

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO –

Miércoles 10 de junio de 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

[ENLACE DE DESCARGA DE LA PUBLICACIÓN](#)



Promovido por la **Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género**.

Elaborado por: Patricia Martínez Redondo (responsable de la investigación, trabajo de campo, análisis y redacción) y Gisela Hansen Rodríguez (revisión documental y el marco teórico).

Objetivo principal: **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**.

Establece unas líneas de trabajo y actuación específicas que 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.**



Su **pertinencia** radica en:

- la **evidencia** existente acerca de la **relación entre la VdG* y el consumo problemático/abusivo de drogas en las mujeres**;
- 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 este estudio resulta pionero ya 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.**

* VdG: Violencia de género. En este estudio se emplea en su sentido amplio, tanto dentro como fuera de la pareja.



Abril del 2025- Abril del 2026.

Enfoque cualitativo descriptivo y analítico.

Combinación de:

- revisión de fuentes secundarias,
- información proveniente de fuentes primarias: profesionales y mujeres atendidas en los servicios de violencia y/o adicciones.

GRACIAS A TODAS LAS MUJERES Y PROFESIONALES QUE HAN COMPARTIDO SUS SABERES Y EXPERIENCIAS PARA HACER POSIBLE ESTE TRABAJO...

Entrevistas: 33 profesionales (18 de violencia, 13 de adicciones y 2 de perfil mixto)
7 mujeres (supervivientes VdG + consumo abusivo/problemático)

4 grupos focales: 5 profesionales (3 de adicciones, 2 de violencia),
9 profesionales de la UFAM
10 mujeres (divididas en dos grupos) en tratamiento en comunidad terapéutica.

También se han recibido aportaciones por escrito de diversas/os profesionales.



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; Subdirección General de Adicciones de Madrid Salud),
- Diputación Foral de Bizkaia (Servicio de Protección frente a la Violencia Machista y Apoyo a las Familias)
- 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 UFAM (Grupo Focal específico con 9 agentes de diferentes localidades del Estado) y UNAD (Comunidades GPS, presentes en diversas localidades del Estado)



Se han identificado **tres modelos de intervención** implementados en distintos territorios

Modelo 1 – Ayuntamiento 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 – Diputación Foral Bizkaia
Integración transversal del consumo en la red de VdG

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**, 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.

Modelo 3 – Islas Canarias
Recurso específico dentro de la red de VdG

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.

PRINCIPALES CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES –

| 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. |

Contradicción estructural: necesidad de protección vs. exclusión por consumo

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. **Esta contradicción ha puesto en crisis la configuración de las redes de atención.**

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.

Que el consumo (controles de orina; posibilidad de pérdida del recurso o ayudas; etc.) haya sido históricamente un criterio de exclusión ha generado en las mujeres: ocultación del consumo, miedo a pedir ayuda, abandono de recursos, cronificación simultánea de violencia y consumo.

“Era una evidencia que necesitaban protección... pero presentaban una condición que normalmente aparecía como criterio de exclusión”. (profesional VdG)



Contradicción estructural: necesidad de protección vs. exclusión por consumo (II)

“¿Queremos cargarnos la intervención porque esta señora de vez en cuando se emborracha?” (profesional VdG)

El consumo puede ser:

- una forma de afrontamiento ante violencias extremas,
- un factor que aumenta vulnerabilidad/vulneraciones,
- pero no define a la mujer en su totalidad **ni invalida su derecho a protección.**

El cambio en Madrid: de la expulsión a la intervención coordinada. Este cambio surge tanto de la reflexión ética como del reconocimiento de que la expulsión impedía el acceso al tratamiento.

La mirada integral en Bizkaia: el consumo pasa a ser una contingencia más en la situación de desprotección de la mujer frente a la violencia.

Canarias: avances parciales y persistencia del estigma.

Existe un consenso profesional: necesidad de formación en la intersección entre VdG y consumo, recursos económicos y humanos, y compromiso político sostenido.



Ampliar el espectro del consumo: romper imaginarios y sesgos

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. **Esto rompe la asociación automática entre consumo y conflictividad, y obliga a analizar cada caso sin prejuicios.**

El consumo, **incluso un TCS* grave, puede coexistir con la convivencia en recursos de VdG 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.

* TCS: Trastorno por Consumo de Sustancias: término introducido por el DSM-5, que integra abuso y dependencia en un continuo de severidad (leve, moderado y grave). Necesidad de revisión crítica desde perspectiva de género.



