar la intervención al momento motivacional.

El momento motivacional: clave para no perderlas

Aplicar el **Modelo Transteórico del Cambio y adaptar su actuación al momento de la mujer**:

- no todas están listas para denunciar,
- no todas pueden sostener medidas judiciales,
- no todas pueden cortar con el agresor,
- no todas pueden dejar de consumir.

La clave es **no juzgar**, **no presionar**, y **estar disponibles cuando llegue su momento**.

"No somos nosotros quienes decidimos cuándo es el momento de ella".

Proponen **ejemplos de buenas prácticas que sí funcionan**

- actuar de oficio cuando hay riesgo vital (lo que comprueban con cámaras, personas testigos de las agresiones, etc.),
- hacer seguimiento aunque no estén en VioGén,
- adaptar tiempos y procedimientos a mujeres con síndrome de abstinencia,
- trabajar coordinadamente con recursos de adicciones y violencia,
- acompañar físicamente a recursos cuando es necesario.

Estas prácticas permiten salvar vidas en situaciones donde la víctima no puede sostener el proceso.

Reflexión crítica: protección no es encierro o limitación del movimiento de las mujeres

Tras todos los testimonios recogidos, es necesario cuestionar la idea de que la protección (policial y en amplio sentido) se garantice mediante alojamiento protegido y restricción del movimiento de la víctima. En Bilbao las mujeres pueden entrar y salir libremente de los recursos, incluidos los de protección, aun teniendo órdenes judiciales de protección en vigor. Se trabaja con ellas la gestión del riesgo, siempre en contacto con la policía ante posibles apariciones/situaciones con agresores en los recursos. En el centro Beatriz Galindo en Madrid, las mujeres también pueden salir cuando ellas quieran, y en los Servicios de Proximidad del Instituto de Adicciones hay mujeres con consumo en activo, vinculadas a esos servicios, que no están en alojamientos protegidos. En todos ellos la indicación es que se llama a la policía en caso de que aparezcan agresores.

La protección en esos recursos es entendida en términos de acompañamiento frente a las violencias sufridas, garantizando un espacio de cobijo independientemente del consumo.

Por tanto: la valoración del nivel de riesgo no puede juzgarse en términos de menoscabo de la libertad de movimiento de la víctima y no va indispensablemente unida al alojamiento. Algo claro es que para poder protegerse hay que estar preparada, tener recursos tanto personales como de apoyo. Y eso es un proceso que puede tardar en darse y que hay que acompañar, no forzar.

Coordinación UFAM – recursos de violencia y adicciones. Existen tensiones y aprendizajes mutuos pendientes, principalmente en relación al funcionamiento de cada cual.

En el caso de mujeres consumidoras con múltiples agresores, la UFAM señala que el gran riesgo a visibilizar es la inactivación.

Cuando no se logra contacto, los casos se **inactivan**: dejan de hacerse valoraciones de riesgo, se pierde seguimiento, y la mujer queda sin protección, pese a tener múltiples agresores.

La necesidad de espacios seguros no mixtos

Los y las agentes concluyen que las mujeres con consumo necesitan:

- espacios no mixtos,
- intervención integral (adicciones + violencia + salud mental),
- acompañamiento educativo y psicológico,
- y recursos especializados que hoy son escasos.

Sin recursos adecuados, sin flexibilidad y sin comprensión del trauma y el consumo, el sistema no puede proteger a las mujeres en situaciones de alta vulneración.

Este grupo de agentes tiene claro que **la definición de un espacio seguro y de protección para las mujeres con problemática de consumo pasa no solo por el riesgo frente a un posible agresor reincidente, sino por la existencia de espacios no mixtos de atención integral**.

CONCLUSIÓN 12.- LAS MUJERES EN PRIMERA PERSONA.

Los testimonios permiten comprender, desde la vivencia directa de las mujeres, cómo interactúan con las redes de violencia y adicciones, qué barreras encuentran y qué elementos resultan clave para su protección, recuperación y vinculación con los servicios. Esta información cualitativa aporta matices que no siempre emergen desde la perspectiva profesional y que son esenciales para ajustar los modelos de intervención. Son complementarios a lo ya expresado en apartados anteriores.

1.- Frente a la evidencia ya detectada en anteriores trabajos de que la red donde "entran" determina qué cuentan (si entran por violencia, les cuesta hablar del consumo; si entran por adicciones, la violencia aparece como algo accesorio o no integrado con el proceso de adicción/uso problemático), en esta investigación aparece por contra una evidencia nueva extremadamente importante: si las mujeres sienten que no se les juzga, que no es motivo de expulsión y que se contextualiza el consumo en intersección con la violencia, hablan de ello en la red de violencia abiertamente.

Esto evidentemente mejora las posibilidades de atención y trabajo, pero deviene de que previamente se ha generado un vínculo de seguridad y aceptación incondicional de la situación de consumo y de lo que la mujer quiera/pueda hacer con ello…

2.- El rechazo de las mujeres en la red de adicciones para dar el salto a servicios de violencia se basa principalmente en que:

- se insiste demasiado en "remover" el trauma. Es decir: se les pide trabajar elementos para los cuales no perciben estar preparadas y no se respetaba su ritmo.

  "todo era remover, remover, remover, salía peor que entraba".

- o no encuentran apoyo práctico (vivienda, seguridad, ingresos).

  "Mucho denuncia, denuncia… pero sin nada que te sostenga detrás".

No piden "terapia profunda". Piden: alojamiento seguro, apoyo para trámites, acompañamiento a juicios, apoyos en el acceso a vivienda… Es decir: protección, empleo, vivienda. La falta de recursos o de acceso a ellos se vive como una forma de abandono institucional y genera desconfianza.

Ven la necesidad de tener un alojamiento para alejarse de su situación, pero no quieren "trabajar" la violencia (ellas refieren que no querían remover ese tema…) y entonces la percepción es de no apoyo, no ayuda. Si lo pusiéramos en contraste con *verbatims* de algunas de las profesionales entrevistadas, esto sería interpretado como un interés "mediado por las prestaciones" y no tanto por lo "puramente terapéutico".

3.- El consumo emerge claramente como estrategia de supervivencia frente a la violencia.

Consumir les permite: regular el estrés, olvidar la violencia, evadirse de la realidad. Identifican que **el consumo se disparó por la violencia**.

> *"Beber, beber, beber… para olvidar" "La cerveza se me fue de las manos porque estaba tan tensa… me relajaba"* .

No se puede abordar el consumo sin abordar la violencia.

Implicación operativa : → Integrar el enfoque de trauma y violencia en adicciones, y el enfoque de trauma y consumo en violencia, como condición mínima de accesibilidad.

4.- La importancia del acompañamiento continuado y la sensación de protección/no estar sola.

Cuando hay vínculo y acompañamiento, ante violencias extremas, sí denuncian. Una mujer en consumo activo, con tres agresores distintos, pudo denunciar porque:

- una educadora la acompañó en todo momento,
- los agentes de UFAM la visitaban semanalmente, le explicaban dónde estaban los agresores…
- y sobre todo: la hacían sentir que no estaba sola.

El acompañamiento emocional y práctico es **determinante para sostener procesos de denuncia y protección.**

5. Las secuelas del daño: cognitivas, emocionales, vitales. Las mujeres describen:

- trastornos depresivos severos,
- dificultades para hablar o recordar,
- intentos de suicidio,
- sensación de estar "rota",
- incapacidad para hacer trámites sin ayuda.

