

RESUMEN EJECUTIVO

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

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El 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” ha sido promovido 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 (que ha realizado la revisión documental y el marco teórico).

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

Para ello se han elaborado unas líneas de trabajo y actuación específicas, con recomendaciones para su implementación, para el personal técnico e instituciones implicadas en la atención a las violencias de género en mujeres que además presentan un consumo problemático de sustancias y/o adicción. Estas líneas de actuación provienen del análisis de redes locales y provinciales de atención directa a la violencia contra las mujeres por razón de género. Es un documento de carácter nacional, pero de total aplicabilidad en lo autonómico, provincial y local.

En este estudio se emplea el término 'violencia de género' (VdG de aquí en adelante) es su sentido amplio, de forma que hace referencia a todas las violencias contra las mujeres por razón de género, tanto dentro como fuera de la pareja.

La pertinencia de este protocolo radica en la evidencia existente acerca de la relación entre la VdG y el consumo problemático/abusivo de drogas en las mujeres, así como en la necesidad de mejorar la atención prestada desde las Instituciones Públicas a las mujeres en dicha situación. Desde el ámbito de la atención a los usos de drogas y las adicciones se han realizado trabajos en este sentido, pero no tanto desde la red de atención a las mujeres en situación de violencia de género. Por ello, este estudio resulta pionero en el sentido de que realiza una aproximación a esta realidad específicamente desde la perspectiva y necesidades de la red de atención a mujeres en situación de violencia de género y sus hijos e hijas.

2. METODOLOGÍA Y DESARROLLO

Este estudio se ha llevado a cabo entre abril del 2025 y abril del 2026. Su enfoque es cualitativo descriptivo y analítico, basado en la combinación de revisión de fuentes secundarias y el acceso a información proveniente de fuentes primarias: profesionales y mujeres atendidas en los servicios de violencia y/o adicciones, que ha sido procesada mediante técnicas cualitativas de análisis de discurso desde la disciplina de la Antropología Social y Cultural, con enfoque de género.

La selección de la muestra se ha centrado en 3 redes de atención a la violencia que han puesto en marcha cambios dentro de su red, para la atención a mujeres con problemática de consumo: Ayuntamiento de Madrid (Dirección General de Igualdad y contra la Violencia de Género y Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud), Diputación Foral de Bizkaia (Servicio de Protección frente a la Violencia Machista y Apoyo a las Familias) y Cabildo de Gran Canaria (Sección Violencia de Género. Consejería de Gobierno de Política Social, Accesibilidad, Igualdad y Diversidad). Se suman en menor medida aportaciones y experiencias desde otras redes de atención tanto de adicciones como de violencia (Cabildo de Lanzarote; Comunidad de Madrid; Extremadura) y la colaboración de la UFAM¹ (Grupo Focal específico con 9 agentes de diferentes localidades del Estado) y UNAD (Comunidades GPS, presentes en diversas localidades del Estado)².

Se han realizado 28 entrevistas semiestructuradas con un total de 33 profesionales (18 de violencia, 13 de adicciones y 2 de perfil mixto) y 7 mujeres víctimas de VdG y uso abusivo/problemático de sustancias de ambas redes. Asimismo, se han llevado a cabo 4 grupos focales: uno con 5 profesionales (3 de la red de adicciones, 2 de la red de violencia), otro con 9 profesionales de la UFAM y 2 con 10 mujeres (divididas en dos grupos) en tratamiento en comunidad terapéutica. También se han recibido aportaciones por escrito de diversas/os profesionales.

Aunque la muestra ha permitido analizar en profundidad novedades y buenas prácticas³, este estudio no ha accedido a todas las redes de atención a las violencia de género municipales y autonómicas del Estado español. Por tanto, pueden existir experiencias que no queden reflejadas y que puedan suponer una mejora o avance que no se haya tenido en cuenta.

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

3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Introducción general:

La investigación analiza en profundidad cómo las redes de atención a la violencia de género (VdG) y las redes de adicciones responden —o no— a las mujeres que viven simultáneamente violencia, consumos problemáticos y en ocasiones, múltiples formas de exclusión. La evidencia acumulada muestra que:

- La prevalencia de violencia en mujeres con consumos problemáticos es **entre 3 y 5 veces mayor** que en la población de mujeres en general.
- El consumo ha funcionado históricamente como **criterio de exclusión** en los recursos de VG, especialmente en los alojativos.
- La fragmentación entre redes (violencia, adicciones, salud mental, sinhogarismo, infancia) genera **vacíos institucionales** que dejan fuera a las mujeres con trayectorias más complejas.