Interseccionalidad: romper compartimentos estancos

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 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

El problema no es técnico: es político y competencial.

“¿No será que nos toca a todas? Salud pública, violencia, sinhogarismo... Nos toca.” (profesional VdG)

Interseccionalidad: romper compartimentos estancos (II)

Error frecuente de enfoque generalizado en las redes de atención: 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.

Modelo 1 – Madrid – no basta con coordinarse, hay que hacer **planes de intervención conjuntos**. Mesa de casos. Listado de referentes. Formación cruzada. Respuesta rápida del CAD a situaciones de emergencia.

Modelo 2 – Bizkaia – cambio de paradigma: **no se 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**.

Modelo 3 – Canarias – la **especialización** sigue siendo **necesaria, pero no puede convertirse en una barrera**. Este modelo también se da en otras Comunidades Autónomas.

Repensar la protección: gestión del riesgo y trauma

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** complejo)
- 4) la **coordinación** con otras redes y agentes sociales
- 5) la **eliminación de miradas culpabilizadoras** hacia las mujeres con consumo.

“Porque parece que cuando decimos ‘se exponen a riesgos’ es como que decimos que es ella la que hace por ser violentada, por ser abusada...”



Protección de amplio espectro frente a la violencia de género

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.

La **violencia sexual en mujeres con TCS** es: constante, normalizada, poco reconocida, especialmente grave en contextos de prostitución y consumo antecedente.

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.**

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 las redes de violencia.

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.

Procesos largos, de años.

Enfoque de **reducción de daños de amplio espectro + perspectiva de género**. Procesos largos, de años.

La falta de recursos **no mixtos** y de alojamiento **protegido** para **consumo activo** es un problema a nivel estatal (detectado en las investigaciones del PNSD 2021 y 2023).

Acciones en Modelo 1 - Madrid



Acciones en Modelo 2 - Bizkaia

Problema común en ambos territorios: el “**embudo**”

Violencia, Consumo y Maternidad

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.

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 (y no del agresor),
- **empeoramiento** tras **retirada de custodia**.
- **revinculación con agresores**, procesos de **revictimización**.

La **reducción de daños** demuestra ser eficaz también en situaciones con menores siempre que se apliquen **buenas prácticas**.

- trabajar el **cuidado del espacio**,
- trabajar convivencia y consumo **con la mujer consumidora y con el resto de unidades familiares/mujeres**,
- 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 consumo.
- **equipos formados** en reducción de daños y trauma.

Servicios complementarios: calle, detección y prevención

Las mujeres más vulneradas no llegan a los recursos tradicionales.

Necesidades:

equipos de calle integrados en la red de violencia (en salud mental y adicciones existen),
intervenciones de proximidad,
microintervenciones que **sostienen vidas**,
flexibilidad extrema,
coordinación real entre redes,
evitar prácticas expulsivas.

Se identifican **dos prácticas especialmente dañinas**:

- **Sancionar por salir a consumir** → rompe el vínculo, aumenta riesgo, expulsa a las mujeres más vulnerables.
- **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”**.

UFAM: avances, límites y necesidad de formación

La **formación en adicciones y VG** permite a UFAM:

- identificar dinámicas específicas violencia + consumo,
- evitar sesgos,
- adaptar la intervención,
- comprender sin juzgar la “falta de colaboración”, y actuar de oficio ante violencias graves.

El **Protocolo Cero*** mejora la **intervención y valoración del riesgo**, pero no resuelve la falta de recursos para la atención a estas mujeres.

Dificultades en el seguimiento y múltiples agresores: el **riesgo de la inactivación**.

UFAM propone protocolos de actuación policial y judicial 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.

* Protocolo Cero: 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.

Las mujeres en primera persona – Claves para la intervención

- 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 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**.
- **Rechazan servicios** de VG cuando **“remueven” trauma sin sostén práctico** (alojamiento; empleo).
- 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.
- La **clave**, según ellas, es: **espacios no mixtos, seguros, pero sin control excesivo**.
- 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)**.

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** que 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.
- Una **sistematización de buenas prácticas detectadas a través de los testimonios de profesionales y mujeres**, organizadas en torno a 10 puntos/bloques.
- La **correspondencia** entre la **revisión documental** y la información proveniente de las **fuentes primarias**.



GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN... ESPERAMOS QUE ESTE TRABAJO OS SEA DE UTILIDAD

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

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

[ENLACE DE DESCARGA DE LA PUBLICACIÓN](#)