La violencia extrema deja secuelas que afectan la capacidad de vincular, denunciar o sostener procesos.

Implicación operativa: → Incorporar figuras de acompañamiento estable y aceptación incondicional (educadoras, agentes de protección, profesionales de proximidad).

6.- Los protocolos rígidos dificultan la vinculación. La **continuidad relacional** es clave para estas mujeres, por ejemplo: tener que cambiar de profesional por ser obligadas a ir a un Punto de Violencia por protocolo, cuando ya estaban vinculadas al Espacio de Igualdad.

Implicación operativa: → Garantizar continuidad relacional y flexibilizar protocolos cuando la mujer ya ha generado vínculo en un recurso.

7. El establecimiento del vínculo que posibilite la relación terapéutica depende de habilidades relacionales básicas, y no tanto de dilucidar cuanto antes la demanda explícita de intervención.

Los testimonios se centran en aspectos pequeños, detalles, que indican un tipo de intervención muy fundamentada en la escucha y la paciencia, que es lo que necesitan. "*La sonrisa dice mucho… que te entiende realmente.*"

Una atención profesional muy enfocada en querer dilucidar cuanto antes, y directamente, la demanda explícita, dificulta la vinculación. *"Llegar y que te pregunten que qué quieres… que para qué estás ahí… pues… no… no sé..."* .

La falta de estas habilidades genera rechazo y desconfianza.

- Ser atendidas por profesionales que no escuchan, no sonríen o no muestran empatía.
- Ser tratadas como "malas madres" en el CAI (Infancia).

> Implicación operativa: → La intervención debe priorizar seguridad emocional y relacional (Cuidado Informado del Trauma).

8. El exceso de recursos y citas genera agotamiento

Muchas mujeres están simultáneamente en: CAD, CAI (Infancia), recursos de violencia, salud mental, servicios judiciales...

"*Estoy en todos los sitios, hija. Y estoy cansada*" .

La multiplicidad de intervenciones sin coordinación aumenta la carga emocional.

> Implicación operativa: → Coordinar agendas, reducir citas redundantes y establecer itinerarios integrados.

9. Las casas de acogida tradicionales generan ambivalencia

Las mujeres reconocen que:

- los recursos las protegieron,
- las trabajadoras fueron clave,
- sus hijos e hijas estuvieron mejor atendidos.

Pero también sienten:

- exceso de normas
- restricciones que les recuerdan al control del agresor (limitación movimientos, no poder informar a la familia…)
- falta de intimidad,
- la saturación de los recursos

- la **sensación de infantilización**.

"Tengo 52 años… y me dicen a qué hora tengo que volver" .

El control puede reactivar memorias traumáticas de control por parte del agresor.

> Implicación operativa: → Las situaciones de riesgo están, pero quizás se trata de no poner unas normas generales de control externo y evitación, sino de trabajar según la situación de cada una y lo que les va sucediendo.

10. La sobreocupación de recursos de violencia genera tensiones y empeora la convivencia, sobre todo en situación de consumo.

"Estaba muy lleno… se necesitan más pisos" .

La convivencia en crisis, con cambios de habitación y falta de espacio, aumenta el malestar.

> Implicación operativa: → Revisar normas de control, evitar sobreplazas, garantizar habitaciones estables e individuales/por unidad familiar.

11. Los espacios mixtos se perciben como inseguros

Especialmente en adicciones:

- riesgo de manipulación, acoso, agresiones
- riesgo de contacto con agresores o "amigos" de los agresores,
- riesgo de relaciones dependientes y dinámicas de consumo.

"Ellos me localizaban en el CAID… me proponían tomar café… luego me intentó estrangular" .

Las mujeres necesitan espacios no mixtos para garantizar seguridad. Pero también rechazan casas de acogida demasiado restrictivas. La clave, según ellas, es: **espacios no mixtos, seguros, pero sin control excesivo**.

> Implicación operativa: → Aumentar recursos no mixtos y espacios seguros para mujeres con consumo y violencia, con capacidad técnica de adaptación y flexibilidad.

12. Identifican con precisión qué habilidades tienen las profesionales que les ayudan:

- escuchan sin juzgar,
- muestran una comunicación cercana,
- acompañan físicamente,
- entienden/respetan su ritmo,
- no las presionan para denunciar o dejar la relación,

- no las infantilizan.

Y la necesidad de profesionales en residencial y proximidad cualificadas para la atención en situaciones de alta complejidad… Varias mujeres señalan:

- educadoras muy jóvenes sin formación o experiencia,
- trato autoritario o humillante,
- falta de habilidades para el manejo de situaciones en crisis, y contener ansiedad o agresividad,
- falta de comprensión del trauma.

"Una niña de 18 años no puede lidiar con una mujer de 50 con problemas de droga y violencia".

Es necesario dejar de concebir estos espacios desde la baja cualificación y poca dotación económica tanto de recursos profesionales como habitacionales.

> Implicación operativa: → Reforzar formación especializada y ajustar perfiles profesionales a la complejidad de las situaciones a acompañar.

13. Situaciones de extrema vulneración requieren redes altamente flexibles

Ante mujeres que han sufrido:

- abusos sexuales en la infancia,
- múltiples internamientos psiquiátricos,
- afectación del establecimiento del vínculo y el apego como efecto de los abusos y la violencia,
- consumo problemático,
- violencia continuada
- convencimiento de que "se merecen lo que les pasa" y que no son capaces de dejarlo...

"*Es como una droga… no soy capaz de salir de esta relación*" .

los servicios tradicionales de violencia no son accesibles. Aunque se le ofrezca poder ir, es necesario trabajar motivacionalmente el previo. No es realista esperar que den el salto a los servicios de violencia tradicionales. Necesitan redes que se adapten a su ritmo y momento vital. Solo una red flexible, paciente y constante puede sostenerlas a ellas y su proceso.

> Implicación operativa: → Crear dispositivos de alta adaptabilidad (baja exigencia), alta intensidad relacional y enfoque de reducción de daños.

14. El estigma afecta la autoeficacia y la vinculación con los servicios.

"*Me siento como si tuviera una tara… la letra escarlata*" .

El estigma interiorizado pesa enormemente. Pero ese estigma no viene de la nada, se genera socialmente.

Implicación operativa: → Trabajar por la desestigmatización del consumo problemático en mujeres (campañas públicas, servicios de asesoramiento a otras redes, etc.)

15. Las mujeres migrantes enfrentan barreras adicionales en nuevo ejercicio de violencia institucional

- normas estrictas no adaptadas culturalmente,
- falta de servicios de traducción,
- incomprensión del contexto,

"*No estaba adaptado en absoluto… no entendía nada*" .

Implicación operativa: → Adaptar las intervenciones a la diversidad cultural y lingüística; evitar normas rígidas que generen violencia institucional.

EN CONCLUSIÓN…

- Las mujeres saben lo que necesitan: **apoyo, seguridad, vínculo, respeto y flexibilidad**. El sistema debe adaptarse a ellas, no al revés.
- El consumo es una respuesta al trauma, no un "problema aparte".
- La violencia y el consumo están entrelazados.
- Los recursos rígidos, saturados o sancionadores/controladores rompen la vinculación.
- La calidad del vínculo profesional es determinante.
- La protección real requiere acompañamiento constante y estable, no solo protocolos.
- Las mujeres con mayor daño necesitan **redes flexibles, no itinerarios rígidos**.