1 Unidad de Atención a la Familia y Mujer de la Policía Nacional de España.

2 Las Comunidades GPS (Generadoras de Saberes, Participativas y Sociales) son una iniciativa de la UNAD (Red de Atención a las Adicciones) en colaboración con la Universidad de Salamanca.

3 También se han analizado limitaciones y dificultades generalizadas en la atención a las mujeres víctimas de violencias de género y con usos problemáticos de sustancias. Su existencia constituye parte misma de la fundamentación para realizar este trabajo desde la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.

- La respuesta institucional sigue operando bajo la figura de la “**víctima adecuada**”, que excluye a quienes no encajan en el ideal normativo (sin consumo, sin desregulación, sin trauma visible, sin contradicciones).
- El género se presenta como una categoría analítica que permite comprender las relaciones de poder que estructuran desigualdades y condicionan la salud, la exposición a riesgos y el acceso a recursos. No es un añadido metodológico, sino el marco que permite **nombrar y visibilizar** fenómenos que los enfoques neutros tienden a ocultar.
- El término **Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)**, introducido por el DSM-5, integra abuso y dependencia en un continuo de severidad (leve, moderado y grave). Aunque más preciso, el modelo mantiene límites importantes: su aparente neutralidad **individualiza el malestar** y no incorpora el género como estructura de poder. Esto contribuye al sobrediagnóstico, la medicalización y la invisibilización del trauma en mujeres.

Se identifican **tres modelos de intervención** implementados en distintos territorios (Ciudad de Madrid, Bizkaia, Canarias). Se analizan sus fortalezas y límites, y **se extraen conclusiones estructurales para avanzar hacia un modelo integral** dentro de la atención a violencia y situaciones de consumo problemático⁴.

2. Tres modelos de intervención: aprendizajes y límites

◦ Modelo 1 – Madrid: Colaboración estrecha entre redes

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.

Enfoque general: Modelo **cooperativo**, basado en **interdependencia funcional** entre redes, sin integración plena ni creación de dispositivos específicos.

◦ Modelo 2 – Bizkaia: Integración transversal del consumo en la red de VG

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.

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 – Canarias: Recurso específico dentro de la red de VG

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**.

Enfoque general: Modelo **específico y focalizado**, basado en un **recurso especializado**, pero sin transformación sistémica del conjunto de la red.

4 De aquí en adelante se empleará la abreviatura TCS en lugar de la expresión “consumo problemático/abusivo”, en aras de agilizar la lectura que corresponde a un Resumen Ejecutivo.

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 de adicciones 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 situaciones muy cronificadas y de alta vulneración.	Sí: recurso residencial de protección(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.

3. Contradicción estructural: necesidad de protección vs. exclusión por consumo

La investigación confirma una paradoja central: **las mujeres con consumo necesitan protección frente a la violencia, pero el consumo ha sido históricamente un criterio de exclusión.** Esto genera: ocultación del consumo, miedo a pedir ayuda, abandono de recursos, cronificación simultánea de violencia y consumo.

Los tres territorios muestran cambios, pero también resistencias:

- **Madrid:** paso de expulsión a intervención coordinada, con un trabajo de ambas redes en conjunto.
- **Bizkaia:** el consumo deja de cerrar puertas en un sentido amplio dentro de la red de violencia.
- **Canarias:** avances parciales, estigma persistente en la red de violencia en su conjunto.

En otras localidades y provincias, la exclusión sigue siendo la norma, o se implementa el modelo 3 (Canarias).

4. Ampliar el espectro del consumo: romper imaginarios y sesgos

Las redes de VG tienden a imaginar **casos extremos** de TCS, lo que distorsiona la percepción del problema. La evidencia muestra que:

- El **90 %** de las mujeres con consumo **no necesita ingreso.**
- El consumo debe evaluarse por **impacto**, no por presencia. Todo consumo debe contextualizarse.
- El consumo de psicofármacos es **masivo, normalizado e invisibilizado.**
- El consumo, **incluso un TCS grave, puede coexistir con la convivencia** en recursos de VG si hay **acompañamiento clínico y social.**

Ejemplos reales (Madrid y Bizkaia) muestran que:

- La convivencia es posible incluso con consumos activos.
- La reducción de daños funciona en recursos con menores.
- El juicio moral es un obstáculo mayor que el consumo en sí.

