



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



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 documento es un extracto del estudio “Protocolo para el abordaje integral de mujeres con adicciones o consumos abusivos en el sistema de protección a mujeres víctimas de violencia de género”, que 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 del Informe completo

Correo electrónico: dgviolenciagenero@igualdad.gob.es

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

Cita recomendada informe completo: 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.

CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	3
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	4
SISTEMATIZACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS DETECTADAS Y RECOMENDADAS.....	47
TABLA CORRESPONDENCIAS ENTRE REVISIÓN DOCUMENTAL Y FUENTES PRIMARIAS.....	53
CHECK LIST – CLAVES MÍNIMAS PARA UN MODELO INTEGRAL.....	56
MATERIALES RECOMENDADOS SOBRE USOS DE DROGAS, ADICCIONES Y VIOLENCIA.....	62

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...

INTRODUCCIÓN

Este documento es una extracción literal de partes del Informe Completo: “PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE MUJERES CON ADICCIONES O CONSUMOS ABUSIVOS EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN A MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO”. Pretende ser una herramienta que permita acceder de manera directa a las conclusiones del estudio, así como a herramientas operativas para implementar una atención integral. Recomendamos no obstante la lectura del Informe en su totalidad para poder contextualizar y entender la información extraída en este documento.

El análisis se ha centrado en explorar las posibilidades de transformación dentro de la propia red de atención a las violencias de género / machistas. 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.

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.

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.	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.
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 **afrentamiento** 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.”

Un 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)¹,
- 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.

1 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.

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.

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 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 real 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.

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, 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.

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 benzodiazepinas** (muy extendido y a veces invisibilizado).
- **Alcohol**, empleado, al igual que los hipnosedantes y benzodiazepinas, 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 deteriorada,
- 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 deterioradas,
- 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 CAI: 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)², 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.

2 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.

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”,
- 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 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 *verbatim*s 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 otro 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,
- incompreensión 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, 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.

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.

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.
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

Categoría analítica	Revisión documental	Evidencia territorial y aplicada
		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.
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.

Categoría analítica	Revisión documental	Evidencia territorial y aplicada
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.

CHECK LIST – CLAVES MÍNIMAS PARA UN MODELO INTEGRAL

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 de 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 clave 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 \geq 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 activo³.
- 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.
- Certificados de formación.

3 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.

- 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.

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 Autònoma 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.



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 Initiatives 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](#).



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.