Frente a la falta de plazas por listas de espera en los recursos que proporcionan atención integral, las mujeres lo expresan claramente: "*Más recursos como estos. Tiene que haber más recursos así…*", en referencia a:

1) los recursos de la red de violencia con una alta adaptación e integración de las diversas situaciones, entre ellas la del consumo,

y a 2) los recursos no mixtos de la red de adicciones que incorporan la perspectiva de género y se articulan con los recursos de violencia.

6.2 SISTEMATIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DETECTADAS Y RECOMENDADAS

1. Buenas prácticas basadas en el VÍNCULO Y LA RELACIÓN *(Eje transversal)*

1.1. Vínculo seguro como herramienta terapéutica

- Escucha sin juicio, validación constante.
- Estabilidad profesional (evitar rotaciones).
- Acompañamiento emocional y práctico.
- Presencia en momentos críticos.
- No forzar narrativas traumáticas.

1.2. Relación como sostén frente al consumo

- Mantener contacto incluso cuando la mujer desaparece temporalmente.
- Mantener "plaza mínima" para no perder el vínculo.
- Reforzar momentos de estabilidad ("mira cómo estás ahora").

1.3. Acompañamiento flexible

- Ir al domicilio, al barrio, al centro cívico, al CSM, etc.
- Conectar a la mujer con su entorno real (trabajadora de base, recursos locales).

2. Buenas prácticas basadas en la REDUCCIÓN DE DAÑOS DE AMPLIO ESPECTRO *(Es decir: aplicada a consumo, violencia, salud mental y vida cotidiana)*

2.1. No exigir abstinencia

- Acceso y permanencia sin condición de consumo cero.
- No expulsar por consumo.
- No sancionar recaídas, integrarlas en el proceso.

2.2. Trabajo realista con el consumo

- Cambiar vías de administración más seguras.
- Evitar compartir material.
- Cuidar espacios seguros (piso, habitación).
- Reforzar momentos de autocuidado.

2.3. Reducción de daños en violencia

- No forzar denuncia.
- Trabajar seguridad antes que proceso judicial.
- Acompañar en la "identificación" de la violencia cuando está normalizada (generar la noción internalizada de que tienen derecho a que esto no suceda).

2.4. Reducción de daños en salud mental

- Ir a las citas en CSM aunque la mujer no vaya para mantener la coordinación/seguimiento.
- Favorecer la flexibilidad en la atención
- No patologizar reacciones traumáticas.

3. Buenas prácticas basadas en la INTEGRALIDAD *(No fragmentar a la mujer en "violencia", "consumo", "salud mental", "maternidad")*

3.1. Intervención integrada

- Atender violencia sexual, violencia de pareja, consumo y salud mental como un solo entramado.
- Mantener la intervención aunque aparezcan nuevas violencias.
- No derivar automáticamente a otro recurso.

3.2. Equipos multidisciplinares reales

- Psicología, trabajo social, educación social, jurídico, médico, enfermería.
- Supervisión externa.
- Formación continua.

3.3. Coordinación activa con otras redes

- CAD, CSM, SAP, albergues, inclusión, urgencias, centros de crisis.
- Derivaciones acompañadas, no administrativas.
- Mantener acompañamiento aunque la mujer entre en comunidad terapéutica.

4. Buenas prácticas basadas en la SEGURIDAD Y EL ESPACIO *(Los espacios físicos como parte de la intervención)*

4.1. Espacios no mixtos y seguros que favorezcan la recuperación de las violencias y la no revictimización

- Pisos solo para mujeres.

- Evitar espacios mixtos donde haya riesgo de agresores.

4.2. Espacios que funcionan como "hogar"

- Cocinas integradas en recursos habitacionales alternativos.
- Habitaciones individuales.
- Vida normalizada (compras, limpieza, rutinas).

4.3. Espacios que contienen y protegen

- La convivencia como freno del consumo.
- Apoyo mutuo entre mujeres.
- Supervisión y acompañamiento flexible.

4.4. Espacios que no reproducen control coercitivo

- Normas de funcionamiento del espacio claras pero no punitivas.
- Evitar horarios rígidos que recuerdan al agresor.
- Evitar sanciones que expulsan.

5. Buenas prácticas basadas en la MIRADA Y EL ENFOQUE *(Cómo se entiende a la mujer y su historia)*

5.1. Enfoque de trauma complejo

- Entender el consumo como respuesta al trauma.
- Entender que la violencia sexual puede tardar décadas en verbalizarse.
- No forzar narrativas traumáticas.

5.2. Enfoque feminista y estructural

- No responsabilizar a la mujer ("no se expone, está expuesta por razón de género").
- Leer la violencia como fenómeno estructural.
- Entender la maternidad como eje de control institucional.

5.3. Enfoque antirracista e intercultural

- Reconocer perfiles que no llegan (gitanas, migrantes sin idioma).
- Usar mediación intercultural cuando es necesario.
- Adaptar la intervención a códigos culturales.

5.4. Enfoque de derechos

- Derecho a la atención sin denuncia.

- Derecho a la atención sin abstinencia.
- Derecho a la vivienda como base de la intervención.
- Derecho a no ser expulsada por consumo.

6. Buenas prácticas basadas en la VIDA COTIDIANA *(La intervención no es solo clínica: es vital)*

6.1. Microintervenciones sostenidas

- Comer juntas.
- Caminar.
- Acompañar a una cita.
- Resolver un trámite.

6.2. Sostener la rutina

- Ayudar a organizar el día.
- Trabajar hábitos de sueño, alimentación, higiene.
- Celebrar pequeños logros.

6.3. Acompañar crisis sin castigo

- No expulsar por episodios de desregulación.
- No penalizar ingresos psiquiátricos.
- Reintegrar sin juicio.

7. Buenas prácticas basadas en la PREVENCIÓN Y LA COMUNIDAD

7.1. Sensibilización comunitaria

- Puntos violeta.
- Jornadas y talleres en barrios.
- Trabajo con entidades locales.

7.2. Prevención primaria

- Información accesible sobre violencia sexual.
- Difusión de recursos.
- Trabajo con jóvenes y familias.

7.3. Prevención secundaria

- Detección temprana en recursos generalistas.

- Formación a profesionales de otras redes.

8. Buenas prácticas basadas en la SOSTENIBILIDAD DEL PROCESO

8.1. Flexibilidad temporal

- Revisiones cada 6 meses sin expulsión automática.
- Estancias prolongadas cuando es necesario.
- Ritmos adaptados a crisis, recaídas, ingresos.

8.2. Transiciones cuidadas

- Derivaciones acompañadas.
- Preparación emocional para cambios de recurso.
- Seguimiento post-salida cuando es posible.

8.3. Realismo profesional

- Aceptar que algunas mujeres no quieren trabajar ciertos aspectos.
- Aceptar que la intervención no puede con todo.
- No culpabilizar a la mujer ni al equipo.

9. Buenas prácticas basadas en la FLEXIBILIDAD INTENSIVA

9.1 Ajuste dinámico de la intensidad de la intervención

- Sistema de “plazas” por intensidad de intervención no por persona.
- Aumentar o disminuir intensidad según momento vital.
- Mantener “plaza mínima” para no perder vínculo cuando la mujer desaparece.