5. Interseccionalidad: romper compartimentos estancos

La pregunta “¿Y tú de quién eres?” sintetiza la fragmentación institucional.

Las mujeres viven simultáneamente:

- violencia,
- consumo,
- salud mental,
- sinhogarismo,
- maternidad,
- migración,
- discapacidad.

Pero las redes funcionan como **compartimentos estancos competenciales.**

Error frecuente de enfoque: la demanda que se percibe como “el emergente principal” (es decir: se jerarquizan las problemáticas y la prioridad de intervenir en una o en otra: “primero hay que tratar el consumo, luego la violencia”; “la violencia puede trabajarse de forma independiente al consumo”).

La evidencia es clara: este enfoque compartimentado no funciona.

No basta con coordinarse: hay que hacer planes de intervención conjuntos. Es necesaria la interfinanciación de recursos de atención integral.

6. Repensar la protección: gestión del riesgo y trauma

No toda protección requiere de un recurso alojativo.

Además, la protección no puede basarse en:

- control,
- encierro,
- normas rígidas,
- exigencia de abstinencia.

El modelo 2 (Bizkaia) muestra que:

- la libertad de movimiento no aumenta el riesgo,
- el control (de horarios, comunicación, salidas, etc.) reproduce dinámicas de agresores,
- la protección se basa en trabajar la **autoprotección acompañada**, no en restricciones.

La protección debe adaptarse a:

- violencia basal,
- trauma complejo,
- consumos como estrategia de supervivencia.

6.1. Violencia sexual: eje central invisibilizado

La violencia sexual en mujeres con TCS es:

- constante,
- normalizada,
- poco reconocida,
- especialmente grave en contextos de prostitución y consumo.

Problemas detectados:

- baja formación en violencia sexual en adicciones,
- tolerancia institucional a abusos en contextos de consumo,
- falta de recursos adaptados,
- intervenciones revictimizantes.

Cambio de paradigma:

- **no se puede trabajar consumo sin trabajar violencia,**
- **ni violencia sin trabajar consumo.**

7. Un solo recurso especializado no basta

La experiencia del modelo 3 (Canarias⁵) muestra que un recurso específico es necesario pero insuficiente, ya que no puede absorber toda la complejidad de las situaciones de consumo + violencia.

Problemas detectados:

- Los criterios de acceso son de protección (casa de acogida) y momento motivacional/objetivos de abstinencia (recurso de tratamiento). Esto deja fuera de la atención a mujeres que no cumplen esos criterios, pero que no por ello no necesitan atención adaptada a su situación.
- Periodos de infrautilización por desajuste entre criterios y necesidades.
- No cubre reducción del daño.

5 Es el modelo instaurado en otras Comunidades Autónomas: una casa de acogida específica para mujeres con TCS + violencia.

- Por contra, en la red de adicciones se detecta también que desde la red de violencia y salud mental se producen derivaciones inadecuadas hacia recursos de tratamiento de las adicciones específicos para mujeres (se percibe que cualquier situación de una mujer con consumo será atendida en el recurso de tratamiento).

8. Violencia, consumo, sinhogarismo y salud mental: situaciones de alta vulneración que quedan en exclusión

Las mujeres con violencia + consumo activo + salud mental altamente impactada + calle presentan situaciones vitales que en general quedan fuera de la red de violencia.

No se puede seguir supeditando la protección a la abstinencia o a la adherencia a tratamiento.

Bizkaia ha creado un recurso de baja exigencia/alta adaptabilidad que:

- no exige abstinencia,
- permite vincular a mujeres muy dañadas/deterioradas,
- reduce riesgos vitales,
- evita expulsiones.

Madrid carece de un recurso equivalente en VG; el recurso existente depende de la red de sinhogarismo y no tiene plazas de emergencia (porque las mujeres vinculan, se quedan, y no sale la plaza). En la red de adicciones existen recursos de baja exigencia/alta adaptabilidad pero que no son espacios seguros / protegidos, al ser mixtos.

Necesidades detectadas:

- recursos no mixtos,
- espacios de cobijo para mujeres que permanecen en consumo activo,
- reducción de daños de amplio espectro,
- coordinación interredes,
- itinerarios escalonados.

9. Violencia, consumo y maternidad: el enfoque general actual es perjudicial

El miedo a perder la custodia es uno de los mayores obstáculos para pedir ayuda.

Problemas detectados:

- consumo usado como “prueba de cargo” contra ellas,
- derivaciones forzadas desde Centros de Atención a la Infancia
- iatrogenia de los procesos e intervenciones,
- señalamiento constante de la madre,
- invisibilización del agresor,
- empeoramiento tras retirada de custodia.

La **reducción de daños** demuestra ser eficaz también en situaciones con menores.

10. Servicios complementarios: calle, detección y prevención

Las mujeres más vulneradas **no llegan** a los recursos tradicionales.

Necesidades:

- equipos de calle especializados,

- intervenciones de proximidad,
- microintervenciones que sostienen vidas,
- flexibilidad extrema,
- evitar prácticas expulsivas,
- coordinación real entre redes.

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”.

11. UFAM: avances, límites y necesidad de formación

La formación en adicciones y VG permite a UFAM:

- identificar dinámicas específicas,
- evitar sesgos,
- adaptar la intervención.

Pero persisten:

- falta de recursos seguros de alojamiento de urgencia en situaciones de consumo activo,
- estigma policial e institucional generalizado hacia las mujeres con consumo,
- dificultades para activar protección por cuestiones estructurales en estos casos (se invita a actuar de oficio),
- inactivación de casos por imposibilidad de un correcto seguimiento,
- ausencia de espacios no mixtos en las redes de adicciones, sin hogar, etc.

El Protocolo Cero⁶ mejora la intervención y valoración del riesgo, pero no resuelve la falta de recursos.

UFAM propone protocolos de actuación adaptados. Algunas medidas:

- adaptar tiempos,
- flexibilizar procedimientos,
- trabajar según momento motivacional de la mujer,
- coordinar con adicciones y VG,
- acompañar físicamente siempre que sea necesario.

12. Las mujeres en primera persona: claves para la intervención

Los testimonios aportan elementos esenciales:

1. Frente a la evidencia ya detectada en anteriores trabajos de que la red donde “entran” determina qué cuentan, 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**

⁶ Directriz de actuación policial diseñada para intervenir en casos de violencia de género cuando la víctima no desea presentar denuncia. Su objetivo es poder realizar labores de protección, evaluando el riesgo, a pesar de la falta de colaboración formal.

- abiertamente.** Se fundamenta en la generación de un vínculo de seguridad y aceptación incondicional de la situación de consumo y de lo que la mujer quiera/pueda hacer con ello.
2. Rechazan servicios de VG cuando “remueven” trauma sin sostén práctico (alojamiento; empleo).
 3. **El consumo es una respuesta al trauma.** Consumir les permite: regular el estrés, olvidar la violencia, evadirse de la realidad. Identifican que el consumo se disparó por la violencia.
 4. El acompañamiento continuado es determinante. Genera la sensación de protección/no estar sola. El acompañamiento emocional y práctico es determinante para sostener procesos de denuncia y protección.
 5. Las secuelas del daño: cognitivas, emocionales, vitales. La violencia extrema deja secuelas que afectan la capacidad de vincular, denunciar o sostener procesos.
 6. Los protocolos rígidos rompen procesos. La continuidad relacional en los recursos con los que vinculan es fundamental para estas mujeres.
 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. La intervención debe priorizar seguridad emocional y relacional (Cuidado Informado del Trauma).
 8. El exceso de citas en múltiples equipos/redes genera agotamiento en las mujeres. Es necesario coordinar agendas, reducir citas redundantes y establecer itinerarios integrados.
 9. Las casas de acogida generan ambivalencia porque son espacios de protección (y así los viven) pero tienen una normativa rígida que sienten les infantiliza y somete a dinámicas de control y sanción (como los agresores). 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. Revisar normas de control, evitar sobreplazas, garantizar habitaciones estables e individuales/por unidad familiar.
 11. Los espacios mixtos se perciben como inseguros. 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.**
 12. Identifican con precisión qué habilidades tienen las profesionales que ellas sienten que les ayudan. Es necesario dejar de concebir estos espacios desde la baja cualificación y poca dotación económica tanto de recursos profesionales como habitacionales. Reforzar formación especializada y ajustar perfiles profesionales a la complejidad de las situaciones a acompañar.
 13. Situaciones de extrema vulneración requieren redes altamente flexibles. No es realista esperar que mujeres altamente impactadas por la violencia den el salto a los servicios de violencia tradicionales. Se evidencia la **necesidad de crear dispositivos de alta adaptabilidad (baja exigencia), alta intensidad relacional y enfoque de reducción de daños.**
 14. El estigma que pesa sobre las mujeres consumidoras afecta a su autoeficacia y a su vinculación con los servicios (tanto de violencia como de salud). Es necesario trabajar por la desestigmatización del consumo problemático en mujeres (campañas públicas dirigidas al conjunto de la sociedad, servicios de asesoramiento a otras redes, etc.).

15. Las mujeres migrantes enfrentan barreras adicionales en nuevo ejercicio de violencia institucional. Adaptar las intervenciones a la diversidad cultural y lingüística; evitar normas rígidas que generen violencia institucional.

Conclusión clave: El sistema debe adaptarse a las mujeres, no al revés.

13. Buenas prácticas sistematizadas

El documento identifica 10 grandes bloques en torno a los siguientes puntos:

1. **Vínculo y relación** (herramienta terapéutica central; la relación como sostén).
2. **Reducción de daños de amplio espectro** (aplicada a: consumo, violencia, salud mental y vida cotidiana).
3. **Integralidad** (no fragmentar a la mujer).
4. **Seguridad y espacio** (no mixtos, no coercitivos, ‘hogar’, recuperación, contención y protección).
5. **Mirada y enfoque** (trauma complejo, feminismo/estructural, de derechos, antirracista).
6. **Vida cotidiana** (microintervenciones sostenidas, rutinas, acompañar crisis sin castigo).
7. **Prevención y comunidad** (sensibilización comunitaria, detección temprana, prevención).
8. **Sostenibilidad del proceso** (flexibilidad temporal, transiciones cuidadas, realismo profesional).
9. **Flexibilidad intensiva** (ajuste dinámico intensidad, intervención comunitaria adaptada).
10. **Continuidad entre sistemas** (mantener acompañamiento en otras redes, evitar “cortes entre administraciones”).

14. Conclusiones estructurales

1. La intersección VdG–TCS es estructural, no marginal.
2. La exclusión por consumo es violencia institucional.
3. Los modelos reduccionistas generan daño acumulativo.
4. Integrar TCS en VdG es una exigencia de derechos humanos.
5. La protección debe ser universal, no condicional.
6. La abstinencia no puede ser requisito de acceso.
7. El paradigma debe desplazarse del control al cuidado.
8. Es necesario un protocolo integral que articule detección explícita e implícita, enfoque interseccional y abordaje integrado.

15. Orientaciones para la acción

- Garantizar acceso universal sin exigir abstinencia.
- Implementar reducción de daños en toda la red de VG.
- Crear recursos no mixtos y de baja exigencia.
- Desarrollar equipos de calle integrados en VG.
- Asegurar continuidad relacional y evitar rotaciones.
- Revisar criterios de acceso y permanencia.
- Incorporar formación obligatoria en trauma, género y consumos.
- Establecer itinerarios escalonados y recursos intermedios.
- Integrar violencia sexual como eje central.
- Asegurar financiación estable y equipos profesionales cualificados.
- Desarrollar un **protocolo integral estatal**.

16. Claves mínimas para un modelo de atención integral

El informe incorpora una **checklist operativa para el abordaje de violencias de género, trauma y TCS que se compone de 6 grupos de indicadores**. Esta *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 indicador incluye:

- Criterio clave (qué debe existir).
- Indicadores operativos (cómo se manifiesta).
- Evidencias observables / preguntas de control (cómo comprobarlo).

A continuación se reproduce la *checklist* desarrollada para el informe:

A. Condiciones estructurales – Garantizar la posibilidad real de intervención
<p>A.1 Financiación estable y suficiente</p> <p>Criterio</p> <p><input type="checkbox"/> El recurso dispone de financiación estructural, plurianual y suficiente.</p> <p>Indicadores operativos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convenios ≥ 3 años. • Presupuesto diferenciado para atención, coordinación y supervisión. • No dependencia mayoritaria de subvenciones anuales competitivas. <p>Evidencias / preguntas</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Existen convenios firmados de más de un año? • ¿Se interrumpen procesos por cierre de proyectos? • ¿Hay presupuesto específico para supervisión y evaluación cualitativa?
<p>A.2 Estabilidad y dimensionamiento de equipos</p> <p>Criterio</p> <p><input type="checkbox"/> El equipo es estable y adecuado a la complejidad del perfil/situaciones vitales atendidas.</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rotación anual < 20 %. • Ratios reducidos en dispositivos de alta complejidad • Contratos no precarios. <p>Evidencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 activo⁷.
- 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.
- 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.

⁷ 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.

- 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.