“La idea es ser nosotras quienes nos adaptamos al momento vital de cada persona.”

9.2. Intervención a domicilio y en territorio

- Ir a casa de la mujer.
- Conocer su barrio, su entorno, su red comunitaria.
- Acompañar a recursos locales (centro cívico, trabajadora de base).

9.1.3. Intervención comunitaria personalizada

- Conectar a la mujer con su barrio.
- Acompañar a conocer servicios locales.

10. Buenas prácticas basadas en la CONTINUIDAD ENTRE SISTEMAS

10.1. Mantener acompañamiento aunque la mujer entre en otro sistema

- Comunidad terapéutica.
- Inclusión.
- Salud mental.
- Prisión (cuando es posible).

10.2. Evitar "cortes" entre administraciones

- No perder a la mujer cuando pasa de un sistema a otro.
- Mantener contacto telefónico y presencial.
- Coordinar con profesionales de otros recursos.

6.3 TABLA CORRESPONDENCIAS ENTRE REVISIÓN DOCUMENTAL Y FUENTES PRIMARIAS

Categoría analítica	Revisión documental	Evidencia territorial y aplicada
1. Naturaleza estructural del binomio VG–TCS	VG y TCS son fenómenos estructurales, interrelacionados y persistentes.	Esta intersección aparece en la práctica: exclusión histórica por consumo, fragmentación, vacíos institucionales. Necesidad de protección frente a la violencia
2. Fragmentación entre redes	Crítica a la separación histórica entre redes en la atención a mujeres con múltiples problemáticas (VG, adicciones, migración, salud mental, discapacidad, sinhogar...).	Modelos fragmentados, competencias estancas, "¿y tú de quién eres?" como metáfora: ¿de qué red/administración es la competencia de intervención?.
3. Estigma y penalización del consumo	El consumo en mujeres se sanciona socialmente (doble penalización moral y social, con excepción de los psicofármacos).	Estigma institucional, culpabilización. Autoestigma.

Categoría analítica	Revisión documental	Evidencia territorial y aplicada
4. Consumo como estrategia de afrontamiento	El consumo puede ser respuesta adaptativa al trauma.	"Beber para olvidar", consumo como supervivencia y estrategia de afrontamiento.
5. Trauma y violencia sostenida	Trauma complejo como clave para entender TCS y VG.	Trauma, disociación, secuelas cognitivas, violencia sexual estructural.
6. Crítica a modelos biomédicos y sancionadores	Modelos biomédicos individualizan y patologizan.	Expulsiones por positivos, iatrogenia institucional. Transición hacia modelos no punitivistas, centrados en la persona y de protección frente a la violencia.
7. Necesidad de modelos integrales e intersectoriales	Propuesta de superar la fragmentación y articular VG–TCS–salud mental.	Coordinación real, planes conjuntos, equipos de calle, UFAM integrada.
8. Interseccionalidad	Modelo ecológico e interseccional como marco imprescindible.	Violencia + consumo + salud mental + sinhogarismo + migración + discapacidad. No se puede segmentar a las mujeres y sus situaciones vitales.
9. Barreras de acceso y criterios excluyentes	Recursos de VG excluyen por consumo; recursos de adicciones invisibilizan/desatienden violencia.	Criterios rígidos, falta de recursos no mixtos, embudos en derivaciones posteriores desde recursos integrales.
10. Reducción de daños	Enfoque necesario para comprender TCS en mujeres.	Reducción de daños en VG, convivencia con menores, recursos de baja exigencia/alta adaptabilidad.
11. Protección y gestión del riesgo	Crítica a modelos rígidos de protección.	Libertad de movimiento, protección no coercitiva, gestión del riesgo adaptando intervenciones y tiempos al momento de la mujer.

Categoría analítica	Revisión documental	Evidencia territorial y aplicada
12. Violencia sexual	Mencionada como forma estructural de violencia.	Violencia sexual como eje central en mujeres con problemática de consumo; explotación sexual; consumo, trauma.
13. Maternidad y consumo	Mandatos de género y estigma.	Miedo a perder custodia, intervenciones punitivas, iatrogenia, señalamiento de la madre.
14. Recursos no mixtos y baja exigencia/alta adaptabilidad	Necesidad de recursos adaptados y sensibles al trauma.	Recursos no mixtos, baja exigencia/alta adaptabilidad, seguridad, flexibilidad. Evidencia territorial de esta necesidad.
15. Importancia del vínculo y la continuidad	Acompañamiento como herramienta central.	Vínculo como protección, continuidad relacional, acompañamiento físico.
16. Formación especializada	Formación en género, trauma y TCS como requisito.	Formación en violencia sexual, adicciones, trauma como requisito indispensable. Evidencia de su funcionamiento con la UFAM.
17. Gobernanza y competencias	Crítica a la fragmentación institucional.	Bloqueos competenciales, falta de financiación compartida.
18. Necesidad de un protocolo integral	Bases conceptuales para un modelo integral.	Evidencia práctica que justifica un protocolo integral y garantista a aplicar en todos los territorios.
19. Servicios complementarios	Importancia de abordajes comunitarios.	Equipos de calle, microintervenciones, detección implícita.
20. Testimonios de mujeres	La revisión documental anticipa la importancia de la experiencia vivida.	Las voces de las mujeres en primera persona: evidencia cualitativa profunda, claves operativas, barreras reales.

7. BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing

Amaro, H., Fried, L. E., Cabral, H., & Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health, 80*(5), 575–579. https://doi.org/10.2105/AJPH.80.5.575

Arana, X. y Comas, D. (2019). *Consumo de alcohol y violencia de género. Perspectiva de los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias, jurídico y social*. San Sebastián. IVAC-KREI.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). World Health Organization.

Benoit, T., & Jauffret-Roustide, M. (2016). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. Council of Europe.

Blume, S. B. (1994). *Women and addiction: A comprehensive handbook*. Free Press.

Bodelón González, E. (2014). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez, 48,* 131–155. https://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/2783

Bodelón, E., Igareda, N., Casas, M., & Coll-Planas, G. (2016). *Diagnosi de la Xarxa d'Atenció i Recuperació Integral per a les dones en situació de violència masclista a Catalunya*. Generalitat de Catalunya, Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

Bodelón González, E. (2019). *Violencia de género y las respuestas de los sistemas penales*. Ediciones Didot.

Bosch-Fiol, E., Ferrer-Pérez, V. A., & Alzamora, A. (2005). *El laberinto patriarcal: reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Anthropos.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist, 32*(7), 513–531. https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513

Brown, P. J., Recupero, P. R., & Stout, R. (2000). PTSD, substance abuse comorbidity, and treatment outcomes in women. *Alcohol Research & Health, 24*(2), 142–148.

Caldentey, C., Tirado-Muñoz, J., Ferrer, T., Fonseca, F., Rossi, P., Mestre-Pintó, J.I. & Torrens, M. (2017). Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general. Cribado y prevalencia. *Adicciones*, *29*(3), 172-179. Doi: https://www.doi.org/10.20882/adicciones.738.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet, 359*(9314), 1331–1336. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Castaño, V. (2009) *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. Fundación Atenea.

Castaños, M., Meneses, C., Palop, M., Rodríguez, M., & Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Instituto de la Mujer.

Confederación Salud Mental España. (2025). *Estudio GEA: La gestión del empoderamiento y la accesibilidad en derechos de las mujeres y niñas con problemas de salud mental en España*. https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-gea-mujeres-salud-mental

Covington, S. S. (2007). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs, 39*(Suppl. 5), 377–385. https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10399860

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex. *University of Chicago Legal Forum*, 139–167.

Daley, A., & Mulé, N. J. (2014). LGBTQs and the DSM-5: A critical queer response. *Journal of Homosexuality, 61*(9), 1288–1312. https://doi.org/10.1080/00918369.2014.926766

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2025). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2024*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/macroencuesta-de-violencia-contra-la-mujer-2024/

El-Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E., Chang, M., Hill, J., & Steinglass, P. (2013). Intimate partner violence and substance use among women: A review and integration of trauma-informed approaches. *Journal of Substance Abuse Treatment, 45*(1), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.01.003

Escolano Vega, M. (2024). *Vidas supervisadas: Un análisis de los contextos que perpetúan el consumo de psicofármacos en mujeres*. Asociación Progestión.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009). *Annual report on the state of the drugs problem in Europe*.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *Women and drugs in Europe*.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2018). *European drug report*.

Folch, C., Casabona, J., Majó, X., Meroño, M., González, V., Colom, J., & Espelt, A. (2020). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones, 32*(3), 216–226. https://doi.org/10.20882/adicciones.1322

Giacomello, C. (2019). *Mujeres, drogas y encarcelamiento: Una perspectiva de derechos humanos*. Tirant lo Blanch.

Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., Hien, D., & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in

women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence, 86*(1), 1–21. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.012

Hancock, A.-M. (2007). When multiplication doesn't equal quick addition: Examining intersectionality as a research paradigm. *Perspectives on Politics, 5*(1), 63–79. https://doi.org/10.1017/S1537592707070065

Hansen Rodríguez, G. (2020). *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/record/243186

Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Horas y Horas.

Llopis, J. J., Castillo, Agurtzane, Rebollida, Montse y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, *5*(2).

Martínez-Redondo, P. (2009). *Extrañándonos de lo "normal": Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Horas y Horas.

Martínez-Redondo, P. (2010). *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*. UNAD. https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/UNAD_Malos_Tratos-UNICO.pdf

Martínez-Redondo, P. (2019). Uso de drogas, adicciones y violencia desde perspectiva de género. *INFONOVA, 35*.

Martínez-Redondo, P. (2021). Quién le puso a mi vida tanto género (y yo, sin saberlo)… En R. Álvarez Pérez & C. Mimbrero (Eds.), *Mujeres, drogodependencias y experiencias subjetivas de privación de libertad*. Dykinson.

Martínez-Redondo, P., & Arostegui Santamaría, E. (2021). *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias*. *Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención.* Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_DGPNSD_Violencia_genero_abuso_sustancias.pdf

Martínez-Redondo, P., & Arostegui Santamaría, E. (2023). *Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_GuiaAbordajeViolenciasGenero.pdf

National Institute on Drug Abuse. (2016). *Substance use in women*. https://nida.nih.gov/sites/default/files/substanceuseinwomenrr_final_09162016.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

Organización de las Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.*

ONU-Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres). 2025. *Los derechos de las mujeres 30 años después de Beijing.* Nueva York: ONU-Mujeres.

Plaza Hernández, L., Hansen Rodríguez, G., and Bedoya Cardona, E. Y. (2022) *Interleave Research Report. Women who use drugs facing gender-based violence in Europe* . Co-funded by Justice Programme Drugs-policy Inititatives of EU https://www.drogasgenero.info/informe-de-la-investigacion-interleave-sobre-mujeres-que-usan-drogas-y-violencia-de-genero/

Patton, D. (2024). The power, capacity, and resiliency of women in substance use disorder recovery to overcome multiple and complex housing transitions. *Social Sciences, 13*(4), 206. https://doi.org/10.3390/socsci13040206

Plaza-Hernández, L., Hansen Rodríguez, G., Bedoya Cardona, E., Ferrer Pérez, X., & Ramos Rivera, J. (2023). Gender-based violence among women who use drugs: A quantitative and qualitative study in 6 EU countries. *Adiktologie, 23*(2), 107–121. https://doi.org/10.35198/01-2023-001-0004

Pujal i Llombart, M., Calatayud, M., & Amigot, P. (2020). Subjetividad, desigualdad social y malestares de género: una relectura del DSM-5. *Revista Internacional de Sociología, 78*(2), e155. https://doi.org/10.3989/ris.2020.78.2.18.113

Romo-Avilés, N., Tarriño-Concejero, L., Pavón-Benítez, L., & Marín-Torres, J. (2024). Addressing gender-based violence in drug addiction treatment: A systematic mapping review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 22*, 3656–3682. https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4

Simonelli, A., Pasquali, C., & De Palo, F. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 24496. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496

Stocco, P.; Llopis, J.; Defazio, L.; Calafat, A. y Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity* (Vol. 200, No. 0). Irefrea.

UNAD. (2024a). *Protocolo de detección implícita de violencia de género en mujeres con adicciones (DIVG-MA-UNAD).*

UNAD – Red de Atención a las Adicciones. (2024b). *Mujeres en contextos de consumo de drogas y exclusión residencial: Violencias y vulneración de derechos. Un análisis exploratorio*. https://www.drogasgenero.info/documento/mujeres-en-contextos-de-consumo-de-drogas-y-exclusion-residencial-violencias-y-vulneracion-de-derechos-un-analisis-exploratorio/

United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World drug report*.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World drug report*.

Vale Pires, C. (2016). *Women, drugs and criminal justice: A human rights perspective*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Vale Pires, C., Silva, I., & Matos, R. (2026). "My life is already politics": The (im)possibility of civic and political participation among street-involved women who use drugs in Oporto. *Affilia*. https://doi.org/10.1177/08861099261424916

Walker, L. E. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Springer.

Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: An overview of changes and controversies. *Clinical Social Work Journal, 41*, 139–154. https://doi.org/10.1007/s10615-013-0449-2

World Health Organization. (1998). *Violence against women: A priority public health issue in the Western Pacific Region*.

World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*.

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases (11th ed.)*.

Zalaquett, C. P. (2012). *Counseling Latinas/os and other culturally diverse populations: Theory and practice*. Routledge.

8. ANEXOS

8.1 CLAVES MÍNIMAS PARA UN MODELO INTEGRAL, mediante una *Checklist* operativa para el abordaje de violencias de género, trauma y TCS

La presente *checklist* sintetiza de forma operativa las condiciones estructurales, profesionales y metodológicas desarrolladas a lo largo del capítulo dedicado a la revisión documental, incorporando de manera transversal los aprendizajes teóricos de la bibliografía de referencia.

No se trata de un listado aspiracional ni de buenas intenciones, sino de una hoja de ruta exigible, diseñada para ser utilizada por administraciones públicas, entidades gestoras, equipos profesionales y evaluadores externos.

Cada bloque incluye:

- **Criterio clave** (qué debe existir).
- **Indicadores operativos** (cómo se manifiesta).
- **Evidencias observables / preguntas de control** (cómo comprobarlo).

A. Condiciones estructurales ¬ Garantizar la posibilidad real de intervención

A.1 Financiación estable y suficiente

Criterio

☐ El recurso dispone de financiación estructural, plurianual y suficiente.

Indicadores operativos

- Convenios ≥ 3 años.
- Presupuesto diferenciado para atención, coordinación y supervisión.
- No dependencia mayoritaria de subvenciones anuales competitivas.

Evidencias / preguntas

- ¿Existen convenios firmados de más de un año?
- ¿Se interrumpen procesos por cierre de proyectos?
- ¿Hay presupuesto específico para supervisión y evaluación cualitativa?

A.2 Estabilidad y dimensionamiento de equipos

Criterio

☐ El equipo es estable y adecuado a la complejidad del perfil/situaciones vitales atendidas.

Indicadores

- Rotación anual < 20 %.
- Ratios reducidos en dispositivos de alta complejidad
- Contratos no precarios.

Evidencias

- Historial de cambios de profesionales.
- Número de mujeres por profesional.
- Existencia de figuras de referencia estables.

A.3 Espacios de cobijo accesibles con consumo activo

Criterio

☐ Existen espacios seguros sin exigencia de abstinencia.

Indicadores

- Porcentaje de mujeres admitidas con consumo activo[58].
- Ausencia de expulsión automática por recaída.
- Protocolos explícitos de reducción de daños.

Evidencias

- Normativa interna del recurso.
- Motivos reales de expulsión.
- Testimonios de usuarias sobre seguridad percibida.

B. Condiciones profesionales ¬ Competencia, ética y cuidado

B.1 Formación obligatoria en trauma, género y TCS

Criterio

☐ Todo el equipo tiene formación específica obligatoria.

Indicadores

- ≥ 40 horas anuales de formación especializada.
- Formación común a todo el equipo.
- Contenidos en trauma complejo, TCS y violencia.

Evidencias

- Plan de formación anual.

58 En dos sentidos: sobre el total de mujeres atendidas y sobre el total de mujeres con consumo activo que hayan contactado directa o indirectamente con el recurso.

- Certificados de formación.
- Aplicación práctica en protocolos.
- Análisis de las praxis individuales y grupales desde el enfoque de trauma informado.

B.2 Posicionamiento ético explícito

Criterio

☐ El equipo comparte un marco ético formalizado.

Indicadores

- Documento ético interno.
- Inclusión explícita del principio de no maleficencia.
- Revisión de prácticas potencialmente dañinas.

Evidencias

- Protocolos revisados con perspectiva de género.
- Espacios de reflexión ética documentados.
- Capacidad de justificar no expulsiones.

B.3 Supervisión profesional estructural

Criterio

☐ Existe supervisión externa y periódica.

Indicadores

- Supervisión con un mínimo de periodicidad mensual.
- Enfoque en trauma y cuidado profesional.
- Participación de todo el equipo.

Evidencias

- Contrato con supervisora externa. Formación de la supervisora.
- Actas de supervisión.
- Cambios implementados tras supervisión. Hoja de ruta a medio y largo plazo.

C. Condiciones metodológicas ¬ Intervenir sin retraumatizar

C.1 Metodología no lineal y de baja exigencia

Criterio

☐ El modelo asume procesos no lineales.

Indicadores

- Permanencias intermitentes permitidas.
- Objetivos revisables.
- Ausencia de itinerarios rígidos.
- Actitud del equipo y de profesionales antes avances y retrocesos en las trayectorias de las mujeres.

Evidencias

- Historias de caso.
- Flexibilidad en planes de intervención.
- Retornos al recurso sin penalización.

C.2 Detección implícita de violencia y TCS

Criterio

☐ No se exige verbalización explícita.

Indicadores

- Uso de indicadores relacionales y contextuales.
- Formación en detección implícita.
- Registros no interrogatorios.

Evidencias

- Herramientas de registro.
- Lenguaje utilizado en informes.
- Reducción de entrevistas repetitivas.

C.3 Reducción de daños integrada

Criterio

☐ La reducción de daños es transversal.

Indicadores

- Acceso a material seguro.
- Atención sanitaria activa.
- Protocolos de prevención de sobredosis.

- Inclusión de contenidos de reducción de daños en intervención grupal e individual.

Evidencias

- Protocolos escritos.
- Derivaciones sanitarias efectivas.
- Registros de intervenciones de reducción de daños.

D. Condiciones evaluativas ¬ Medir impacto real

D.1 Indicadores más allá de la abstinencia

Criterio

☐ La abstinencia no es el principal indicador.

Indicadores

- Indicadores de seguridad, agencia y vínculo.
- Registro de reducción de riesgos.
- Valoración de procesos.

Evidencias

- Informes de evaluación.
- Ausencia de expulsión por consumo.
- Resultados cualitativos documentados.

D.2 Evaluación sin castigo

Criterio

☐ La evaluación no genera exclusión.

Indicadores

- Uso de la evaluación para mejora interna.
- Revisión de normas tras resultados negativos.
- Participación de las mujeres.

Evidencias

- Cambios en protocolos tras evaluaciones.
- Espacios de devolución a usuarias.
- Evaluaciones externas no punitivas.

E. Coordinación intersectorial ¬ Integralidad real

E.1 Coordinación estructurada

Criterio

☐ Existen circuitos formales entre sistemas.

Indicadores

- Reuniones periódicas intersectoriales.
- Protocolos compartidos.
- Derivaciones con acompañamiento.

Evidencias

- Actas de coordinación.
- Casos acompañados.
- Continuidad asistencial demostrable.

F. Indicadores de coherencia e innovación ¬ ¿El sistema protege o excluye?

F.1 Capacidad de sostener la complejidad

Criterio

☐ El recurso atiende a las mujeres más vulneradas.

Indicadores

- Presencia de mujeres con TCS activos.
- Atención a trayectorias prolongadas.
- No selección de “casos fáciles”.

Evidencias

- “Perfil” real de usuarias.
- Duración media de procesos.
- Relatos de retorno al recurso.

8.2 MAPAS DE LAS REDES DE ATENCIÓN REFERENTES DE LOS 3 MODELOS DETECTADOS + LÍNEA TEMPORAL DE HITOS INCORPORACIÓN PG EN EL INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD

RED MUNICIPAL DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID

RED MUNICIPAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN PAREJA/EXPAREJA

SAMUR Social – Unidad Móvil de Emergencia 24h

- Atención inmediata en situaciones de riesgo.
- Valoración de riesgo y acompañamiento policial.
- Derivación urgente a recursos de acogida.

Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia de Género (SAVG 24h)

- Servicio especializado de emergencia y protección.
- Primer dispositivo de acceso al resto de la red.
- Intervención inmediata y valoración técnica.

Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género (PMORVG)

- Atención social, psicológica y jurídica.
- Servicios ambulatorios (no emergencia).
- Atención a mujeres y a sus hijas e hijos.
- Acceso con cita previa.

Centros de Atención Psicosocioeducativa (C.A.P.S.E.M. Norte y Sur)

- Atención intensiva y a largo plazo.
- Apoyo psicológico, social y educativo.
- Recuperación emocional tras la ruptura con la violencia.
- Acceso por derivación del SAVG o de los PMORVG.

Red de alojamiento protegido

- Zona de estancia temporal.
- Cuatro centros de emergencia.
- Viviendas semiautónomas.
- Alojamiento alternativo seguro.
- Atención integral (social, psicológica y educativa).
- Acceso valorado por el SAVG 24h.

RED MUNICIPAL CONTRA LA TRATA Y LA EXPLOTACIÓN SEXUAL

Centro de Atención Integral a Mujeres “Concepción Arenal”

- Atención social, psicológica y jurídica.
- Procesos de regularización documental.
- Programas de autonomía y empleo.

Centro de Emergencia “Mariana Pineda”

- Alojamiento inmediato y seguro.
- Atención integral en situaciones de riesgo.
- Derivación a recursos de media y larga estancia.

Unidad Móvil de Atención

- Intervención en calle.
- Detección, información y acompañamiento.
- Puerta de entrada a la red.

Casa de acogida “Casa Pandora” y piso semiautónomo “Malala”

- Alojamiento protegido.
- Procesos de recuperación y autonomía.
- Intervención social, psicológica y educativa.

RED MUNICIPAL CONTRA LA VIOLENCIA SEXUAL

Centro de Crisis 24 horas “Pilar Estébanez”

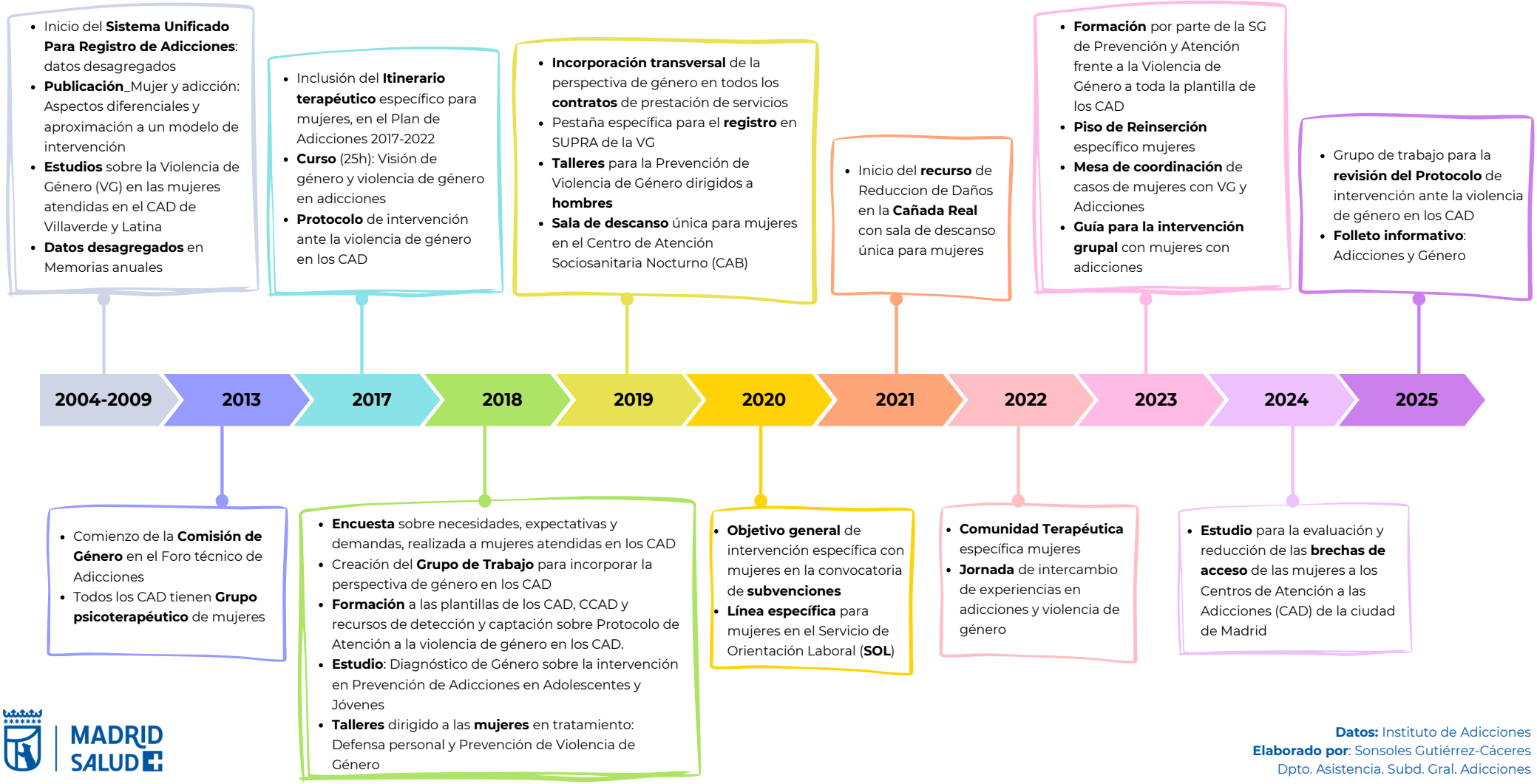
- Atención inmediata, confidencial y especializada.
- Intervención psicológica en crisis.
- Acompañamiento médico-forense.
- Asesoramiento jurídico.
- Atención social y derivación a recursos.
- Acceso 24h.

Centro de Atención Integral “Benita Pastrana”

- Atención psicológica especializada en trauma sexual.
- Asesoramiento jurídico.
- Intervención social y acompañamiento.
- Programas de recuperación a medio y largo plazo.
- Acceso con cita previa.

Elaboración propia según información pública disponible en el portal web del Ayuntamiento de Madrid

IMPLEMENTACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN A MUJERES CON ADICCIONES EN EL INSTITUTO DE ADICCIONES DE MADRID SALUD



MADRID SALUD

Datos: Instituto de Adicciones
Elaborado por: Sonsoles Gutiérrez-Cáceres
Dpto. Asistencia. Subd. Gral. Adicciones

ATENCIÓN SOCIAL ESPECIALIZADA A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA

Bizkaia

1 ACCESO DIRECTO

Ficha 2.7.5

Solicitud

Prescripción técnica*

*No requiere valoración diagnóstica

- **SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA** ESNATU • TXIKIAK — Provee atención psicológica a víctimas de violencia machista, familiares que convivan y agresores.
- **SERVICIO DE ATENCIÓN SOCIO-JURÍDICA** CLARA CAMPOAMOR — Provee atención sociojurídica, de carácter preprocesal, a víctimas de violencia machista, o asesoramiento jurídico en situaciones de conflictividad familiar.
- **SERVICIO FILIOPARENTAL** HOBEITZEN — Oferta atención socioeducativa y psicológica, así como terapéutica, a familias en situación de violencia filioparental.
- **SERVICIO DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL** — Servicio de atención en crisis. Servicio de recuperación integral especializado.
- **SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL Y ATENCION SOCIOJURIDICA INICIAL** ATE MOREA — Ofrece información, orientación, acompañamiento social y atención socio-jurídica inicial a víctimas de violencia machista, con el objetivo de ayudarles a dar los primeros pasos y facilitar el acceso al conjunto de servicios especializados.

2 PROCEDIMIENTO ORDINARIO

Servicios Sociales de Base

Ficha 2.7.5

Solicitud de valoración

Informe social

Informe de salud si procede

Ficha 2.1

SERVICIO DE VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DESPROTECCIÓN POR VIOLENCIA MACHISTA

- Emite la **valoración especializada** mediante instrumento técnico (Orden Foral 9/02/2024)
- En su caso, emite **diagnóstico especializado**
- Realiza la **devolución y orientación** a la persona usuaria
- **Comunica a los SS.SS. de Base**

Categorías diagnósticas:

1. **SUFICIENTE PROTECCIÓN**
2. **VULNERABILIDAD DESPROTECCIÓN**
3. **RIESGO DE DESPROTECCIÓN**

→ **ACCESO A SERVICIOS Y CENTROS MUNCIPALES**

3 PROCEDIMIENTO URGENTE

Situaciones de Urgencia Social

Ficha 2.4.6.1

CENTRO DE ACOGIDA INMEDIATA:

Requisitos:

- Situación de **urgencia inmediata** producida por un hecho imprevisto con caracteres de **violencia machista**.
- Este hecho **afecta o compromete**:

1. Las **capacidades personales**
2. Los **recursos de subsistencia**
3. Las **relaciones y vínculos**
4. La **seguridad**
5. Y se requiera de una **alternativa de alojamiento**

4

4. **DESPROTECCIÓN** *En cualquiera de sus grados.*
3 bis. **RIESGO DE DESPROTECCIÓN GRAVE** *de mujeres solas gestantes o con hijos a cargo, que carezcan de alojamiento adecuado*

→ **ACCESO A SERVICIOS Y CENTROS FORALES**

Requisitos:
- Valoración diagnostica
- Suscripción del plan de atención personalizada

Ficha 2.4.6.2

ATENCIÓN EN CONTEXTO RESIDENCIAL

Necesita un espacio seguro y protector ante el riesgo previsible de recibir nuevas victimizaciones, o requiere de apoyos intensivos para el autocuidado y el autogobierno, o precisa de contextos estructurantes para poder realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.

Ficha 2.7.3.1

ATENCIÓN EN CONTEXTO COMUNITARIO

Se trata de equipos de intervención nterdisciplinar, que se compone de profesionales de la intervención social (Psicología, Trabajo social y Educación social), pudiendo contar de otras figuras profesionales (Jurista).

- Con alojamiento
- Sin alojamiento

Infografía proporcionada por el Servicio de Protección frente a la Violencia Machista y Apoyo a las Familias. Departamento de Empleo, Cohesión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia

RED CANARIA DE SERVICIOS Y RECURSOS ESPECIALIZADOS EN VIOLENCIA DE GÉNERO			
Dispositivo de Emergencia – 112 Canarias (DEMA) **Atención inmediata 24 horas.**	• Activación a través del 112. • Intervención en crisis y protección urgente. • Traslado seguro a recursos de acogida. • Coordinación con fuerzas y cuerpos de seguridad. • Valoración inicial del riesgo.		
Servicios Insulares Especializados (Cabildos) *(Cada isla gestiona su red propia de recursos especializados)*	**Atención integral** • Atención psicológica especializada. • Atención jurídica. • Atención social. • Acompañamiento en procesos judiciales y policiales. • Intervención con hijas e hijos.	**Programas específicos por isla** • Intervención con mujeres en situación de especial vulnerabilidad. • Programas de autonomía personal y económica. • Atención a mujeres migrantes. • Coordinación con servicios municipales y sanitarios.	
Recursos de Acogida (Red Autonómica) *(Acceso a través del DEMA o de los servicios insulares)*	**Centros de Acogida Inmediata (CAI)** • Alojamiento urgente y seguro. • Estancia temporal. • Atención integral en crisis. • Protección 24h.	**Casas de Acogida** • Estancias de media y larga duración. • Intervención psicológica, social y educativa. • Procesos de recuperación y empoderamiento. • Apoyo en trámites judiciales y administrativos.	**Pisos Tutelados** • Viviendas semiautónomas. • Acompañamiento hacia la autonomía personal y económica. • Seguimiento profesional flexible.
Servicios Municipales de Atención *(Ayuntamientos – Puntos Municipales de Información y Atención)*	• Información y orientación. • Atención social y derivación a recursos insulares. • Acompañamiento en trámites. • Coordinación con servicios comunitarios. • Prevención y sensibilización local.		
Recursos y Programas para Trata y Explotación Sexual *(Disponibilidad variable según isla)*	• Atención social, psicológica y jurídica. • Intervención en calle y detección. • Acompañamiento en procesos de regularización documental. • Alojamiento protegido en recursos específicos. • Programas de autonomía y recuperación.		
Programas de Recuperación y Autonomía *(Gobierno de Canarias + Cabildos)*	• Atención psicológica especializada en trauma. • Formación y empleabilidad. • Intervención grupal. • Programas de empoderamiento y vida independiente. • Seguimiento post-acogida.		

Elaboración propia según información pública disponible en el portal web del Gobierno de Canarias

8.3 MATERIALES RECOMENDADOS SOBRE USOS DE DROGAS, ADICCIONES Y VIOLENCIA

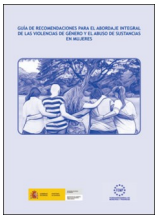
Listamos una serie de materiales que recogen amplias recomendaciones y otras fuentes bibliográficas sobre esta cuestión, tanto a nivel nacional como internacional. En las publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas del 2021 y 2023, a las que se ha hecho referencia a lo largo de la investigación, se encuentran listados y referencias a los protocolos existentes en diversas Comunidades Autónomas del Estado español, aunque principalmente elaborados desde el ámbito de los usos de drogas y adicciones.

Todas las publicaciones que se listan a continuación se nutren de la experiencia de recursos que existen en la actualidad en España y Europa, y que son evidencia de la eficacia y efectividad del tipo de intervenciones que se señalan en este documento.

Hansen Rodríguez, G. (2020). *Mujeres en comunidades terapéuticas de adicciones: perfil psicosocial, prevalencia de violencia de género en el ámbito de la pareja y barreras en el tratamiento*. Tesis Doctoral. Universitat Autónoma de Barcelona.

Martínez Redondo, P. (2010) *Investigación sobre la intervención en Drogodependencias y Malos Tratos a Mujeres en las Redes de Atención*. UNAD

Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2021). *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención*. Federación Española de Municipios y Provincias. Ministerio de Sanidad: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

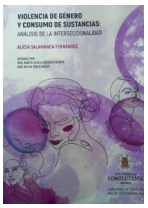


Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2023) *Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres.* Federación Española de Municipios y Provincias. Ministerio de Sanidad: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Martínez- Redondo, P. y Arostegui Santamaría E. (2024). *Inventario institucional de recursos asistenciales (ambulatorios y residenciales) que realizan un abordaje conjunto de la violencia de género y adicciones* . Federación Española de Municipios y Provincias. Ministerio de Sanidad: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Picado, E.; Guzmán, R.; Yurrebaso, A. (2022) *Protocolo de detección implícita de violencia de género en mujeres con adicciones*. UNAD

Plaza Hernández, L., Hansen Rodríguez, G., and Bedoya Cardona, E. Y. (2022) *Interleave Research Report. Women who use drugs facing gender-based violence in Europe* . Co-funded by Justice Programme Drugs-policy Inititatives of EU



Salamanca Fernández, A. (2024) *Violencia de género y consumo de sustancias: Análisis de la interseccionalidad*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

UNAD (2023) *Dossier informativo en materia de violencia de género y adicciones en la Red UNAD*.

MINISTERIO
DE IGUALDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE IGUALDAD
Y PARA LA ERRADICACIÓN
DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO