

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS EN MUJERES



GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO Y EL ABUSO DE SUSTANCIAS EN MUJERES

Patricia Martínez-Redondo – Elisabete Arostegui Santamaría

Federación Española de Municipios y Provincias

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

El contenido de esta publicación se ha desarrollado en el marco de colaboración entre la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad) y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), para la que se ha contado con la autoría de D^a. Patricia Martínez-Redondo y D^a. Elisabete Arostegui Santamaría. El texto ha sido revisado por: D^a. Yolanda Herguera Martín, D^a. Alicia Salamanca Fernández y D^a. Miriam Vázquez de Santiago.

AUTORÍA

Patricia Martínez-Redondo
Elisabete Arostegui Santamaría

CUBIERTA

Imagen de cubierta de rawpixel.com en Freepik: https://www.freepik.es/foto-gratis/amigos-divirtiendose-parque_3274189.htm#page=2&query=circulo%20mujeres&position=7&from_view=keyword&track=ais

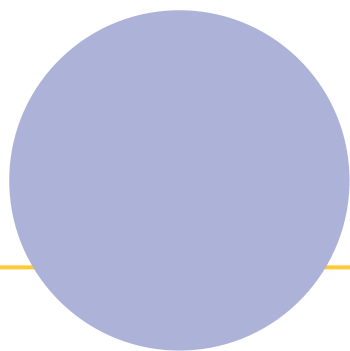
EDITA Y DISTRIBUYE

© MINISTERIO DE SANIDAD
Centro de Publicaciones
© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO 133-23-080-3

CITA RECOMENDADA:

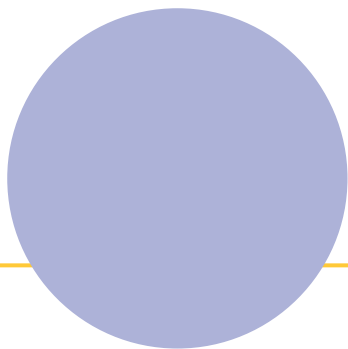
Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. (2023). *Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Federación Española de Municipios y Provincias y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.



PRESENTACIÓN	7
A. RECOMENDACIONES PARA LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A MUJERES QUE ABUSAN DE DROGAS Y SOBREVIVEN A VIOLENCIAS DE GÉNERO	10
A0. INTRODUCCIÓN	11
A1. RECOMENDACIONES GENERALES EN TODA MODALIDAD DE ATENCIÓN	16
A1.1. Tres exigencias de partida	16
A1.1.1. Financiación. Implicación de las Administraciones Públicas	16
A1.1.2. Sensibilización y formación de los equipos de intervención. La necesidad de la especialización y el acompañamiento experto	18
A1.1.3. Equipos no precarizados para garantizar una atención sostenible	20
A1.2. Dos cuestiones imprescindibles en el ideario de los recursos integrados	21
A1.2.1. La primera: garantizar espacios de cobijo	21
A1.2.2. La segunda: disponer de una óptica integral de comprensión y atención a las mujeres	22
A1.3. Espacios no mixtos. La creación de espacios de seguridad	24
A1.4. Modelos de atención centrados en proporcionar seguridad y cobijo: configurando un <i>continuum</i> de intervención “reducción del daño-tratamiento”	27
A1.5. La importancia de la Entrevista Motivacional y del Modelo Transteórico del Cambio con perspectiva de género	28
A1.6. Trabajar para la reparación del vínculo y la confianza	31
A1.7. Intervención grupal desde perspectiva de género	34
A1.8. La atención en equipos compuestos principalmente por mujeres	36

A1.9. El binomio abuso de drogas-violencia en interacción. La necesidad de identificar y sistematizar, también, la información sobre las violencias	38
A1.10. La necesidad de un enfoque y actuaciones desde perspectiva interseccional que aborde los diferentes ejes de vulneración	40
A1.11. Contenidos a trabajar en el binomio violencia-adicción en interacción con otros ejes de vulneración desde una perspectiva interseccional	41
A1.12. Coordinación/articulación “real” entre servicios de diferentes redes	44
A1.13. Coordinación con espacios comunitarios y feministas	47
A1.14. Coordinación con las UFAM y otros cuerpos de seguridad	48
A1.15. Indicadores de evaluación adaptados	50
ESQUEMA RESUMEN A1	55
A2. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA RECURSOS RESIDENCIALES DE TRATAMIENTO	56
A2.1. Características del recurso	56
A2.2. Cambio de normativa y funcionamiento interno	58
A2.3. Cuidar el proceso de entrada al recurso	62
A2.4. Y el de salida...	63
A2.5. La abstinencia no es requisito previo	63
A2.6. Acompañamiento respetuoso con el proceso de cada mujer	65
A2.7. Espacios grupales terapéuticos y educativos bien definidos	66
A2.8. El trabajo de la maternidad y la presencia de hijos/as en el tratamiento	67
A2.9. Ocio y tiempo libre	69
A2.10. El trabajo sobre otras problemáticas que surgen	70
A2.11. El acompañamiento posterior al alta terapéutica	70
ESQUEMA RESUMEN A2	72
A3. CUESTIONES A INCORPORAR EN MODALIDAD DE TRATAMIENTO AMBULATORIO	73
A3.1. Trabajar para desestigmatizar los espacios/recursos de tratamiento de las adicciones	73
A3.2. La importancia de la acogida	74
A3.3. Habilitar espacios-tiempos para las mujeres y también para sus hijos e hijas	75
A3.4. Necesidad de supervisión externa en la intervención terapéutica	75
A3.5. Trabajo en grupo y comunitario entre mujeres	76
A3.6. Carga asistencial y tiempo de proceso	77
ESQUEMA RESUMEN A3	79

A4. CUESTIONES A INCORPORAR EN RECURSOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO	80
A4.1. Perfiles vs. situaciones vitales de alta complejidad. “Vulnerables” vs. “vulneradas” en sus derechos	80
A4.2. Trabajar desde la aceptación incondicional y desde/en pos de lo colectivo	82
A4.3. “Devolverles” su vida. La ausencia de normativa rígida como elemento de recuperación	84
A4.4. Trabajar con la violencia sexual y otras violencias de género graves	87
A4.5. Servicios de educación de calle y acompañamiento en medio abierto	88
A4.6. Espacios de pernocta y alternativa habitacional	89
ESQUEMA RESUMEN A4	90
ESQUEMA COMPLETO DE RECOMENDACIONES	91
B. EXPERIENCIAS EUROPEAS E INTERNACIONALES DE SERVICIOS INTEGRADOS PARA MUJERES	96
B0. INTRODUCCIÓN	97
B1. LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES CON USOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL	98
B1.1. Respecto de la relación consumo de drogas y violencia	99
B1.2. Consumo, violencias y salud mental	99
B1.3. Drogas, violencias, salud mental y salud física	100
B1.4. Drogas, violencias, embarazo (salud ginecológica y reproductiva)	101
B1.5. Drogas, violencias, maternidad	102
B1.5.1. El estatus de las y los menores en los recursos integrados	104
B1.6. Subgrupos de mujeres: problemas, necesidades y respuestas	104
B1.6.1. Mujeres con experiencias de trauma	105
B1.6.2. Mujeres con patología dual	105
B1.6.3. Mujeres embarazadas y mujeres con hijas/os	105
B1.6.4. Mujeres involucradas en el comercio sexual	106
B1.6.5. Mujeres de “minorías étnicas”	107
B2. DIFICULTADES PARA EL DISEÑO DE RECURSOS INTEGRADOS Y POSIBLES SOLUCIONES	108
B3. LA IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN: RESULTADOS DE LOS SERVICIOS INTEGRADOS	117
B4. OTRAS CUESTIONES IMPORTANTES	133
BIBLIOGRAFÍA	135



PRESENTACIÓN

La elaboración de esta *Guía de recomendaciones para el abordaje conjunto de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*, responde al encargo de la Federación Española de Municipios y Provincias en el marco del convenio con el Plan Nacional sobre Drogas para el desarrollo de actividades de prevención, tratamiento, rehabilitación y reducción de daños en materia de drogodependencias y otras conductas adictivas.

Los principios rectores de las actividades figuran en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017–2024, toda vez que la concreción del contenido y la finalidad de la Estrategia se recogen en sendos Planes de Acción consecutivos sobre Adicciones, de periodicidad cuatrienal, el primero de 2017 a 2020 y el siguiente de 2021 a 2024.

Este documento de recomendaciones se desarrolla dentro del Área de actuación 2 del Plan 2018–2020 denominada “Atención Integral y Multidisciplinar”, en la que se contempla el “Abordaje de la violencia de género en recursos residenciales” en aras de “Favorecer un tratamiento especializado y adecuado a las mujeres adictas víctimas de violencia de género, especialmente aquellas con cargas familiares”, y se da continuidad en el Plan de Acción sobre Adicciones vigente actualmente (2021–2024).

Su redacción está estrechamente relacionada con el documento presentado en 2021 titulado *Informe de situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias*, y su objetivo es proporcionar, compartir y difundir sugerencias y buenas prácticas de intervención entre profesionales y personas responsables directamente implicadas en el diseño, desarrollo y puesta en práctica de intervenciones especializadas con mujeres con problemas de adicción que han vivido/viven violencias de género, tanto en espacios de tratamiento como de reducción del daño, residenciales y ambulatorios. De hecho, la atención integral y multidisciplinar en esta materia no debe poner el foco de atención sólo en recursos residenciales, y es por eso que no nos hemos ceñido exclusivamente a las recomendaciones en el ámbito residencial.

El presente documento está dividido en dos bloques:

- A) Recomendaciones dirigidas a los recursos de atención a mujeres que presentan usos problemáticos/abusivos de drogas y sobreviven a violencias.
- B) Ejemplos de experiencias europeas e internacionales de servicios integrados para mujeres en las circunstancias mencionadas.

La primera parte incluye de forma ordenada y secuencial los elementos que deberían formar parte de la reflexión y/o de la creación de recursos integrados destinados a la población objeto de esta guía. La selección de los aspectos considerados fundamentales en el proceso de diseño de estos servicios integrados derivan de tres fuentes principales:

- 1) *Informe de situación* previo (2021)¹.
- 2) Sugerencias y recomendaciones que se vierten de entrevistas a profesionales expertas que desarrollan su labor en recursos de atención integral a la violencia y las adicciones en mujeres.
- 3) Evidencias extraídas de la bibliografía especializada en esta cuestión.

Todas ellas son expuestas en cada uno de los apartados de este bloque de la guía que pretende insistir en la idoneidad de desarrollar servicios más integrales e integrados para responder a las necesidades de las mujeres con consumos problemáticos de drogas que padecen múltiples violencias de género y que experimentan otro gran número de elementos de exclusión que actúan en interacción; una insistencia justificada desde la constatación de que, a pesar de las evidencias en torno a los potenciales beneficios que suponen este tipo de dispositivos, siguen sin implementarse de forma general en las redes de atención.

En el segundo bloque de la guía se presentan las sugerencias o conclusiones que derivan de la revisión de algunas experiencias europeas y de otros países que otorgan evidencia sobre el mismo objeto de estudio. A través de la bibliografía se ratifica igualmente que, en esos contextos, y a pesar de disponer también de literatura que desde hace décadas ya identificaba las directrices óptimas de organización y diseño de recursos, cuentan, como sucede en España, con similares dificultades para su implementación.

Son pocos, pues, los ejemplos prácticos que puedan servir de referencia, lo que permite intuir la complejidad que entraña acometer la creación y mantenimiento de los recursos y, por ende, la voluntad limitada de las administraciones por impulsarlos. No obstante, existen algunos que quedarán recogidos en la presente publicación.

Por último, es motivo de celebración tener la oportunidad de atestiguar la apuesta consolidada y con vocación de continuidad que está realizando la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, a través del convenio con la Federación Española de

1. En aras de facilitar la lectura, se utilizará la abreviatura "Informe de situación" para hacer referencia al documento previo: *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* (Martínez-Redondo y Arostegui, 2021).

Municipios y Provincias, por crear las bases para unas ofertas terapéuticas integradas en tiempos de precariedad económica.

Lo expuesto en este documento resulta una cuestión de principios, de justicia y derechos humanos, y una buena práctica en una sociedad que pretenda ser igualitaria con toda su ciudadanía. Es nuestro deseo que este esfuerzo resulte útil y práctico, y pueda servir de guía para mejorar la intervención de los dispositivos que ya existen, así como para implementarla en la creación de otros nuevos, necesarios para ampliar y/o cubrir la laguna existente respecto de la provisión de atención integral desde perspectiva de género a mujeres con problemas de adicciones y violencias.



RECOMENDACIONES PARA LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A MUJERES QUE ABUSAN DE DROGAS Y SOBREVIVEN A VIOLENCIAS DE GÉNERO*

* Se ha optado por sustituir la denominación “víctimas de violencia” por la de mujeres que “sobreviven a violencias” o que “viven/afroitan violencias”, por considerarlo un término que refleja la capacidad de agencia de las mujeres en esas situaciones. No se trata de obviar su condición de víctimas de una violencia específica frente a la que brindarles la atención, protección y procesos de recuperación necesarios, pero si queremos actuar desde la perspectiva de género es recomendable no situarlas exclusivamente en un papel pasivo que podría derivarse de su concepción institucional/jurídica como “víctimas”. Supone un punto de partida conceptual diferente a la hora de iniciar un proceso terapéutico, educativo y social que persigue el empoderamiento de estas mujeres.

“[...] algo integrado: dos trastornos no es uno más uno”¹

Como se ha referido en la introducción, esta guía resulta una derivación lógica del *Informe de 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*², realizado por las mismas autoras en 2021. Su objetivo es constituirse como una herramienta aplicada en la que se incluyen indicaciones específicas para una práctica profesional sistematizada y adecuada para la atención a mujeres con usos problemáticos de sustancias en concurrencia con diversas violencias de género que sufren antes y/o durante su trayectoria de consumo.

Gran parte de las sugerencias expuestas en el presente documento quedan recogidas en el *Informe de situación*. En él aparecen justificaciones teóricas y argumentaciones “intercaladas” en torno a la necesidad de su implementación. En esta guía las indicaciones se encuentran elaboradas y agrupadas como recomendaciones, de manera directa y práctica, sin añadir la argumentación/justificación que ya se realizó en el mencionado *Informe de situación*. De hecho, consideramos imprescindible, o cuando menos recomendable, la lectura de ese primer documento para contextualizar y entender elementos centrales que en éste no se desarrollan, como la definición de la violencia de género o la necesidad de abordar conjuntamente violencias y adicciones en mujeres como requisito indispensable para su recuperación y, por tanto, de abandonar enfoques que sitúen unas necesidades/problemáticas por encima de otras.

1. A lo largo del texto emplearemos verbatim de las entrevistas realizadas a profesionales con motivo de la redacción de esta guía, pero a modo de “citas” o “frases inspiradoras” para algunos apartados, sin identificar más específicamente su procedencia. En este caso, además, nos hacemos eco de la sugerencia de una de las revisoras de la guía, que señaló el carácter “patologizador” de la palabra “trastorno”, que sin embargo se emplea comúnmente en nuestros espacios de intervención. Y por ello, la empleamos puesto que nos parece precisamente muy pertinente que, aunque se emplee el término “trastorno”, la cita apunta directamente al componente interseccional que en esta guía se sugiere, al destacar que la concurrencia de dos problemáticas (trastornos, comorbilidades, contextos de situación, etc.) no deviene en la mera suma de ambas.

2. *Informe de situación*, de aquí en adelante.

Suele ser habitual que, en determinados recursos, por ejemplo, se considere prioritaria la estabilización de la situación de consumo, dejando para después el trabajo sobre la violencia. Desde una perspectiva integradora se entiende que el proceso más idóneo pasa por el abordaje conjunto en ambas circunstancias igualmente preeminentes y en intersección, y este documento se compone de sugerencias prácticas y aplicadas para hacerlo, sin redundar en su justificación. Por lo dicho, repetimos, es muy recomendable la lectura del primer informe, puesto que contiene mucha y muy diversa información de interés para entender correctamente las propuestas que aparecen en esta guía.

Además de lo anterior, en la elaboración de este informe se ha incluido lo que a nuestro juicio constituye un criterio de calidad: contar con la participación de profesionales con formación en perspectiva de género cuya práctica diaria se desarrolla en recursos que trabajan con mujeres que presentan usos problemáticos/abusivos de drogas y sobreviven a violencias. Hemos procedido a entrevistarlas para contrastar la información hallada y sistematizar, a modo de recomendaciones y buenas prácticas³, los aprendizajes que han adquirido a lo largo de años de experiencia y que aplican actualmente. Esto supone un “aterrizaje” mayor de las directrices que figuraban en el anterior informe, para el que también se contó con profesionales, pero cuyo grueso, como ya hemos señalado, lo componían principalmente responsables técnicas y políticas de la toma de decisiones respecto a la materia, con experiencia en la puesta en marcha de recursos en las redes de atención a las adicciones y en las redes de atención a la violencia de género, pero con un contacto menos estrecho con las usuarias y “el día a día” de los recursos.

Inicialmente, las autoras nos habíamos propuesto entrevistar a cuatro profesionales, pero finalmente hemos accedido a un total de trece profesionales, mediante ocho entrevistas (dos de ellas grupales)⁴. En esta segunda fase era prioritario acceder con mayor detalle al trabajo sobre el terreno y captar sobre todo los aspectos más prácticos del mismo. Es ahí donde se ha identificado el enorme valor que contiene la labor que desarrollan los programas que atienden desde la óptica de la reducción de daños. Esta modalidad asistencial, muchas veces denostada profesionalmente, lleva años atendiendo a las personas que no “encaja(ba)n” en los tratamientos más convencionales, precisamente por la ausencia de una oferta asistencial más integrada y adaptada a las múltiples realidades que presentan un número cada vez mayor de personas que consumen drogas en un contexto más globalizado y empobrecido.

Los dispositivos de reducción de daños, con menos apoyo económico y reconocimiento profesional, han lidiado durante décadas con las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad que acumulan diversos factores de exclusión interactuando de forma simultánea (adicciones, problemas de salud mental, VIH-sida, sinhogarismo, etc.), lo que ha

3. El debate acerca de lo que se considera una “buena práctica” sigue hoy día abierto. En este documento nos basamos en los siguientes criterios para considerar una acción como buena práctica: contempla la perspectiva de género como paradigma de análisis de la realidad; contribuye al logro de los objetivos terapéuticos de las mujeres en tratamiento/reducción del daño; favorece la recuperación del trauma; son medidas respetuosas con el propio proceso de la mujer y sus objetivos; favorece la autonomía y el empoderamiento como herramientas de trabajo.

4. Queremos reseñar el interés e implicación personal y profesional por parte de todas las participantes en poder contribuir a mejorar la oferta asistencial y de intervención en el área objeto de esta guía.

obligado a los equipos de dichos dispositivos a enfrentarse a una realidad más complicada que ha requerido generar nuevas ópticas de trabajo para optimizar a su vez los recursos disponibles.

Como se verá en el apartado correspondiente, son muchos los dispositivos de tratamiento que aplican prácticas de la reducción de daños tanto en la acogida como en diversos momentos del proceso terapéutico, dado que la visión y comprensión de la que se dispone en los recursos de reducción de daños que integran la perspectiva de género, posibilita caminos y opciones de intervención más adecuadas para trabajar con mujeres en diversas problemáticas y situaciones fuertemente atravesadas por elementos estructurales de discriminación en intersección. En otros tratamientos y/o recursos de atención que carecen de perspectiva de género, que no parten de una comprensión global del problema o que son más rígidos en lo que a alternativas terapéuticas se refiere, no se ha podido responder de forma integral a la miríada de necesidades de esas mujeres y han terminado siendo, a la postre, “puertas giratorias” o intentos vanos que se acumulan y se vivencian como fracasos para ellas.

En cuanto a la realidad de las mujeres con otros problemas de control de impulsos y/o lo que se conoce por adicciones sin sustancia, hemos de reconocer que existe menos literatura que la que se ha producido en torno a las drogodependencias, pero con todo, la bibliografía existente, así como la experiencia que trasladan otros/as profesionales que trabajan en recursos que abordan esta problemática, apunta a que la violencia de género también aparece en un elevado porcentaje de las mujeres en tratamiento por ludopatía u otros trastornos de control de los impulsos. Sin embargo, en esos espacios asistenciales se observa una escasa incorporación de la perspectiva de género en la intervención con mujeres. Se detecta, incluso, que el paradigma de género se vivencia aún como un elemento “discriminatorio” para los varones, y la sugerencia de desarrollar grupos integrados solo por mujeres, por ejemplo, choca con su idea de ofertar un tratamiento igualitario para hombres y mujeres (Arostegui, Martínez-Redondo y Moro, 2021).

Por lo dicho, en este documento se incluye la experiencia profesional y de funcionamiento proveniente de los recursos que trabajan con mujeres que abusan de drogas o tienen un problema de adicción, asumiendo que esas prácticas y recomendaciones posiblemente puedan ser aplicables al trabajo con mujeres con juego patológico/problemático u otro tipo de problemáticas de control de los impulsos. Es más, desde la experiencia de las profesionales entrevistadas, es común que en muchas de las mujeres atendidas en sus recursos, aparezcan adicciones sin sustancia/problemáticas de control de impulsos en estrecha relación con la drogodependencia y las violencias de género.

Agradecimientos

Se recoge a continuación una relación de las profesionales que han participado en esta guía⁵. Desde aquí, nuestro más sincero agradecimiento a todas ellas, no sólo por su participación y contribución, sino también por su alta implicación en la atención que prestan desde sus recursos a todas las mujeres, que son al fin y al cabo a quienes deseamos que llegue todo lo que hemos incluido en este documento.

Belén Orozco Jabato

Psicóloga clínica. Centro de Atención a las Adicciones (CAD) de Villaverde. Instituto de Adicciones. Madrid Salud.

<https://madridsalud.es/prevencion-y-atencion-integral-a-las-adicciones/>

Aura Roig Forteza

Antropóloga. Directora fundadora de la cooperativa Metzineres, entornos de cobijo para mujeres y personas de género no binario que usan drogas y sobreviven a múltiples situaciones de vulnerabilidad y violencia. Barcelona.

<https://metzineres.org/index-es.html>

Ana Viruela

Psicóloga sanitaria. Unidad Ambulatoria de Atención a las Adicciones (UAD) de Telde. Maday - Casa de Acogida y Apoyo al Tratamiento para mujeres en situación de violencia de género y adicción. Las Palmas de Gran Canaria.

Fundación Canaria Yrichen. <https://yrichen.org/>

Natalia Robaina Díaz

Psicóloga. Directora del Área de prevención y juventud de la Fundación Canaria Yrichen. Las Palmas de Gran Canaria.

Davinia Ramírez Santana

Trabajadora Social. Directora Terapéutica del Área de tratamiento, igualdad y recursos socio-educativos de la Fundación Canaria Yrichen. Las Palmas de Gran Canaria.

Elena Caballero Bonilla

Trabajadora Social. Coordinadora de Maday, Casa de Acogida y Apoyo al Tratamiento para mujeres en situación de violencia de género y adicción.

Fundación Canaria Yrichen. Las Palmas de Gran Canaria.

Lidia Regidor Marín

Directora de la Comunidad Terapéutica para mujeres "Charo Cordero".

Cruz Roja Española. Plasencia, Cáceres.

Jennifer Serrano Herrero

Psicóloga. Comunidad Terapéutica para mujeres "Charo Cordero"

Cruz Roja Española. Plasencia, Cáceres.

5. Sin olvidar a las profesionales y proyectos que participaron en el *Informe de situación* previo, cuyas aportaciones más relacionadas con la intervención directa y organización de los recursos, se han recogido también en esta guía: Asociación AVANT (Valencia), APOYAT (Villanueva de la Serena, Badajoz) y Fundación Emet-Arco Iris (Córdoba).

Carolina González Redondo

Trabajadora Social. Comunidad Terapéutica para mujeres "Charo Cordero"
Cruz Roja Española. Plasencia, Cáceres.

Esther Moreno Bombarelli

Psicóloga. Centro de Día para personas con conductas adictivas Solferino.
Cruz Roja Española. Plasencia, Cáceres.

Alicia Salamanca Fernández

Directora de Aloges. Recurso Residencial de atención a violencias machistas y salud mental. Grup ATRA, Barcelona. <https://www.grupatra.org/es/?s=aloges>

Miriam Vázquez de Santiago

Psicóloga feminista. Directora del Espai Ariadna. Fundación Salud y Comunidad, Barcelona. <https://www.drogasgenero.info/espai-ariadna/>

Yolanda Herguera Martín

Directora del Centro de Acogida para mujeres Beatriz Galindo gestionado por Fundación Salud y Comunidad. Departamento de prevención del sinhogarismo y atención a personas sin hogar. Dirección General de Inclusión Social. Ayuntamiento de Madrid.

Queremos agradecer especialmente a las profesionales Alicia Salamanca Fernández, Miriam Vázquez de Santiago y Yolanda Herguera Martín la revisión del texto y todas sus aportaciones para el resultado final en la redacción de esta guía.

A modo de recordatorio...

Esta parte del documento se ha organizado dividiendo las recomendaciones en:

1. Generales, para cualquier modalidad de recursos que pretendan acompañar e intervenir desde una perspectiva integral con mujeres en situación de abuso de sustancias/adicción y violencias de género. Aplicable a los tres apartados siguientes.
2. Específicas, para recursos de tratamiento residencial.
3. Específicas, para dispositivos de tratamiento ambulatorio.
4. Específicas, para recursos que trabajan desde la óptica de la reducción de daños en modalidad ambulatoria y/o residencial.

Para facilitar su lectura, tras los cuatro módulos de propuestas, se incluye a modo de esquema final un mapa conceptual de los cuatro apartados que permita el acceso rápido, de forma gráfica y resumida, a todas las indicaciones expuestas.

A1.1. Tres exigencias de partida

A partir de los discursos y la literatura, se colige que existirían tres aspectos imprescindibles que deberían garantizarse a la hora de abrir un recurso integrado o que deberían subsanarse para mejorar los existentes. El primero está relacionado con el necesario aval proveniente de las administraciones respecto de determinadas cuestiones que explicitamos a continuación y que están directamente relacionadas con una mayor adecuación de los recursos para aumentar las probabilidades del éxito de la intervención. El segundo y tercero se imbrican con éste y aluden a los equipos profesionales y las personas que los integran.

La creación de recursos de las características que se propone en este informe, y como se ha referido previamente, está destinado a mujeres cuya problemática es compleja por la intersección de múltiples factores que interactúan simultáneamente o, dicho de otra manera, por las diversas necesidades que deben ser cubiertas, además de las que presentan sus hijas e hijos cuando acuden acompañadas. Ese nivel de complejidad exige una dotación humana, profesional y económica y una formación en perspectiva de género exquisita y, por ello, una apuesta institucional decidida y mantenida en el tiempo que permita evaluar los resultados de esta inversión a medio o largo plazo.

A1.1.1. Financiación. Implicación de las Administraciones Públicas

A pesar de que los recursos a los que se hace referencia en este texto persiguen en última instancia proteger los derechos humanos fundamentales de poblaciones en situación de alta vulnerabilidad, su carácter mayoritariamente asociacionista, del tercer sector, ONGs, etc., requieren para su subsistencia contar con el apoyo económico de las Administraciones Públicas, instancias autonómicas y locales de las que no siempre se obtiene o es posible obtener un compromiso de financiación a largo plazo.

De hecho, desde la última crisis económica se ha procedido a una serie de recortes que pocas veces se basan en criterios terapéuticos de eficacia ni eficiencia y que ignoran por completo el impacto tanto económico como en términos de resultados en salud que tendrán a medio y largo plazo esas decisiones (Bernal y Peña, 2011).

Una de las posibles explicaciones de la precarización de los recursos a nivel financiero proviene, acaso, del rechazo o la resistencia social y política a destinar recursos a personas a las que se “culpabiliza” o responsabiliza de su situación, obviando el carácter estructural de la misma y, por ende, dificultando o imposibilitando la construcción o el mantenimiento de recursos para su autonomía (Cavalcanti, 2005).

Tal y como manifiesta esta autora, cada vez hay más contingentes de población que presentan un mayor número de ejes de exclusión en intersección con pocas posibilidades de “integrarse” y que van a quedarse al margen y sin la protección de un Estado que no apuesta ni dispone de estrategia alguna para reducir las desigualdades. De hecho, muchos recursos de reducción de daños están desarrollando acciones asignadas a las Administraciones Públicas, cubriendo una función que correspondería a éste, como la de ofertar una comida, la posibilidad de limpiar ropa o ducharse o, en el caso que nos atañe, brindar la posibilidad de escapar de una agresión o la de dormir en un lugar seguro tan necesaria para muchas mujeres que han experimentado violencia.

Por otro lado, no se debe obviar que no es hasta hace pocos años cuando se pasa de penalizar a quienes consumen (y presentan otro sinnúmero de ejes de exclusión) a adoptar, no sin la oposición de la ciudadanía, medidas de reducción de daños que hoy por hoy deben mantenerse “sin hacer mucho ruido” para seguir existiendo, porque siguen gene-

rando rechazo e inseguridad en la población. En este sentido, la reducción de recursos económicos destinados a tales dispositivos no va a motivar la queja del grueso de la población, porque la seguridad pública prevalece sobre la salud y otros derechos en determinadas poblaciones.

La implemetación de intervenciones integrales que respondan a las necesidades de las mujeres con problemas de drogas que afrontan violencias y otros ejes de vulnerabilidad requiere de la apuesta administrativa de recursos económicos y humanos

Finalmente, y volviendo a lo concreto, no queda sino repetir activamente que la implementación de intervenciones integrales que respondan a las

necesidades de las mujeres con problemas de drogas que afrontan violencias y otros ejes de vulnerabilidad, requiere de la apuesta administrativa de recursos económicos y humanos, y la implementación de sistemas de investigación en torno a la efectividad de los programas y sus niveles de cobertura.

Los programas para mujeres no pueden descuidarse arguyendo que éstas constituyen una minoría respecto de los varones en el tratamiento o que los programas que tienen en cuenta las cuestiones de género cuestan más, sobre todo por el diseño y necesidades que presentan los recursos que admiten a mujeres embarazadas o con hijas/os para asegurar la cobertura de las necesidades de las/os menores (asistencia médica, educativa, etc.) (Burgdorf *et al.*, 2004), porque lo cierto es que no hay pruebas suficientes para corroborar tales afirmaciones.

Esta voluntad y compromiso de la administración se deberá asociar, pues, a la lógica racional requerida para sostener y sustentar la propuesta en el tiempo, evitando los factores económicos y logísticos que expongan a los recursos y su personal a un cese temporal o definitivo de las acciones implementadas.

La experiencia muestra que recursos que están teniendo altas tasas de éxito terapéutico con mujeres y de alta adherencia a los espacios (tanto de tratamiento como de reducción del daño) se enfrentan a graves problemas de financiación que suponen la precarización de los equipos y, por tanto, tienen consecuencias en la atención que pueden prestar. Además, no debemos olvidar que muchas de estas intervenciones requieren de tiempos prolongados, que no pasan por una ratio muy elevada de mujeres atendidas al año, sino que han de medirse en términos de calidad de la atención prestada y de lo cualitativo del proceso con ellas (esta cuestión se analizará con más detalle en el apartado dedicado a los indicadores de evaluación¹).

Es por tanto necesario cambiar la óptica de financiación de los recursos de intervención en adicciones y violencia de género, y dirigirla a garantizar servicios de calidad a medio-largo plazo para las ciudadanas que los necesiten.

A1.1.2. Sensibilización y formación de los equipos de intervención. La necesidad de la especialización y el acompañamiento experto

En segundo lugar, otro de los aspectos básicos que debería estar presente en cualquiera de los recursos de atención a mujeres, pero que ha de garantizarse en los de nueva creación, es la atención a los equipos profesionales y sus integrantes garantizando estos aspectos:

- La sensibilización y formación en género de los equipos es un elemento central para poder ofertar una intervención adecuada en los contextos de acompañamiento a las violencias de género y adicciones.
- El *corpus* teórico de género no es una “ideología” ni es cuestión de “opinión” o de “motivaciones” personales, sino un desarrollo teórico conceptual sistematizado capaz de aportar a la ciencia determinadas dimensiones de la realidad que no se pueden identificar desde otros marcos interpretativos de la realidad social y subjetiva. Para aplicar este paradigma más amplio y que incide directamente en la mejora de la calidad de la intervención o práctica profesional, es necesaria la formación y capacitación en dicho modelo teórico.
- De hecho, y aquí es donde se apela a la Administración, son las mismas instituciones las que deberían exigirla en los procesos de contratación y gestión de los programas de intervención con mujeres drogodependientes o con otros problemas de adicción en general, más allá de continuar siendo una condición que “debe” figurar en el pliego de contratación y pocas veces se verifica rigurosamente.

1. De hecho, se observa que hay salidas voluntarias de los recursos muy relacionadas con mandatos y otros aspectos de género, que no computan como un “alta terapéutica” aunque la mujer haya hecho un buen tratamiento, invirtiendo energía, esfuerzo y tiempo durante el mismo.

- La formación en el enfoque de género, y puesto que no está integrada en los itinerarios formativos de los equipos profesionales, deberá ser proporcionada de forma intencionada, planificada y supervisada. Esta formación no se adquiere en cursos breves y diseminados de pocas horas, sino que requiere que las entidades gestoras de los servicios procuren su transversalización en un programa de formación continua. Para ello es imprescindible una previsión y provisión de fondos y contar con un tiempo de formación más o menos extenso y continuado, porque solo así es posible verificar (también con las correspondientes evaluaciones) a medio plazo, los cambios (mejoras) en los equipos, en el propio recurso y en la valoración que le otorgan las propias usuarias a la atención recibida.

La necesidad de formación no es algo nuevo en el campo de las drogodependencias y otras adicciones, ya que la especialización y la formación continua también se dan en otros aspectos de nuestra práctica. Sin embargo, pocas propuestas son tan cuestionadas o puestas en entredicho como la perspectiva de género. Por contra, las entidades que gestionan programas de atención a mujeres drogodependientes desde perspectiva de género priorizan que esta formación forme parte, *de facto*, de la trayectoria del personal contratado y, si no, invierten recursos en proporcionar dicha formación o facilitan que sus profesionales puedan acudir a recibirla. Esto se ha de aplicar también, lógicamente, a las nuevas contrataciones.

Muchos equipos profesionales admiten y entienden la necesidad de un trabajo desde perspectiva de género, pero ésta sigue sin articularse en los programas y tratamientos, siendo uno de los principales motivos de ello la falta de formación especializada. Intervenir sobre las diversas violencias de género (desde violencias sexuales a maltratos en la pareja o situaciones de explotación sexual, etc.) o sobre los contextos en los que se ejerce la misma y sus correspondientes efectos sobre la salud, sin tener formación especializada en género ni una perspectiva holística ocasiona, incluso, procesos de revictimización, al aplicar prácticas que resultan contraproducentes y afectan de forma negativa al proceso de recuperación de las mujeres, porque las daña o violenta nuevamente.

El desconocimiento de los mecanismos estructurales, sociales y psicológicos de la violencia de género y sus efectos en la vida de las mujeres puede dar lugar a una mala praxis que derive en reproducir y perpetuar violencias institucionales. Se parte de la base de que la intervención clínica es neutra y cualifica para la intervención, pero ninguna intervención resulta imparcial. Todo conocimiento es situado, y no incorporar la perspectiva de género implica una pérdida de información cualitativa de vital importancia para los procesos de recuperación y reparación del daño. Todos los manuales de intervención con mujeres en adicciones contemplan el trabajo del trauma y el género como aspectos necesarios para la recuperación de la adicción (Najavits, 2007; Covington, 2008; Greenfield, 2016; Arostegui y Martínez-Redondo, 2018), abordando los procesos desde una óptica transformadora con equipos profesionales principalmente compuestos por mujeres (con formación) y supervisión externa especializada en género.

El acompañamiento experto en los procesos de incorporación de la perspectiva de género se revela como otro elemento clave en los procesos de las entidades que han puesto

en marcha los recursos y programas de atención. Así, es necesario diseñar los proyectos teniendo en cuenta esta supervisión y acompañamiento de los equipos, con el presupuesto necesario para ello, de forma que se garantice un seguimiento continuado a medio-largo plazo y adaptado a las necesidades concretas de los equipos y las entidades/recursos. La supervisión de equipos con perspectiva de género proporciona seguimiento en la transformación, dando continuidad y trabajando la aplicabilidad de lo aprendido en las formaciones y es, si no imprescindible, altamente recomendable.

La dirección y personal responsable de la toma de decisiones deben formarse y comprometerse en la incorporación de la perspectiva de género en el recurso y en general en su entidad.

Por último, tal y como se ha mencionado, es importante tener presente una consigna sobre la que no se ha hecho más hincapié y que habla de una formación añadida y específica en trauma cuando se pretende realizar un acompañamiento adecuado de las mujeres afectadas por violencias y adicciones. Desde que la interacción entre violencia y adicción se visibiliza, se toma conciencia y se puede recuperar, el acompañamiento requiere de una formación que permita acompañar en cada momento sin forzar el proceso ni incurrir en revictimizaciones. La violencia de género puede no estar presente en ese momento, pero sí sus secuelas: aislamiento, desempoderamiento, falta de autoestima y autoconcepto afectado negativamente, formas autodestructivas de establecimiento del vínculo, etc. No ha de presuponerse que disponer de un título universitario *per se* nos capacita para intervenir con estas mujeres. Hay que formarse, y hacerlo en un contexto en el que se detecta una gran carencia de enfoques y herramientas terapéuticas integradas, que unan el enfoque de género con el trauma, las recaídas, la motivación para el cambio, etc.

La formación en perspectiva de género de los equipos supone un indicador de calidad de los tratamientos, y debería exigirse desde las Administraciones para optimizar la intervención en adicciones y violencia.

No se puede minimizar el impacto de las violencias de género en las mujeres drogodependientes y realizar intervenciones sin una sólida base teórica y sin las herramientas adecuadas para ello. Todo esto lo provee la incorporación del paradigma de género.

A la par, la experiencia muestra que el acompañamiento experto es necesario para una adecuada implementación de la perspectiva de género en los equipos, programas y espacios terapéuticos.

A1.1.3. Equipos no precarizados para garantizar una atención sostenible

Relacionado con los puntos anteriores, emerge una recomendación central: la atención de calidad pasa por que los servicios cuenten con equipos no precarizados que gocen de buenas condiciones laborales, con horarios y turnos compatibles con otras actividades y descansos, sin jornadas interminables o largas ausencias por el reparto de esos turnos (en recursos residenciales, por ejemplo, es habitual que la precarización de algunas con-

diciones “se compense” con un reparto de turnos que proporcione largas libranzas a equipos que tienen que cubrir un “servicio 24/365”).

No se debe olvidar, tampoco, que la labor que se desarrolla la suelen realizar personas que, mayoritariamente, muestran un alto grado de implicación y compromiso, por no decir que son activistas con un interés genuino en la población usuaria de los recursos en los que trabajan. Sin embargo, dadas las características de las personas con las que trabajan, en situaciones límite y en las que confluyen, como hemos señalado, muchos y diversos ejes de vulnerabilidad en intersección, suele ser frecuente que los equipos posterguen su propio cuidado como profesionales y personas, cayendo a veces en dificultades como la pérdida del objetivo de trabajo, la reproducción de la violencia, la disminución de la mirada autocrítica y la experimentación de sentimientos de sobrecarga e impacto emocional.

Las experiencias de trabajo al lado de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad suponen todo un reto para los equipos y profesionales. Así, la atención de las poblaciones a las que alude este documento “no puede pensarse cabalmente, si no es con una propuesta de cuidado a las y los profesionales que realizan las acciones” (Velázquez *et al.*, 2015:309).

Además de lo ya mencionado al inicio de este apartado, los cuidados del equipo también pasan por espacios de supervisión que permitan y acompañen, además de las cuestiones habituales que suelen ser objeto de esa labor de supervisión (objetivos de trabajo, dinámicas de funcionamiento, supervisión de casos, etc.), el trabajo emocional de las personas que integran el equipo profesional.

Resulta probable, además, que las y los profesionales que atienden a las personas con mayor deterioro y en situación de mayor vulnerabilidad, estén en dispositivos de menor exigencia, y resulta del todo injusto que experimenten situaciones laborales inestables, al no estar garantizada a medio ni largo plazo la continuidad de los proyectos. Como se ha manifestado al principio del informe, coincide que profesionales y recursos que atienden a poblaciones más excluidas no obtienen el mismo reconocimiento profesional ni social que otros y tampoco, quizás por ello, la misma ayuda institucional.

Sería una buena práctica que los proyectos se consoliden e integren de manera más normalizada y garanticen su continuidad por el bien de las personas usuarias y profesionales, además de redundar en el beneficio económico y humano de una sociedad más equitativa.

A1.2. Dos cuestiones imprescindibles en el ideario de los recursos integrados

A1.2.1. La primera: garantizar espacios de cobijo

Cuando hablamos de la intervención en violencia de género y adicciones en mujeres, es necesario entender que hay diferentes contextos desde los que podemos intervenir (tratamiento - reducción de daños; en contexto residencial, ambulatorio, de calle; etc.) y que

los objetivos de trabajo pueden variar según esos contextos y el proceso de cada mujer, pero hay una máxima que ha de adoptarse siempre: se debe garantizar un espacio de cobijo y recuperación frente a las violencias de género.

Es decir: debemos analizar y concebir la intervención en términos de protección, sin su-peditarla a que persista la abstinencia.

Esto pasa por asumir el derecho a una asistencia pública integrada, donde se acepta que los problemas de salud mental, adicciones y violencia aparecen profundamente interseccionados. En el *Informe de situación* (2021:98) ya se manifestaba la necesidad de distinguir entre:

“1) dispensar una atención ambulatoria que incorpore la perspectiva de género de forma transversal, y por tanto, la atención a la violencia como un elemento consustancial al sistema sexo/género en la vida de las mujeres, y particularmente entre las que presentan trastornos por usos de sustancias,

y 2) la creación de recursos específicos que atiendan de manera integral a las mujeres que necesitan un dispositivo residencial de apoyo y protección a esas violencias.”

Volvemos a insistir en la necesidad de diferenciar las situaciones que requieran de un apoyo residencial-habitacional, de aquellas donde esto no sea necesario, pero aun así hay que trabajar la violencia de género sufrida por las mujeres y su interacción con la adicción. Más adelante abordaremos cuestiones concretas a implementar en: espacios de tratamiento ambulatorio, espacios residenciales de tratamiento o apoyo al mismo, y espacios de reducción del daño de carácter ambulatorio y residencial, pero un eje central en todos ellos es proporcionar espacios de seguridad y pertenencia a los que “volver”, en los que “estar” y con los que “vincular” mediante la práctica de sus profesionales y la organización del recurso.

A1.2.2. La segunda: disponer de una óptica integral de comprensión y atención a las mujeres

Tal y como se ha señalado en la introducción, también resulta imprescindible adoptar una filosofía o perspectiva de interpretación y abordaje asistencial más poliédrico, donde se entiende que las mujeres acuden con muchos y muy diversos problemas que interactúan simultáneamente entre sí y que, por ello, no cabe desarrollar intervenciones desde una visión parcial de esas problemáticas como si cada una actuara de forma independiente o como si no tuviera relación alguna con las demás.

Esto no significa que no deban establecerse prioridades, pero siempre desde la asunción de una óptica integral a partir de la cual se conoce la influencia recíproca de cada uno de los factores y problemáticas sobre el resto, toda vez que esa óptica debe mantenerse a lo largo de todo el proceso.

Es importante entender, tal y como se manifestaba en el *Informe de situación* (pp.125 y ss.), que financie quien financie el recurso², el elemento central que deberá guiar la actuación en los dispositivos de atención a la violencia de género y las adicciones en coexistencia, incluso en interacción con otras diversas problemáticas, se fundamenta en la oferta de una respuesta flexible, pero especializada, capaz de acoger y trabajar con los múltiples factores en interrelación que atraviesan a las mujeres, sin que los mismos se conviertan en factores de exclusión o elementos que, por la complejidad que entraña trabajarlos, actúen como expulsando del proceso a quienes los experimentan.

La práctica muestra que, en muchas ocasiones, los servicios de atención externos, tanto de atención específica a mujeres como generalistas, repiten procesos de derivación de mujeres que no tienen problemas de adicción (en todo caso presentan un consumo problemático/abusivo) y/o no desean entrar en un espacio de tratamiento o de reducción del daño. Sin embargo, se les “recomienda” insertarse en los recursos de drogodependencias porque mantienen esos consumos (que no adicciones) que resultan disruptivos para las entidades que derivan o añaden excesiva dificultad al trabajo principal que se desarrolla en esos espacios de origen (red de violencia, red de salud mental, albergues, etc.). También se detecta que esos servicios esperan del recurso al que derivan a las mujeres que pueda retenerlas de alguna forma, incluso en contra de su voluntad, o que esta práctica de derivación se aplique principalmente con mujeres que conciben como “problemáticas” y que son, en definitiva, aquellas que suman más elementos de exclusión y, por ende, demandan mayor complejidad en la intervención, como si el recurso que las acoge tuviera una especie de “varita mágica” que va a funcionar con ellas.

Esta casuística suele producirse en otras redes, donde el consumo es un factor entendido como algo disruptivo y como obstáculo, y no como un elemento más de abordaje. Lo cierto es que algunos dispositivos, por el objetivo de trabajo que les da sentido (recursos de atención a la violencia, recursos de salud mental, etc.) no están preparados, *a priori*, para trabajar los consumos, y de ahí su urgencia por derivar directamente a las usuarias a los tratamientos de drogodependencias. En este caso, sería deseable que los equipos y profesionales de la red de drogodependencias pudieran ofrecerles ciertas pautas concretas de actuación y, en lo posible, exponer que el ingreso de esas mujeres en un recurso de la red de drogodependencias no es aconsejable si no se está ante una adicción o un consumo muy intenso/abusivo (en frecuencia y cantidad) instaurado. Por contra, en esos casos lo ideal sería una articulación en la intervención que permita actuaciones conjuntas, y es recomendable realizar una labor de sensibilización con esos otros recursos que atienden a mujeres en situación de violencia cuando aparecen consumos, para que no realicen acciones que resulten perjudiciales desde el punto de vista de la entrevista motivacional y el modelo transteórico del cambio. Ese intercambio de saberes debe hacerse de forma planificada y dedicar tiempo y esfuerzo a la coordinación o, incluso, brindarse para ofrecerles una formación básica en materia de adicciones.

2. Entre los recursos a los que hemos tenido acceso mediante la entrevista a las profesionales, encontramos que existe financiación proporcionada por la red de atención a la violencia de género, por la red de atención a las adicciones, por la red de atención a personas en situación de calle/sin hogar y por la red de atención a la salud mental. Esto marca considerablemente las condiciones e itinerarios de acceso al recurso, así como muchas de sus prácticas.

Resulta especialmente necesario que, desde los recursos de atención integral a las adicciones y la violencia se cuiden las relaciones con otros dispositivos externos que derivan a las mujeres a nuestros dispositivos para evitar “quemarse”, explicándoles el sentido de nuestra labor, la perspectiva de trabajo que manejamos, etc.

En el *Informe de situación* se explica profusamente por qué una mujer que está en la red de violencia y presenta consumos problemáticos debería poder permanecer en ella y no ser forzada a ir a un centro de atención a las adicciones, pero sólo volveremos a destacar que el principal problema es que, a veces, los dispositivos de drogodependencias van a configurarse como espacios de riesgo porque en ellos, habitualmente, también están sus parejas u otros hombres que han ejercido o pueden ejercer violencias sobre ellas³.

A1.3. Espacios no mixtos. La creación de espacios de seguridad

Entendiendo que existen diferencias en las características y necesidades de un espacio ambulatorio y uno residencial, y por tanto, en las diferentes medidas a adoptar, desde perspectiva de género se explicita la necesidad de generar espacios no mixtos en todos ellos, sobre todo en los primeros momentos del proceso, en los que las mujeres puedan generar sentimiento de pertenencia y estén libres de violencias de género⁴.

En espacios ambulatorios lo primero es instaurar grupos terapéuticos no mixtos desde perspectiva de género. Aparte de esta recomendación básica, y que exploraremos más adelante, es una realidad que estos centros no van a dejar de atender a una mayoría de hombres mientras no consigamos reducir la brecha de acceso, con lo que es conveniente (se ha detectado en varios centros y resulta una buena práctica) que todo el equipo profesional del centro concentre las citas individuales de las mujeres en determinados espacios temporales de la semana, de forma que coincide que vienen a cita varias mujeres el mismo día y en la misma franja horaria, por ejemplo, o que se les cita en torno a la entrada o salida del grupo de mujeres que haya en el centro. El motivo es que coincidan y no se vean como “la excepción” entre una mayoría de hombres en las salas de espera o en el acceso al centro.

En los recursos residenciales, por su parte, y tal y como recogíamos en el anterior *Informe de situación* (2021:89 y ss.), se hace obvia la necesidad de espacios no mixtos porque, cuando una mujer presenta una historia de vida atravesada por las violencias de género y consumo problemático de drogas, no suele resultar conveniente, en términos terapéu-

3. Como se aventuraba en el *Informe de situación*, lo óptimo sería que en la red de violencias pudieran detectar y acompañar el consumo problemático o adicciones y viceversa en la red de drogodependencias en general. Mientras esto no se haga de forma integral, sí se puede trabajar conjuntamente desde ambas redes y tener una coordinación muy estrecha en los casos que se acompañen.

4. En este informe se expone claramente que las autoras del mismo y quienes lo financian consideran que lo más idóneo para intervenir con mujeres que enfrentan violencias de género y abusan de drogas, además de experimentar simultáneamente otros ejes de vulnerabilidad, es la disponibilidad/creación de recursos específicos que atiendan todas esas necesidades adoptando una nueva perspectiva de trabajo integral e integradora y con perspectiva de género. Sin embargo, mientras eso no forme parte del abanico terapéutico, cabe la posibilidad de mejorar los servicios existentes formando en género a los equipos para que entiendan, por ejemplo, la importancia y mejora que implica la creación en sus recursos, sean estos del tipo que sean, de espacios no mixtos, es decir: lugares y tiempos de trabajo integrados sólo por mujeres.

ticos, y al menos en las primeras etapas de la recuperación, insertarla en un espacio “mixto” (y entrecomillamos la expresión porque la ratio hombres-mujeres es muy desproporcionada, de forma que el espacio no es realmente mixto), ya que suscita en ellas la puesta en marcha de dispositivos emocionales relacionales y de supervivencia aprendidos, así como disparadores del trauma, que las más de las veces no son beneficiosos para sí mismas ni para sus procesos de recuperación. De hecho, esto influye también negativamente en la relación entre ellas, al disparar mecanismos que ponen de relieve la falta de pacto intragénero⁵ (Simón, 1999) y las relaciones de competitividad y reproducción de la violencia simbólica entre las mujeres. En definitiva, al ser solo una, dos o tres las mujeres que permanecen en régimen convivencial entre muchos hombres, y con cierto aislamiento del exterior, es más probable que se reproduzcan determinadas dinámicas de relación perjudiciales que las que surgirían en modalidad de tratamiento ambulatorio, o cuando el espacio residencial resulta realmente paritario y está situado en un entorno urbano, menos aislado del exterior.

Los abordajes desde perspectiva de género en drogodependencias (Castaños *et al.*, 2007; Martínez-Redondo, 2009; Arostegui y Martínez-Redondo, 2018) llevan tiempo explicando que interaccionan muchos factores que hacen “inevitable” que, en los espacios “mixtos”, las mujeres establezcan relaciones con hombres en tratamiento con los que repiten estilos de relación muy dañinos, que pueden volver a ejercer violencias sobre ellas, provocar que abandonen el tratamiento, que recaigan o que terminen por ser expulsadas por “incumplimiento de normativa”. De hecho, en muchas ocasiones, encontramos mujeres que vienen de espacios de prostitución o incluso explotación sexual o trata, así como de dinámicas donde consumo y “empleo del cuerpo-sexo” han ido muy de la mano⁶. Es difícil evitar determinadas dinámicas de relación entre ellos y ellas, y es consecuencia lógica que eso se trabaje para que no afecte al itinerario terapéutico.

“[...] Garantizar espacios de tratamiento específicos diseñados desde perspectiva de género con apoyo residencial en los casos que se necesita, posibilita que, al menos, las mujeres puedan realizar un itinerario donde no se pongan en marcha, dentro del propio recurso, mecanismos de recaída por la interacción directa con varones con quienes van a entrar en dinámicas aprendidas que interfieren con su recuperación. Puede que tengamos a una mujer en un momento motivacional

5. La falta de pacto intragénero queda definido como aquel proceso por el cual a las mujeres se les educa en no reconocerse como iguales, como “la mismidad”, a la par que se fomenta que se perciban como competidoras, por la mirada de reconocimiento masculina. Son procesos sociales complejos que se hacen más o menos evidentes según los espacios relacionales, y cuya manifestación concreta, unida a los procesos de violencia simbólica inherentes al sistema de género, se aprecia en mayor nivel de crítica de unas sobre otras, procesos de no unión frente a diversas violencias de género, etc.

6. (Nota original del *Informe de situación*, revisada y ampliada en este documento) No es objeto de este informe ofrecer las teorías explicativas para entender este tipo de fenómenos desde perspectiva de género, pero no podemos obviar que durante años se han penalizado este tipo de conductas en los espacios terapéuticos, sin entender las dinámicas de género presentes y sin incorporar el cuerpo y la sexualidad como área específica de trabajo con las mujeres en tratamiento. Para una mayor información al respecto: Lagarde (1989); Martínez-Redondo (2009) y Arostegui y Martínez-Redondo (2018). También sería interesante introducir la perspectiva de género en el tratamiento con los hombres, de forma que pongamos atención, entre otras cosas, a cómo se relacionan con las mujeres en sus vidas (Martínez-Redondo y Luján-Acevedo, 2020), y lo incorporemos como elemento a trabajar en los espacios de tratamiento. Y esto último no sólo por una cuestión de ética, sino porque cómo se relacionan con las mujeres en sus vidas está también relacionado con sus procesos de recaída y consumo abusivo de sustancias. Es decir: trabajar por la equivalencia existencial de los hombres con las mujeres redundaría en la prevención de recaídas también en los hombres.

para el cambio excelente en lo referente al consumo y el ingreso en un recurso residencial, pero si no se dispone del espacio no mixto para poder trabajar con ellas los efectos de la violencia y del estilo vincular con los varones, es posible que ese trabajo no forme parte del proceso y estemos, como profesionales, dedicándonos a “apagar fuegos”. No se debe obviar, repetimos de nuevo, la garantía de la protección frente a la violencia. Los espacios residenciales para mujeres en situación de violencia de género se diseñan desde la máxima de garantizar una protección y es por eso que, en ningún caso, conviene que sean mixtos.” (2021: 99)

Hay una circunstancia concreta que está dificultando la existencia de espacios no mixtos: la falta de apoyo y de recursos económicos para crear y mantener dispositivos destinados sólo para mujeres. Es por lo que muchas entidades están optando por cuidar este aspecto habilitando grupos integrados sólo por mujeres en espacios ambulatorios y residenciales o también separando espacios dentro de las comunidades terapéuticas. Esta cuestión, obviamente, entraña ciertas dificultades, ya que, arquitectónicamente hablando, la configuración tradicional de esos dispositivos no ha tenido nunca en cuenta el enfoque de género y la posibilidad que actualmente se contempla de que las mujeres acudan al tratamiento con sus hijas/os y requieran habitaciones separadas para estar con ellas/os, la necesidad de aseos y duchas totalmente separadas de las que utilizan los varones, de salas de actividades multifunción que forman parte de su tratamiento o de espacios infantiles, guarderías, etc.

Estos cambios requieren una reestructuración que implica, a su vez, una inversión económica que no se justifica en la medida en que la brecha de acceso a los recursos persista, es decir, mientras se siga detectando una mayor afluencia de varones no se percibe la necesidad de adaptar los recursos. Sin embargo, esa decisión proviene del efecto conocido como “la pescadilla que se muerde la cola” puesto que, en la medida en que los dispositivos no se adaptan a las necesidades de las mujeres, éstas no acceden al tratamiento. Esa falta de adaptación de los recursos constituye una barrera de género para el acceso y mantenimiento de las mujeres al/en el tratamiento y así se sigue justificando que la ausencia de mujeres persista como argumento para la inacción.

Los espacios de la red de adicciones constituyen en muchos casos espacios de riesgo por cuanto que son espacios mixtos a los que normalmente también acude la pareja o expareja maltratadora. Además, en los centros residenciales “mixtos” también es probable que las mujeres con historial de violencia puedan establecer relaciones con hombres con los que reproducen los mismos modelos de vinculación. En cualesquiera de las dos situaciones, el riesgo de volver a estar en situación de violencia con un hombre consumidor conlleva normalmente el riesgo de recaída⁷.

7. A fecha de redacción de este informe se ha tenido acceso a una experiencia en recurso residencial mixto de reducción de daños donde, entre otras novedosas iniciativas relacionadas con la perspectiva de género y la interseccionalidad, se han creado habitaciones convivenciales para parejas. Parte del equipo observa que en algunas parejas heterosexuales convivientes en el recurso existe violencia de género dentro de la pareja y, *de facto*, se encuentran con un problema en las posibilidades de intervención, puesto que el propio espacio sostiene el mantenimiento de la pareja, y cualquier intervención hacia la dinámica de violencia puede provocar que las dos personas abandonen el recurso. Además, en caso de que haya posibilidades de separación provenientes del deseo de la mujer de alejarse de él, el espacio no facilita/posibilita que pueda hacerlo, puesto que es mixto, y sólo cabría derivarla a otro recurso normalmente también mixto (con todos los problemas, nuevamente, que eso conlleva para ella), puesto que los recursos residenciales “de baja exigencia” exclusivos para mujeres, son aún una excepción dentro de los ya de por sí escasos programas residenciales de reducción del daño en general.

Por último, a veces podemos encontrarnos con que haya mujeres que no quieren la derivación a un espacio residencial o a un grupo de terapia no mixto. Derivarlas puede suponer una salida innecesaria de un recurso que les resultaría beneficioso en otro momento motivacional diferente. En estos casos seguiremos trabajando desde la vinculación, en formato centro de día, citas de forma ambulatoria, etc., acompañándola en sus decisiones y trabajando para que sienta el espacio como un lugar seguro al que acudir.

A1.4. Modelos de atención centrados en proporcionar seguridad y cobijo: configurando un *continuum* de intervención “reducción del daño-tratamiento”

“Me va a matar... si me echáis no va a llegar el día que pueda volver”

En estos espacios es importante tener conciencia del trabajo y hasta dónde se puede llegar. Muchas mujeres tienen situaciones límite en sus vidas, con riesgo real de violencias graves, y los equipos pueden vivir incluso con ansiedad el decidir una salida del recurso.

En los programas con objetivos de tratamiento, la creación de un espacio de seguridad también va dirigida en este sentido. En estos espacios, a diferencia de los de reducción del daño como veremos más adelante, las salidas del recurso (temporales o definitivas) sí se plantean como una posibilidad ante incumplimientos graves (violencia y sustancias dentro del recurso) o ante la clarificación de los objetivos de la mujer y que no sean los de tratamiento (es decir: el consumo de la sustancia problema no es compatible con la permanencia en el recurso). Tenemos que prepararnos para que la clara ausencia de recursos alternativos a situaciones límites en las mujeres, haga que nos sea difícil tomar esas decisiones.

Desde esta guía recomendamos la alternativa ideal:

Poner en marcha programas ambulatorios y habitacionales de cobijo desde una óptica de reducción del daño, debería ser un elemento consustancial a la puesta en marcha de programas de tratamiento específicos para mujeres, de forma que puedan actuar complementariamente y según el momento y los objetivos de cada mujer. Es decir: lo óptimo sería contar con una atención verdaderamente integral que cubra los objetivos de trabajo de ese *continuum* que muchas veces es la reducción del daño y el tratamiento, al entender que a veces podemos contemplar objetivos de reducción del consumo abusivo y no tanto de abstinencia total, y que eso no significa no poder trabajar con ellas las violencias y el trauma, en pos de proyectos de vida más habitables para sí mismas. Tener espacios flexibles adecuados a los objetivos de trabajo con cada mujer, permite seguir priorizando los objetivos de protección y recuperación frente a las violencias sin que el mantenimiento o no de la abstinencia se convierta en un obstáculo para que permanezcan en el espacio de cobijo.

Por tanto, una perspectiva de trabajo óptima pasa por asumir que todos los objetivos que plantean las mujeres son igualmente legítimos. Así, tanto si su momento vital la ubica en la atención que proveen los programas de reducción del daño como si se plantea la consecu-

ción de la abstinencia en otro momento de su proceso, debemos realizar el mismo acompañamiento respetuoso, sin renunciar en ningún caso a trabajar con ellas sus experiencias traumáticas, de violencia, etc. para promover su empoderamiento y autonomía en cualquier momento de ese *continuum* que constituye el proceso terapéutico de cada persona⁸.

Una vez explicitado el sentido de cada dispositivo y la importancia de disponer de recursos adaptados al momento y las necesidades de las mujeres, mostramos dos herramientas que han mostrado su eficacia tanto en el trabajo sobre la violencia de género como en el ámbito de las drogodependencias y en cualquiera que sea la situación (en cuanto al momento terapéutico y objetivos que se plantea) respecto de la violencia y del consumo.

Es importante disponer de recursos adaptados al momento y a las necesidades de las mujeres

Sucede con frecuencia que las mujeres que acuden demandando ayuda mantengan una posición ambivalente respecto del abandono total y definitivo del consumo o de su capacidad para hacerlo, al igual que pueden pensar que las conductas de quien las maltrata pueden cesar y puedan retomar la convivencia con ellos. Estos pensamientos son recurrentes y habituales cuando no se ha alcanzado el momento de acción para realizar un cambio efectivo. El apartado que sigue a continuación refleja la importancia y el sentido de dos herramientas de trabajo imprescindibles para favorecer cualquier cambio por mínimo que sea.

A1.5. La importancia de la Entrevista Motivacional y del Modelo Transteórico del Cambio con perspectiva de género

En la intervención en drogodependencias han existido tradicionalmente dos marcos de intervención que favorecen la concreción de los objetivos de trabajo y, consecuentemente, las tareas a desarrollar para alcanzarlos con cada persona en función de su situación: el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1985) y la Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 1991). Diversas evidencias también han ratificado la validez de estos enfoques para el trabajo terapéutico con mujeres que han sufrido violencia (Zink *et al.*, 2004; Dienemann *et al.*, 2007; Hegarty *et al.*, 2008). Ambas herramientas son coherentes con lo sugerido hasta el momento, en cuanto que permiten manejar una concepción dinámica del proceso de las mujeres con problemas de abuso de drogas que sufren violencia, ajustando las intervenciones al momento en el que ellas se encuentran y organizando las prioridades y tareas terapéuticas. Sin embargo, en cualquiera de los casos, es imprescindible incorporar en ellos el prisma de la perspectiva de género que originariamente los autores no contemplaron.

Por ejemplo: en contexto de intervención profesional en las drogodependencias, tradicionalmente, se ha asumido que, para acceder a espacios residenciales de tratamiento

8. Mientras esta alternativa integral no pueda darse, encontramos buenas prácticas que pasaremos a describir a lo largo de los apartados que siguen, como tener espacios de acogida para mujeres con consumo en activo separados de los de mujeres en situación de mayor autonomía o donde la abstinencia esté más consolidada; o la disposición de habitaciones individuales o por unidad familiar madre/hijas-os siempre que se pueda; coordinación estrecha con otros recursos y acompañamiento (que no, "derivación"), en los procesos de salida temporal o definitiva de los recursos, etc.

tipo comunidad terapéutica, se haya alcanzado cierta abstinencia y que ese hecho actúe como reflejo del momento motivacional, conciencia del problema y determinación de cambio ideales para pasar al siguiente paso en el logro y consolidación de la abstinencia. Sin embargo, esa concepción del itinerario terapéutico responde a una visión androcéntrica de la problemática de consumo, que no ubica el género como el elemento de subordinación que resulta ser en la vida de las mujeres y que incide en su subjetividad y en el estilo de construcción de las relaciones en las que se ven inmersas. La experiencia nos ha indicado que pedirles la abstinencia previa a la entrada en los recursos era una barrera de acceso al tratamiento, ya que muchas de ellas podían tener la determinación de dejar de consumir, pero no poder alcanzar el objetivo de la abstinencia previa por factores relacionales (por ejemplo, el consumo como forma de relación con la pareja), situaciones de violencia y otros elementos derivados del género como la mayor soledad y falta de acompañamiento del entorno por un mayor estigma y doble penalización social ante el abuso de sustancias.

En estos casos, como se ha mencionado ya, la prioridad es proporcionarles un espacio de cobijo, aunque estén en consumo activo, que posibilite que ellas puedan alejarse de las relaciones y situaciones de violencia que les impiden alcanzar o mantener la abstinencia, y que puedan comenzar a comprometerse con el proceso que permite alcanzar dicho objetivo. De hecho, puede que no tengan ese objetivo, pero eso se irá aclarando en el proceso.

Debemos tener en cuenta que en muchos espacios de atención a mujeres se trabaja paradójicamente desde un estilo confrontativo, insistiendo mucho en que para acceder a los recursos de tratamiento especializados, deben tener claro que van a trabajar “sí o sí” violencia y/o su drogodependencia/adicción. Esto no es aconsejable, ya que normalmente genera que la mujer decida entonces no entrar en el recurso. Puede que se encuentre en un momento de contemplación con respecto a alguna de las problemáticas (como se explicaba en el *Informe de situación*, dependiendo de la red en la que se encuentren, posiblemente tengan mayor ambivalencia hacia el problema que no se atiende en esa red, sea la de violencia o la de drogodependencia)⁹ pero, a menos que haya una negativa frontal a que ese es un elemento que se aborda en el programa en el que va a entrar, esa contemplación-ambivalencia no debería ser impedimento para su entrada en el recurso, y que entonces se trabaje con la mujer en función del momento motivacional en el que se encuentre y los objetivos que ella misma tenga. Insistir en que “nos reconozca” que “tiene un problema” y que “entra para trabajarlo” son acercamientos que van a resultar contraproducentes, en tanto en cuanto el nivel de sojuzgamiento propio/internalizado y externo que arrastran es muy determinante y va a ser un gran problema para que afirme y verbalice eso. “Reconocer el problema” pasa por dejar de sentirse juzgada para poder hacerlo. Es necesario informarle de las opciones que tiene de entrada en recursos especializados, y sus dudas o ambivalencias no deben concebirse ni abordarse como impedimentos para el acceso al recurso, sino como oportunidades de trabajo sobre el proceso

9. Que la detección se lleve a cabo en una u otra red es una cuestión importante, puesto que pone de relieve cuál es el problema que la mujer percibe como principal (la violencia o la adicción) y/o qué la impulsó a pedir ayuda. Las mujeres con consumos problemáticos (sobre todo de alcohol) detectadas en la red de violencia, tienen problemas para identificarse como drogodependientes y las mujeres con situación de violencia en la pareja detectadas en la red de adicciones tienen problemas para identificarse como maltratadas (Martínez-Redondo, 2010, 2019) o para querer trabajar la violencia sufrida.

de cambio y la motivación que requiere transitar por nuevos espacios, entendiendo siempre que los cambios son difíciles para todas las personas, tengan esos problemas o no, absolutamente para todas.

La Entrevista Motivacional postula que la persona que entrevista debe mantener en todo momento una actitud de vinculación positiva con las mujeres y que esa actitud, a su vez, integra cuatro elementos: la colaboración (frente al estilo confrontativo se mantiene una actitud colaborativa entre entrevistada y entrevistadora), la aceptación (el respeto por los ritmos de cada una de las mujeres), la predisposición (tratar de discernir lo que resulta mejor para ellas y priorizar sus necesidades) y la inducción (la entrevistadora se apoya en las necesidades y valores de las mujeres para fomentar que éstas alcancen los cambios por sí mismas y por sus propios medios y capacidades, procurando con ello que movilicen su propia motivación).

La violencia y el consumo deberían trabajarse desde y hasta donde la mujer quiera, contando con un acompañamiento respetuoso con su proceso y siempre desde un estilo motivacional, no confrontativo.

Sabemos que los niveles de autoeficacia percibida, así como de visualización/proyección de posibles soluciones/salidas a su situación son menores en las mujeres comparadas con los hombres, por lo que no debemos confundir esas dificultades directamente derivadas del género con momentos (pre)contemplativos o de falta de preparación para el cambio, sino identificarlas como lo que son: limitaciones que conlleva la socialización de género y los roles y mandatos que se incorporan en ese proceso, y trabajar contando con ello. A partir de la asunción de esta afirmación se comprende e incorpora en la intervención el hecho de que las mujeres están en relación (Lagarde, 2001; Martínez-Redondo, 2009)¹⁰ o, como se explica a pie de página, las relaciones se erigen en elemento constitutivo del género femenino, por lo que pedirles que se centren en sí mismas debe ir acompañado de espacios de aprendizaje y de desarrollo de destrezas en ese sentido. Como recogeremos más adelante, otras prácticas tan centrales en muchos espacios de tratamiento, como la de aplicar una normativa con un sistema de sanciones o la entrada al recurso mediante una “derivación”, son más o menos adecuadas en la estructura de género masculino, pero se revelan como prácticas totalmente contraindicadas en los procesos de trabajo con las mujeres (de hecho, son factores que aumentan la probabilidad de abandono del tratamiento). Contar con formación en género permite identificar que, en los momentos iniciales de acceso a un recurso, muchas mujeres necesitan un apoyo extra que muchas no tienen/no sienten, y que ese apoyo extra es una forma de trabajo motivacional para la entrada y mantenimiento en el tratamiento (sea ambulatorio o resi-

10. Lagarde se pregunta ¿qué tipo de relaciones sociales determinan lo que se quiere cambiar? o ¿cuáles de esas relaciones corresponden a los estereotipos dominantes? Postula que somos lo que somos porque estamos insertas, en este caso las mujeres, en un entramado de relaciones sociales donde se nos prescribe hacer cosas y ser de determinada manera porque otras formas de estar/ser contravienen la reproducción del género. En el caso de las mujeres, la socialización y los roles y mandatos que se nos adjudican establecen un patrón relacional en tanto esposa/pareja, o como madres, o en tanto garantes de la cohesión familiar o respecto del dinero, por citar algunos ejemplos, que se erigen en instituciones de género encargadas, a su vez, de reproducirnos como mujeres. Ese patrón relacional es diferente al que se exige al varón, que dependerá más de otras instituciones de reproducción del género, por cuanto que el Estado, la Iglesia, la escuela, etc. son un conjunto de instituciones que tienen también como finalidad expresar y reproducir el orden de género de la sociedad.

dencial), y no es incompatible con ir paralelamente favoreciendo la autonomía y la toma de decisiones en ellas, en lugar de tutorizarlas desde el equipo.

Estos últimos elementos se convierten en objetivos clave y centrales en todos los espacios de atención, sea cual sea su objetivo de trabajo (tanto de tratamiento como de reducción del daño). Trabajar sobre estas cuestiones y situarlas como eje central del proceso requiere muchas adaptaciones que especificaremos más adelante (como por ejemplo, y por avanzar algunos titulares, adaptar la normativa que tradicionalmente ha conllevado un sistema de sanciones por unas directrices de funcionamiento y convivencia negociadas de las que ellas son partícipes; atender fuera de cita cuando acuden al espacio; o realizar una videollamada previa a la entrada en un recurso residencial o programar una visita previa al recurso para preparar el ingreso, etc.).

De hecho, cuando se va a “derivar” a una mujer a otro recurso, los “agentes derivadores de demanda” se transforman en profesionales que acompañan el proceso. No se “deriva”, sino que se acompaña y nos aseguramos que las mujeres vinculan con las profesionales de los otros recursos. No se trata de tutorizar procesos, sino de acompañar teniendo en cuenta que el cuidado en el establecimiento del vínculo es necesario en las mujeres para una buena adherencia a los recursos.

A1.6. Trabajar para la reparación del vínculo y la confianza

Como se señalaba en el apartado previo, nos encontramos ante mujeres que han sostenido relaciones de abuso por estar socializadas en un modelo en el que introyectan que es su responsabilidad cuidar y mantener las relaciones, los vínculos, incluso cuando éstos resultan tremendamente dañinos para ellas. Desde ese mandato que reproduce su género soportan comportamientos y conductas que las quiebran y aprenden patrones de conducta desde la subordinación. Es por ello que, en todos los recursos con las que se ha contactado en el desarrollo de este informe, uno de los ejes centrales de trabajo es la reparación del vínculo, la adquisición de confianza y la asunción de la necesidad de adquirir un nuevo estilo de vincularse desde parámetros sanos y recíprocos.

Cuando acuden a cualquier dispositivo demandando ayuda, es posible que se encuentren con la reproducción por parte de las y los profesionales de parámetros de conducta que las subordinan en primera instancia, de forma similar a lo que vienen experimentando, es decir, vuelven a recibir rechazo, estigma y un cuestionamiento de sus conductas y su vida. Culpabilización, en definitiva. Esto sucede principalmente en los dispositivos que no disponen de formación en género, que son más rígidos respecto de los objetivos y los procesos que deben seguir las personas que atienden y no disponen en un paradigma integral. Frente a ello, la perspectiva de los dispositivos integrales/integrados destinados a las mujeres pasa en todo momento por la aceptación de las usuarias, y por entender que es a través del vínculo terapéutico que las mujeres se ven reforzadas, motivadas para el cambio y se aumenta su adherencia a los dispositivos y, por ende, su recuperación.

Es importante identificar y evitar las continuas desvalorizaciones de sus sentimientos y sensaciones; una práctica a la que han sido sometidas muchas veces desde los propios dispositivos. Por ejemplo, resultan frecuentes estas prácticas con mujeres que presentan Trastorno Límite de la Personalidad-TLP (diagnosticado o no) y que reproducen las conductas que caracterizan ese diagnóstico. Cuando no se dispone de la formación adecuada y se asumen esos comportamientos como ataques-rechazo a la figura profesional y al proceso terapéutico, el diagnóstico actúa más como estigma y “etiqueta” en la práctica profesional que como factor que contribuya a mejorar y adecuar los objetivos y la metodología de trabajo a emplear en esos casos.

Otra práctica que ha resultado habitual en los tratamientos y debe evitarse en los dispositivos integrales destinados a las mujeres es la de “entrar” en dinámicas de información/contrastación de “versiones” con familiares, parejas, etc., ya que ello redundaría en la falta de confianza de/en las mujeres, se duda de lo que dicen y así se las minusvalora frente a otras personas (con las que se trata de contrastar su versión), se las descredita, se retroalimenta su percepción de ausencia de control y de autonomía respecto de su vida, etc. Son muchos detalles, pero subsanables a través de un aprendizaje y de la necesaria formación en género que permite con ello situarlas realmente en el centro de la intervención, desde una actitud de aceptación incondicional y desarrollar un trabajo motivacional adecuado a su momento y circunstancias vitales.

Entender sus circunstancias, no forzar, no juzgar y acompañar en la resolución de ambivalencias a través de la Entrevista Motivacional y desde el apoyo profesional, se tornan elementos indispensables para que las mujeres acudan, se adhieran y permanezcan en los recursos.

Además de contar con la formación en género, y dada la prevalencia de otros diagnósticos, hay que formarse específicamente y prepararse para trabajar con mujeres con altos niveles de autodefensa, agresividad o cuadros clínicos de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) o de Trastorno por Estrés Post-Traumático (TPET) para evitar “quemarse” profesionalmente. Desde ahí es posible entender que sus resistencias y/o los “ataques” hacia las profesionales no son “personales”, sino producto de sus experiencias de violencia y la desconfianza en el vínculo, por haber resultado éste dañado a partir de esas experiencias de abuso y que, con toda la lógica, también se hacen extensibles a la figura profesional.

Cualquier juicio de valor o muestra de “impaciencia” por nuestra parte, contribuirá a que se alejen¹¹. No se trata de eliminar cualquier límite o contención, sino de demostrar con nuestra actitud que pueden confiar, siendo las profesionales capaces de identificar los elementos que contribuyen a esa falta de confianza o los que reavivan sus experiencias de traición al vínculo.

11. Es vital entender que su modelo relacional es una cuestión de género y un modo de supervivencia.

No es el objeto de esta guía de recomendaciones entrar en detalle en cuestiones más clínicas y terapéuticas, por cuanto que este documento no se dirige específicamente a profesionales de la psicología o la psiquiatría, pero se incluyen materiales de consulta que pueden ayudar a las terapeutas en este sentido. También son recomendables para el resto de personal y equipo de intervención educativa y social, de forma que su acción al menos no resulte contraria a lo terapéutico y pueda contribuir al avance en ese sentido.

La salud mental de las mujeres. La Psicoterapia de la Equidad Feminista. Soledad Mu-ruaga et al. Asociación de Mujeres para la Salud. 2013.

Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, presas, putas y locas. Marcela Lagarde y de los Ríos (1989). Universidad Nacional Autónoma de México, 2ª reimpre-sión 2003. Edición en España: Horas y horas la editorial.

El coraje de sanar. Guía para las mujeres supervivientes de abuso sexual en la infancia. Ellen Bass y Laura Davis. Ediciones Urano. 1995.

Treating women with substance use disorders: The women´s recovery Group Manual. Shelly F.Greenfield, The Guilford Press. 2016.

A New Gender Based Model for Women's Recovery From Substance Abuse. Lisa M. Najavits et al. The American journal of drug and alcohol abuse. 2007.

Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse. Lisa M. Najavits . Guilford Press. 2002.

Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction. Covington, Stephanie S. 2008.

El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Van der Kolk, Bessel. Editorial ELEFThERIA. 2014.

Cuando el cuerpo habla. Un abordaje integrador del trastorno conversivo. Lucía del Río y Anabel González. Editorial Paidós. 2021.

Diamantes en bruto (I): un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Dolo-res Mosquera. Editorial Pléyades. 2013.

Diamantes en bruto (II) Manual psicoeducativo y de tratamiento del trastorno. Dolores Mosquera. Editorial Pléyades. 2019.

Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependece. Pandina, R., Johnson, V. y Labouvie, E. en M. Gland y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drugs abuse* (pp. 179-209). Washington , DC: American Psychological Asociation. 1992.

A1.7. Intervención grupal desde perspectiva de género

Para trabajar sobre las relaciones y vínculos, y retomar la confianza y la seguridad, la evidencia científica avala la eficacia de crear grupos terapéuticos integrados sólo por mujeres y que también sean profesionales mujeres las que lideren esos espacios grupales. Así, el sentido de sí mismas de las mujeres se desarrolla de manera diferente en los grupos de mujeres y en los grupos mixtos¹². Las necesidades y problemas que presentan ellas y que deben trabajarse en su proceso, la victimización física, sexual, y/o emocional, el trauma y otros problemas que ya se han enumerado, son temas difíciles de verbalizar en los grupos mixtos, por lo que se sugiere la creación de espacios propios que puedan percibir como seguros, de confianza y apoyo, y lo sean realmente.

En este sentido, los contextos integrados sólo por mujeres proporcionan la seguridad y el confort necesarios para hacerlo, siempre que además se trabaje para ello. Es decir: es necesario trabajar la falta de pacto intragénero que posiblemente se manifieste en muchas de ellas. Además, en estos espacios habrá mujeres que hayan pasado por un proceso muy marcado por el aislamiento con respecto a otras mujeres (tanto de su familia como de entornos marginalizados donde se mueven: calle, prostitución, poblados...). Percibirse

No debe asumirse que a partir del desarrollo de espacios formados sólo por mujeres se esté aplicando el enfoque de género

como grupo social atravesado por el género contribuye a que cada una deje de vivenciarse en aislado, desarrollando los marcos de interpretación necesarios para entender que muchas de las situaciones vividas/sufridas tienen que ver con el hecho de ser “mujer” en una estructura social determinada y no tanto con la persona individual que cada una es (Lagarde, 2001; Martínez-Redondo, 2009, 2021).

La incorporación de la perspectiva de género en esos grupos es por tanto crucial. No debe asumirse que a partir del desarrollo de espacios formados sólo por mujeres se esté aplicando el enfoque de género. Cuando se incorpora verdaderamente, los temas, la metodología y el papel de las profesionales y usuarias resulta diferente y mejor para todas. Uno de los contenidos principales de estos grupos es la toma de conciencia de sus derechos y la desnaturalización de la socialización e ideales y mandatos de género, que constituyen en sí mismos violencias.

En estos grupos, además, hay un objetivo político puesto que, tomando en cuenta las situaciones puntuales que puedan relatar las mujeres, se procede a reflexionarlas en lo que les “resuena” como colectivo, fomentando con ello una conciencia colectiva, que puedan pensar en otras mujeres y en la importancia de la participación social en pos del espíritu del lema “lo personal es político” (Otero, 2009).

12. Greenfield y su equipo (2007 a y b, 2010, 2013 y 2014), expusieron que las mujeres refirieron sentir comodidad, apoyo, sentimientos de cohesión grupal, compartir un mismo lenguaje, sin censuras y la posibilidad de reflexionar sobre aspectos que sólo afectan a las mujeres en grupos no mixtos.

En lo particular y relacional a otra escala, las mujeres que participan en grupos de mujeres intercambian experiencias y aprenden unas de otras a través de la empatía, ya sean estrategias, estructuras de pensamiento y formas de resiliencia o agencia personal apreendida. Dicho de otra manera, el entorno interpersonal y la oportunidad de compartir experiencias similares con otras mujeres aumenta la percepción de comodidad en el tratamiento, toda vez que añade otros beneficios terapéuticos como los relacionados con el aprendizaje interpersonal y la cohesión grupal; la reactivación de lazos sociales con otras participantes, que pueden decidir encontrarse fuera del recurso y constituir, con ello, nuevas redes de amistad, escucha y apoyo. Los grupos de mujeres también son un antídoto potente frente a la culpa, el autoodio y el sentimiento de que el malestar es intrínseco a la persona, porque algo va mal en ella y fomenta el darse cuenta de que las violencias de género son parte de la estructura social. En definitiva, que no están solas. Esto cobra especial importancia en el caso de abusos sexuales, a partir de otras mujeres más avanzadas en el proceso se facilita verbalizar abusos sufridos escondidos por años, combatiendo así la vergüenza y rompiendo el "pacto de silencio", "el secreto". Es especialmente importante que las profesionales estén preparadas para acompañar todo lo que surja, pues lo que puede generarse en un grupo no siempre puede ser fácil de manejar o puede contribuir a la desestabilización de las mujeres si se aborda de forma inadecuada.

Existen pocas evaluaciones acerca de la eficacia de los grupos integrados únicamente por mujeres (en comparación con los grupos mixtos), pero las disponibles (Greenfiend *et al.*, 2007a,b; 2009; 2010; 2014) confirman que la modalidad grupal con mujeres mejora los resultados clínicos a más largo plazo, comparados con los que obtienen las participantes en grupos mixtos.

La importancia de los grupos terapéuticos específicos de mujeres como herramienta de trabajo que favorece su recuperación y la prevención de recaídas ha sido ampliamente documentada (Najavits, 2007; Covington, 2008; Greenfield, 2016; Arostegui y Martínez-Redondo, 2018). Es necesario dotarlos de perspectiva de género tanto en sus contenidos como en la metodología, de forma que no reincidan en un enfoque revictimizador/culpabilizador, ni reproduzcan el sexismo o los estereotipos de género (Castaños *et al.*, 2007; Martínez-Redondo, 2009; Arostegui y Martínez-Redondo, 2018)

Una cuestión práctica a tener en cuenta es que, como en todo espacio de intervención en drogodependencias, sería necesario diferenciar los grupos de acogida de los grupos más avanzados en el trabajo en cuanto a tiempo, objetivos y afianzamiento de la perspectiva de género. Sin embargo, muchas veces sucede que no hay ingresos de mujeres suficientes para conformar un nuevo grupo y que, por ello, hay que incorporarlas en el que ya está en funcionamiento. Si se trabaja desde el inicio con el propio grupo, cuando éste echa a andar —se insiste en la importancia del formato grupal como elemento de protección frente a las violencias de género y en la importancia de la relación entre mujeres, y se trabaja con ellas hacerse conscientes del papel del género como elemento estructural que las ha condicionado—, la acogida de nuevas mujeres, por disruptivo que pueda resultar, se hace viable: el propio grupo genera herramientas de acogida y contención, regulación de la participación, etcétera.

En estos grupos que se desarrollan desde perspectiva de género se persigue que las mujeres puedan empezar a ver la vida de otra forma, aprendiendo las unas de las otras, desarrollando el pacto intragénero, evitando la rivalidad entre ellas y afianzando lo relacional feminista como un factor de protección frente al daño y riesgo en el consumo.

A1.8. La atención en equipos compuestos principalmente por mujeres¹³

Una vez analizada la utilidad de los grupos de/para mujeres, mostramos el complemento que aumenta su eficacia; que esos grupos los lideren idealmente profesionales mujeres.

Para intervenir adecuadamente sobre las violencias de género es preciso conocer el origen de las mismas: una estructura social, económica y familiar que otorga un poder desigual a hombres y mujeres, inferior para ellas, y que las supedita a lugares de subordinación. Esto va a determinar, entre otros muchos aspectos, el tipo de relaciones que se establecen entre hombres y mujeres.

Como afirman Bosch, Ferrer y Alzamora (2005), el trabajo psicoterapéutico individual o grupal sobre las violencias tiene que perseguir objetivos que no sólo pasan por cambiar una conducta o adoptar estrategias individuales de comprensión de los mecanismos sociales y culturales que han actuado en la génesis del problema (aunque con ello las mujeres aumenten las probabilidades de cesar la reproducción de relaciones basadas en el abuso), sino que es preciso perseguir igualmente otros aspectos ajenos a la usuaria y que resultan determinantes en la eficacia del tratamiento; se trata, de nuevo, de recordar la importancia de una formación específica, por un lado, y de seleccionar intencionalmente quién provee la intervención a las mujeres, por el otro.

Respecto de la formación específica con la que se ha de contar y respecto de la selección intencional de las personas que lideran la intervención con las mujeres, las autoras de esta guía nos posicionamos de forma clara, tal y como también se reflejó en el *Informe de situación* previo y en otras publicaciones destinadas al trabajo con mujeres con problemas de drogas (Arostegui y Martínez-Redondo, 2018), apostando por la pertinencia de que la gestión de los grupos de mujeres en los que se trabaja sobre el trauma, las violencias, etc., la desarrollen terapeutas mujeres formadas para ello.

Ello no significa que los profesionales varones no deban contar con esa formación y sensibilidad, ya que, por una parte, la misma es necesaria para trabajar también con los hombres que abusan de drogas y acuden a tratamiento, entre quienes se confirma la alta prevalencia de ejercicio de violencias de género y, por otro lado, porque puede que las circunstancias y recursos humanos con los que cuenta un dispositivo obligue a que sean ellos quienes deban intervenir con las mujeres o ejercer de coterapeutas. Repetimos que, a nuestro juicio, la opción más adecuada es la de asignar terapeutas mujeres para desarrollar el trabajo con las mujeres y esto es así, precisamente, por la cuestión del vínculo.

13. Como señalaba una de las revisoras del texto, es importante en cualquier caso tener conciencia sobre el efecto en las usuarias si las profesionales son mujeres u hombres, o incluso personas de identidades no binarias, y tener la formación feminista necesaria para poder trabajarle e incorporarlo al tratamiento.

El vínculo que tan importante resulta en el proceso de recuperación de las mujeres, en su adherencia al tratamiento, etc., predice resultados más positivos cuando se establece con profesionales mujeres y resulta más limitante con terapeutas varones, quizás precisamente por representar éstos las figuras que han ejercido las violencias en sus historias de vida. Además, en los espacios grupales integrados únicamente por mujeres, que son los más idóneos para intervenir sobre los problemas que experimentan las mujeres objeto de esta guía, los temas se trabajan con mayor confianza y profundidad cuando la dinamizadora es otra mujer. Ya en 1973, Rice y Rice comprobaron que las mujeres progresaban mejor en terapia con terapeutas mujeres, que mostraban una mejor capacidad de comprensión y empatía con sus experiencias.

Insistiremos siempre en lo obvio; en que las profesionales sean mujeres que cuentan con formación en perspectiva de género, puesto que la pertinencia de que sean mujeres terapeutas y no hombres quienes lleven estos grupos, tiene que ver precisamente con el trabajo más adecuado sobre cuestiones de género y los contextos relacionales que producen, y no con el sexo o la identidad sexual de las personas¹⁴. Profesionales contemporáneas, que incluso han publicado sus propios manuales y programas de intervención con mujeres con problemas de abuso de drogas que experimentan violencias, traumas y otros factores de vulneración, también apuestan de forma clara por el liderazgo de las profesionales mujeres para desarrollar ese trabajo. Lisa Najavits, Shelly Greenfield o Stephanie Covington, entre otras, también confirman a través de las evidencias que derivan de sus intervenciones desde esa directriz o de los testimonios que proveen las propias usuarias de sus programas en torno a la satisfacción con el tratamiento ratifican que el hecho de que sus terapeutas fueran mujeres había resultado decisivo en sus procesos de recuperación. Manifestaron que se habían sentido más cómodas con una terapeuta mujer, porque sus problemas quedaban lejos de poder ser comprendidos por un hombre, pese a ser un profesional del ámbito.

Sólo resta recordar que, pese al aumento de la conciencia de la necesidad de incorporar la perspectiva de género en los equipos y recursos, la ausencia de formación impide articular ese enfoque en los programas y tratamientos, toda vez que algunas prácticas que se desarrollan con buena voluntad, pero sin formación, pueden llegar a resultar contraproducentes para el proceso de las mujeres e incluso, y sin quererlo, revictimizar a las mujeres con quienes se interviene al carecer, como ya se ha recomendado, de una buena base formativa en perspectiva de género, además de una formación añadida y específica sobre violencia, trauma y sus consecuencias.

La formación, el entrenamiento y la evaluación resultan ser los elementos más indicados para mejorar la oferta de los servicios y la intervención que se dispensa a las usuarias (Nelson-Zlupko *et al.*, 1995).

14. Es verdad que este enfoque, dentro de los debates y planteamientos feministas, resulta altamente binarista, y conviene señalar que contar con experiencias que se salen de ese binarismo y/o que incorporen además una perspectiva interseccional, debería nutrir los equipos de la diversidad presente en nuestras sociedades. Como señalaba una de las revisoras de la guía: “no hay una única forma de ser mujer y hombre, y en los espacios residenciales, donde además puede haber criaturas y adolescentes, tener equipos que contemplan la diversidad en diferentes ejes de opresión es a donde deberíamos dirigirnos ahora.”

A1.9. El binomio abuso de drogas-violencia en interacción.

La necesidad de identificar y sistematizar, también, la información sobre las violencias

Los protocolos de actuación son elementos fundamentales que deben acompañar la ejecución de todo servicio, necesarios para promover y orientar teórica y metodológicamente las prácticas que se desarrollan, así como para evaluar y reorientar los procesos de las personas usuarias de esos servicios (Prego *et al.*, 2019). En el *Informe de situación* (pp.90 y ss.) se recogen varias indicaciones en este sentido. Y en la práctica, las profesionales entrevistadas revelan que, en estos casos, es importante atender a las peculiaridades a nivel histórico-personal, factores precipitantes en cada mujer, consecuencias emocionales e instrumentales, etc. que hacen que en la intervención la atención se dirija a los factores que las vulnerabilizan.

La experiencia indica que en el binomio abuso de drogas-violencia, hasta el momento, suele trabajarse de manera separada, asumiendo los recursos de adicciones lo relativo al consumo, sin trabajar las violencias, mientras que los recursos de violencia procuran derivar a las mujeres con consumos y/o adicción a los dispositivos de drogodependencias. No existen hasta el momento excesivas alternativas para desarrollar un abordaje integral. Y de la misma forma que se ha sugerido en momentos previos la necesidad de que desde los equipos que atienden a las drogodependencias haya un esfuerzo por explicar a los

Lo ideal es el abordaje integral de consumos y violencias, pero hasta el momento suelen trabajarse de forma separada

equipos de la red de violencia algunas cuestiones que mejorarían la atención que dispensan a las mujeres que están en sus recursos, pero mantienen activos algunos consumos, esos mismos equipos de drogodependencias y otras adicciones también deben asumir su desconocimiento en torno a la violencia, su identificación, lo que afecta al proceso de la mujer que acude a su recurso, etc.

Por lo dicho, se sugiere que se incluyan en los contextos de trabajo sobre adicciones, protocolos de actuación en torno a las violencias, siendo una de las primeras acciones de ese reglamento, identificar las violencias, es decir, comenzar a preguntar por ellas y sistematizar esa información; algo que no es habitual en esos contextos.

De hecho, existe cierta “ceguera institucional” al no contar con una recogida de información unificada y sistematizada. Es necesario desarrollar entrevistas de valoración inicial, acogida y seguimiento de carácter multidisciplinar adecuadas (social, educativa, terapéutica, médica, etc.), que contemplen la identificación de las violencias en la vida de las mujeres, así como contar con las bases de datos que vuelquen esa información en las memorias de actuación. Para detectar las violencias, de nuevo, necesitamos equipos formados, además de la subsecuente adaptación de las herramientas de detección y de actuación sobre la “normalización” de dichas violencias, que quedarían, de no hacerlo, invisibilizadas, tanto por parte de las mujeres que las experimentan o las han padecido, como de los equipos profesionales, las familias y la sociedad.

Para ello es necesario adaptar las herramientas de recogida de información, puesto que ha quedado demostrado (Hansen, 2020) que muchas de ellas infradetectan las violencias que las mujeres con problemas de adicción han sufrido.

Estas herramientas tienen que poder adaptarse a recoger información cualitativa que permita identificar malestares (preguntar, por ejemplo, cómo les ha hecho sentir la conducta que sea que han tenido con ellas) porque, *a priori*, muchas de ellas no van a identificar la violencia, sobre todo si hay vínculo con el agresor (tanto pareja como otras figuras de la familia), o si se producen en situaciones en las que se encontraban “voluntariamente” (por ejemplo “ir a pillar” sustancia sin dinero; o mantener relaciones sexuales aunque no les apeteciera; etc.). No olvidemos, además, que muchas mujeres pueden acceder con historiales de violencias graves perpetradas por hombres, pero que quedan como “difuminadas” por la normalización con que la sociedad, incluidas las mujeres, vivimos que las mismas se produzcan, especialmente si se trata de una mujer drogodependiente y/o con problemas de salud mental, y/o en situación de prostitución, situación de exclusión residencial o sin hogar, etc. Que *a priori* no lo identifiquen como violencia no impide, sin embargo, que verbalicen los malestares que les han generado este tipo de conductas con ellas, y el trabajo debe ir encaminado a que puedan validar esos malestares y entender que son fruto de las violencias sufridas¹⁵.

Respecto de los instrumentos estandarizados o herramientas diseñadas para identificar las violencias, será necesario que quienes vayan a ocuparse de detectarlas dispongan de la formación y sensibilidad adecuada para hacerlo, porque las acciones desarrolladas en ausencia de dicha formación afectan de manera directa a las mujeres, revictimizándolas.

Obviamente, será importante que el instrumento estándar de detección precoz o el que se desarrolle desde el recurso en que ingresan las mujeres se alinee con los principios y valores del paradigma de género. Y esto se menciona porque, *de facto*, existen varias herramientas obsoletas o diseñadas sin enfoque de género que constituyen más bien un listado de preguntas que obvian los aspectos emocionales y afectivos que entraña responderlas, de la misma manera que tampoco suelen aplicarse en un contexto de empatía ni de creación previa del vínculo de confianza necesario para que las mujeres puedan abrirse y profundizar en esos episodios que tanto han condicionado sus vidas.

Tampoco se debe olvidar que esta recogida de datos sistematizada y unificada ha de realizarse en el momento adecuado para la cumplimentación de la información, de forma que no se someta a las mujeres a un cuestionario impersonal y demasiado directo que produzca fenómenos de revictimización o que resulten altamente intrusivos. Por otro lado, tampoco resulta extraño encontrar que las mujeres hablen de diferentes violencias sufridas desde un estado “disociativo”, lo que también nos ofrece información acerca del trauma. Por tanto, es recomendable ir recabando la información progresivamente en diferentes encuentros y que vaya surgiendo contextualizada en el relato que nos comparta la mujer, sin forzar su expresión. Cuando se proceda a ello, se priorizará en ese encuentro la empatía y la contención afectiva.

15. Mediante la exploración de malestares y el desarrollo de grupos donde podamos trabajarlos desde una perspectiva de género, es que las mujeres pueden adquirir los marcos de interpretación para identificar las violencias como tales.

A1.10. La necesidad de un enfoque y actuaciones desde perspectiva interseccional que aborde los diferentes ejes de vulneración

Como hemos visto en anteriores apartados, en aquellos recursos que están atendiendo las violencias y adicciones desde una perspectiva de género, se ha hecho evidente la necesidad de un enfoque interseccional¹⁶ que aborde los diferentes ejes de vulneración que atraviesan a las mujeres en esa situación. Cuando se atiende de forma integral la situación de las mujeres drogodependientes que sufren o han sufrido violencias de género y se da por su parte una adherencia al espacio de tratamiento/reducción del daño y, por tanto, la posibilidad de desarrollar un trabajo continuado con ellas, los problemas que surgen entonces tienen que ver, además de los que parecían prioritarios (abuso de drogas y violencia), con otras cuestiones vitales igualmente importantes, como el acceso a empleos precarizados, la dificultad de alternativa habitacional, procesos migratorios, patologías de salud mental, procesos de retirada de custodia de sus hijos/as o, inclusive, consecuencias de prácticas profesionales de otros recursos carentes de perspectiva de género.

El análisis interseccional es el que permite una individuación y el diseño de procesos acordes a cada mujer. Este análisis interseccional constituye un desafío en la atención a mujeres que abusan de drogas y sobreviven a violencias, bajo la premisa obligatoria de realizar, simultáneamente, investigaciones científicas y estudios empíricos de las diversas realidades y contextos en aras a implementar políticas de igualdad, salud y acceso a servicios públicos de calidad.

La concurrencia de adicciones y violencia de género en mujeres supone ampliar la mirada a la prevalencia de múltiples violencias, dentro y fuera de la pareja, y de otros ejes de discriminación que concurren con la adicción y la violencia: mujeres en situación de prostitución o que se dedican al trabajo sexual como forma de supervivencia, con problemas de salud mental, sinhogarismo, migrantes, sometidas a trata, etc. Esto no puede ser enfocado como un “sumatorio de problemas”, sino que necesita de una intervención integral real.

A veces, la concurrencia de diversas y complejas problemáticas puede instaurar una sensación de “derrota” en los equipos ante las dificultades de trabajo. Sin embargo, los programas de atención específica e integrada a mujeres que contemplan la perspectiva de género deben estar preparados para ir trabajando —desde un enfoque poliédrico, realista y adaptado a las mujeres— los objetivos relacionados con esas otras variables mencionadas, y que mantienen una estrecha relación con las situaciones de violencia y consumo. A la par, será imprescindible realizar una labor de sensibilización en otros recursos de

16. Para una definición de la ‘interseccionalidad’ acudir a Crenshaw (1989) y Hill Collins (1990), y para un resumen actualizado: Martínez-Redondo y Luján-Acevedo (2020). La interseccionalidad es un enfoque de análisis e intervención que contempla los distintos ejes de opresión y privilegio que atraviesan a las personas de forma interseccionada (no como una suma, ni como una multiplicidad o simultaneidad), enmarcados en unas circunstancias concretas tanto históricas como personales y sociales de la persona en cuestión. Así, un análisis interseccional nos llevará a resultados diferentes en función precisamente de las circunstancias de cada persona y de los ejes que la atraviesan y cómo interaccionan unos con otros en esas circunstancias concretas.

atención con los que necesariamente habrá que coordinarse para poder responder a todas esas problemáticas que aparecen en interrelación.

Es conveniente señalar que serían necesarias actuaciones preventivas, que aborden antes la situación (en Atención Primaria, en los inicios de los problemas de Salud Mental, en los Servicios Sociales de forma no punitivista, en los espacios de Igualdad y de Violencia), ya que cuando las mujeres llegan a los recursos de la red de drogodependencias, las situaciones suelen estar bastante “dinamitadas” (con un mayor deterioro a todos los niveles) y con muchas variables de exclusión en intersección, que además producen violencias institucionales que pueden llegar a cronificar la situación (por ejemplo, cuando no existen recursos que puedan atenderlas de manera global, y son derivadas y expulsadas de todos los dispositivos a los que acuden porque “no encajan”, “son problemáticas”, etc.)

Estas situaciones, como ya se ha reflejado, requieren de estructuras de atención integrales pero, en la medida en que no existen dispositivos de esas características, habrá que desarrollar un trabajo cuidadoso para el establecimiento de alianzas profesionales con otras entidades y profesionales que, necesariamente, van a formar parte del itinerario de estas mujeres.

A1.11. Contenidos a trabajar en el binomio violencia-adicción en interacción con otros ejes de vulneración desde una perspectiva interseccional

“Nos dijo que el amor que ella había sentido hacia la pareja que ha tenido al final ha sido una distorsión cognitiva que le ha hecho llegar aquí. Identificó que esa forma de ‘querer’ no era buena para ella y que es lo que la había llevado hasta aquí...”

Existen diversas referencias respecto de los contenidos imprescindibles que debieran ser objeto de atención en la intervención con mujeres con problemas de consumo de drogas y violencias, entre quienes, además de esas problemáticas, se observa una alta incidencia de otros ejes de exclusión (procesos migratorios, en situación de trata, pobreza extrema, etc.). El punto central del análisis interseccional de los distintos ejes de opresión es brindar una respuesta acorde y específica de no discriminación, lo cual va más allá del enfoque de vulnerabilidad dicotomizada y coadyuva en la atención de las múltiples formas de desigualdad. Lo que no ofrece duda alguna es que esos otros ejes de vulnerabilidad también están atravesados por el género y pueden circunscribirse al concepto de violencia experimentada.

De esta forma, el primer contenido o lo que siempre ha de aparecer en el trabajo con las mujeres es la “desnaturalización” y “visibilización” de la violencia que han sufrido y sufren, develando su génesis para que puedan comprender los mecanismos sociales y culturales que han actuado en el origen y puedan así desculpabilizarse, depurar responsabilidades y adquirir la conciencia y las estrategias que les permita evitar la reproducción de tales situaciones.

Como objetivos finales del trabajo con las mujeres con consumos abusivos de drogas que han experimentado violencia/s, cualesquiera que sean sus problemáticas en interacción

con esas circunstancias, siempre se perseguirá su empoderamiento, la mejora de su autoestima, del autoconcepto y el logro de su independencia. Entre medio, los contenidos del trabajo grupal pueden variar en función de la red donde están ubicadas las mujeres, las características del recurso y su finalidad o el lugar hacia el que se dirige el foco de acción en mayor medida.

En el manual *Mujeres y drogas* (Arostegui y Martínez-Redondo, 2018) para el trabajo sobre la prevención de recaídas con perspectiva de género, por ejemplo, se propone un itinerario de aproximadamente 20 sesiones de 2 horas de duración en el que se trabajan temas como: la identificación del género como elemento estructural de la sociedad; la falta de apoyo; el estigma; la pareja, relaciones de pareja y estado civil; las relaciones familiares; la maternidad; las violencias, los abusos y los traumas; la sexualidad y la salud mental, incluyendo en este último apartado diversos otros temas como la autoestima, la autoeficacia, los estados anímicos y afectivos, la depresión, la ansiedad y el estrés, así como las cuestiones relativas a la imagen corporal y los trastornos alimenticios.

Debemos perseguir el empoderamiento de las mujeres, la mejora de su autoestima, del autoconcepto y el logro de su independencia

En ese mismo manual se referencia a otras autoras, las mismas que se han mencionado en páginas previas, que disponen de sus propias propuestas de trabajo e incluyen los siguientes contenidos.

La recomendación de Najavits *et al.* (2007) se recoge en la publicación *A New Gender Based Model for Women's Recovery*, y en ella se propone intervenir especialmente sobre las experiencias de trauma y violencia de las mujeres con problemas de abuso de drogas. Y aunque esos sean los temas centrales, el manual incluye otros 25: cuestiones como la de la honestidad, la integración (frente a la autoescisión), la compasión, la fijación de los límites en las relaciones, el cuidado adecuado, la creación de sentido propio de la vida, la solicitud de ayuda o la separación del dolor emocional, entre otros. A lo largo del tratamiento se enseña a las pacientes a confiar en que pueden aprender a afrontar la vida con seguridad, sin sustancias u otros comportamientos destructivos.

La segunda propuesta es de Stephanie Covington (2008), quien desarrolló el “Modelo de Tratamiento de las Mujeres” (WIT, son las siglas en inglés de su publicación) e integra en su marco de referencia tres teorías fundamentales puestas en relación: la teoría cultural, la teoría de la adicción y la teoría del trauma. Como puede observarse, el trabajo sobre el trauma vuelve a identificarse como eje central, toda vez que a través de la teoría cultural otorga a lo social una responsabilidad fundamental en la situación de las mujeres y las violencias de las que son objeto. Otra de las publicaciones de esta autora para la intervención con mujeres drogodependientes es *Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction* (2008), que recomienda un plan de trabajo de 17 sesiones divididas en 4 módulos que abordan las áreas que las mujeres en el tratamiento identifican como factores desencadenantes de la recaída: el yo, las relaciones, la sexualidad y la espiritualidad. Incluye el abordaje de los problemas de autoestima, sexismo, familia de origen, vínculos, violencia doméstica (expresión literal de la autora) y trauma.

También en el contexto anglosajón, Greenfield, cuyo último manual se editó en 2016, *Treating Women with Substance Use Disorders: The Women's Recovery Group Manual*, propone diversos temas de trabajo, repartidos en 14 sesiones, tales como la explicación de los efectos de las drogas sobre las mujeres; manejo de las situaciones de riesgo; obstáculos para la recuperación; estados de ánimo negativos, ansiedad y problemas alimentarios a trabajar, una vez lograda la abstinencia; pareja; manejo del estrés; el cuidado personal y de otras personas; apoyo grupal; el uso de drogas a lo largo del ciclo vital, violencia y abusos; salud reproductiva; la vida sin drogas y el balance vital.

En el artículo de Bosch, Ferrer y Alzamora (2005) se referencia el trabajo de Lundy y Grossman (2001), quienes recopilaron y analizaron hasta 16 modelos de intervención clínica con mujeres que sobrevivieron a violencia valorando tanto los modelos como los resultados obtenidos con cada uno de ellos.

En nuestro contexto geográfico, Bosch, Ferrer y Alzamora (2005) aportan experiencias de trabajo con mujeres que han vivido violencia. Mencionan las propuestas de Echeburúa y cols. (1998) o el programa de tratamiento de Labrador *et al.* (2004), aunque, para ellas, estas propuestas no contienen la necesaria perspectiva de género que se reclama actualmente para trabajar sobre esta problemática.

Frente a esos dos programas, Matud *et al.* (2004) desarrollan una propuesta más integrada en la que se toma en cuenta el contexto sociocultural y los factores que influyen en la respuesta de la mujer ante el abuso. Como ellas mismas describen (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2005: 134) “La propuesta de intervención de estas autoras se centra en desarrollar las potencialidades de las mujeres y tiene como meta final ayudarlas a que recuperen el control sobre sus vidas y darles estrategias que las sitúen en una posición de mayor poder y confianza en sí mismas”, un objetivo que, como se ha señalado al principio del apartado, constituye condición sine qua non de cualquier programa con perspectiva de género.

Los contenidos que Matud *et al.* (2004, en Bosch, Ferrer y Alzamora, 2005) proponen trabajar son los siguientes: aumentar la seguridad de las mujeres; reducir y/o eliminar los síntomas que presentan; aumentar la autoestima y seguridad en sí mismas; aprender y/o mejorar sus estilos de afrontamiento, solución de problemas y toma de decisiones; fomentar la comunicación y unas habilidades sociales adecuadas, y modificar sus creencias tradicionales sobre los roles de género y las actitudes sexistas, empleando para ello técnicas como las de control de la ansiedad (relajación, respiración, etc.), técnicas cognitivas para identificar y modificar pensamientos distorsionados (reestructuración cognitiva, parada de pensamiento...), inoculación de estrés, etc.

Bosch, Ferrer y Alzamora priorizan las propuestas más alineadas con las de Lenore Walker (1994), quien considera que las psicoterapias tradicionales para las víctimas de traumas han sido insuficientes para tratar a las mujeres maltratadas, por lo que propone modificaciones críticas a la práctica tradicional en aras a un trabajo más efectivo con estas mujeres.

La autora analiza las principales formas de abuso experimentadas por las mujeres: violación y agresión sexual, palizas, abuso sexual por parte de personas que facilitan grupos

(en recursos de autoayuda en los que personas exconsumidoras lideran el tratamiento) y discriminación/acoso sexual en el lugar de trabajo. Walker también examina los efectos del género, la raza, la etnicidad, la cultura y la orientación sexual en cada forma de abuso.

Walker sostiene que los modelos de tratamiento exitosos deben tener en cuenta el impacto específico de las diversas formas de abuso, es decir, el trauma; la respuesta psicológica única de cada mujer; el impacto de la socialización tradicional de mujeres y hombres y la transferencia y contratransferencia del/la terapeuta. Todas estas consideraciones deben formar parte del programa de terapia, en la que el objetivo principal es empoderar a las mujeres abusadas ayudándolas a recuperar su autoestima, restablecer relaciones saludables, y recuperar un sentido de control y elección en sus vidas. Como objetivos específicos se trabaja la consecución por parte de las mujeres que sobreviven a la violencia de estrategias que les permitan alcanzar su seguridad; la validación de sus experiencias; enfatizar sus puntos fuertes; diversificar sus alternativas; comprender la opresión que han padecido; tomar sus propias decisiones y juzgar con libertad los acontecimientos que viven. La propuesta de Walker (1994) integra así diversas estrategias de intervención provenientes de la teoría feminista y la terapia del trauma.

Otra propuesta más actual es la de Neus Roca y colaboradoras (2016:9), que ofrece un modelo integral de fases de liberación y recuperación de las mujeres que viven en situación de violencia machista de pareja que nos permite profundizar en nuestra comprensión de este proceso, orientando la exploración a hacer la valoración diagnóstica resultante y la intervención a realizar, contribuyendo de manera decisiva a una mayor eficacia y calidad de la atención proporcionada desde los servicios.

Según nuestro espacio sea de tratamiento o de reducción del daño, y según el momento del proceso en que esté la mujer y los objetivos que persiga, podremos trabajar más unos aspectos que otros, pero lo central es, como ya hemos repetido en numerosas ocasiones, integrar el trabajo desde el paradigma del género y un enfoque interseccional.

A1.12. Coordinación/articulación “real” entre servicios de diferentes redes

La experiencia de los escasos recursos que brindan una atención más integral a las mujeres recomienda establecer una estrecha articulación entre ellos y con otros recursos y equipos de intervención. Esto requiere una coordinación real, y un seguimiento y acompañamiento del caso de cada mujer, adaptado totalmente a sus circunstancias y necesidades, y entendiendo que trabajar con ella implica trabajar sin segmentar sus problemáticas y los posibles itinerarios de trabajo terapéutico, social y educativo.

La existencia de protocolos de identificación y coordinación de casos también pasa por crear comisiones de género dentro del territorio, es decir, las Administraciones Públicas deben promover estas comisiones con el fin de crear conexiones y vínculos profesionales que tengan que ver con violencias de género, salud y drogodependencias. Por tanto, establecer tejido profesional para facilitar las comunicaciones y las actuaciones conjuntas,

evitando así mala praxis o violencias institucionales que sumar a la carga de violencias que tienen estas mujeres.

Esto se hace muy evidente en situaciones donde aparecen las retiradas de custodia y/o los procesos de recuperación de hijos/as, pero no es menos importante en otro tipo de procesos/recursos (salud mental, inserción laboral, justicia, etc.).

De hecho, la realidad es que al principio de ponerse en marcha los recursos, o siempre que nos encontremos con profesionales que no conocen el centro desde el que intervenimos, es importante desarrollar una labor de sensibilización. Es una buena práctica invitarles a conocer “nuestro” recurso, mantener reuniones de coordinación donde se hable de los casos y se fundamente la necesidad de una intervención no punitivista, de forma que no se añadan factores estresantes al proceso de las mujeres en ningún caso.

En la articulación con servicios de infancia en los que hay seguimiento para validar/invaluar habilidades parentales lo recomendable es justamente no coordinarse en ausencia de la mujer, y que sea ella directamente la que traslade las informaciones relevantes (previo trabajo de preparación con el equipo) como dar información sobre el proceso, incluidas las recaídas, etc. Así, se mantiene el vínculo terapéutico con ella y no convierte al equipo en “los ojos de los servicios de protección de infancia”. Evidentemente si se detectan negligencias graves que impliquen un riesgo para la criatura se tiene que notificar, pero es importante no perder de vista que si queremos trabajar desde el vínculo y la confianza, a la par que desde la responsabilización y autonomía de las mujeres en su proceso, no podemos seguir actuando desde la vigilancia.

Otra buena práctica consiste en defender y poner en valor la buena marcha del proceso de las mujeres que se atienden en el recurso, destacando de forma intencionada, siempre, todos los aspectos positivos del mismo y el trabajo tan positivo que estén realizado, por ejemplo, en cuanto a sus habilidades parentales, en la adquisición de mayores compromisos relacionados con su bienestar, en la mejora de las relaciones, etc. Se trata de devolver una respuesta reparadora frente a la crítica, culpabilización y sojuzgamiento que reciben y esperan. Criticarlas, juzgarlas y culpabilizarlas es ejercer de nuevo violencia sobre ellas.

En demasiadas ocasiones, la violencia experimentada por estas mujeres no se tiene en cuenta a la hora de analizar su caso, ni tampoco los efectos que ésta ejerce en sus vidas. Sólo se les percibe como mujeres en su faceta de consumidoras y como madres que “ponen a sus hijos/as en riesgo”. Es necesario cambiar el enfoque y adoptar uno integral capaz de ampliar la mirada, identificar sus capacidades, reconocer sus dificultades y que atienda tanto a la mujer como a la unidad familiar madre-hijos/as que han creado, dotándonos en los dispositivos de espacios físicos y de intervención donde puedan convivir con ellos/as y donde se entienda que las hijas e hijos son, al mismo nivel que ellas, protagonistas de la intervención, toda vez que también se interviene sobre el vínculo madre-hija/o, las prácticas de crianza y el desarrollo de las criaturas.

Se sugiere la creación de espacios seguros donde no exista una amenaza directa de retirada de custodia, incluso al momento de nacer la criatura. En una mujer con adicción, el

nacimiento de una criatura resulta un factor altamente estresante que puede convertirse en precipitador de aquello que se quiere evitar: que consuma o que incurra en conductas de autocastigo, ya que incluso antes de nacer se produce una judicialización del embarazo, y un seguimiento muy punitivo y amenazante.

Una adecuada formación permite entender esa dinámica y trabajarla sin poner en marcha el miedo a la pérdida de custodia para que ella pueda continuar desarrollando procesos de recuperación de las violencias sufridas y las adicciones. La coordinación y las alianzas con otras redes de intervención, sobre todo con Servicios Sociales e Infancia, produce buenas experiencias en tanto que las mujeres realizan procesos terapéuticos exitosos por la desactivación de la desconfianza del sistema hacia ellas y de ellas hacia el sistema (cuando existe una alianza con Servicios Sociales, por ejemplo, suele ocurrir que desde esa instancia se activan antes las pernoctas de menores cuyas madres están en proceso de recuperación de la custodia; se les permiten más días de visitas y de vida en el centro de tratamiento junto con sus madres, etc.)¹⁷.

Cuando las experiencias de coordinación son positivas y reales, resultan sumamente efectivas en la recuperación exitosa de las mujeres, por lo que se recomienda practicarlas con cualquiera de los servicios que atienden a las mujeres, cuando ellas así lo solicitan (Servicios de Salud Mental, Servicios Sociales, etc.). Así, constituye una buena práctica, por ejemplo, que ellas puedan acudir a grupos terapéuticos de trabajo de la violencia de género en los servicios de atención de la red de violencia, etc. Lo importante y lo que constituye sin duda una buena práctica es tejer una red que permita que las mujeres puedan acceder en igualdad de condiciones a otros recursos sin que su problema de adicción en proceso de tratamiento sea un factor de exclusión en ellos.

Estas aseveraciones son aplicables igualmente a cualquiera de los modelos de atención (tratamiento, reducción del daño, etc.) donde el acompañamiento a estas mujeres en sus procesos pasa también por una buena coordinación con otros posibles recursos de atención que no las estigmatiza y en los que es posible trabajar muchos otros aspectos de sus vidas para que puedan reducir el daño asociado a las violencias vividas y el consumo problemático en intersección.

En este sentido, sería sumamente positivo que los recursos de la red de violencia incluyeran la óptica de reducción de daño, ya que, a veces, pueden llegar mujeres consumidoras a servicios de emergencia de la red de atención a las violencias de género, que pernoctan una noche tras sufrir un episodio álgido de violencia y que, al levantarse, se duchan, desayunan y se van ese mismo día o poco después. Esto se vive con cierta frustración por los equipos de trabajo de esos espacios, pero en realidad, ofrecer lo que ella necesita en ese momento es una muy buena práctica desde la óptica de la reducción del daño.

17. Sin embargo, también se deben reflejar otras experiencias, las negativas, las que constituyen prácticas punitivas y de violencia sobre la mujer que realizan otras instancias encargadas de la protección de menores cuando se carece de formación en adicciones y perspectiva de género, y se desconfía de las mujeres e, incluso, de los recursos que las atienden. Es decir: que una mujer se ponga en tratamiento e ingrese en un recurso que la acompaña en su proceso no se interpreta en términos positivos desde esas instancias, sino que se lee como la confirmación (y por tanto "condena") de que tiene un problema y no puede ejercer bien sus labores como madre.

En el contexto de las drogodependencias hemos aprendido a percibir la bondad de las prácticas que procuran los recursos que trabajan desde la reducción del daño cuando comprendemos que el simple hecho de que una mujer pueda pernoctar, lavar su ropa y tomar una comida caliente sin sentirse exigida u obligada a más es un elemento que, a corto, medio o largo plazo le hace confiar, volver, sentirse cómoda y, acaso, plantearse en otro momento, cuando percibe otras necesidades y persigue otros objetivos, solicitar ayuda e ingresar. Otra cosa es que hayamos logrado además tener un espacio no mixto como el que se describe en esta guía.

Adecuarse al ritmo de las mujeres y ofrecer lo que ellas necesitan en ese momento, aunque parezca un acto inútil, resulta, como ya se ha señalado, una muy buena práctica desde la óptica de la reducción del daño. Se trata de acompasar la práctica profesional a las necesidades de las usuarias contando con herramientas dirigidas a minimizar el daño y la formación oportuna para identificar el estadio de cambio en el que ellas se encuentran. De hecho, la apertura a que el recurso pudiese ser empleado de esa forma (con los espacios y protocolos habilitados para ello) redundaría en una buena práctica de intervención, puesto que si las mujeres saben que pueden acudir a espacios de cobijo y descanso cuando lo necesitan, libres de juicio, lo hacen. Y del vínculo con el espacio y el equipo es desde donde se pueden atisbar otras posibilidades de intervención.

La oferta de una adecuada atención integral no puede depender exclusivamente de la existencia de un recurso residencial integrado y específico. La coordinación real y efectiva entre las distintas redes y la puesta en práctica de una óptica donde se asuma la transversalidad de género en las políticas de intervención, así como una perspectiva interseccional, también constituyen buenas prácticas que han de promocionarse mientras no existan los recursos “ideales”.

De la misma manera que el objetivo con las mujeres no se limitaba al cambio en ellas y pretendía el cambio en los equipos, la coordinación que se recomienda no termina en el establecimiento de alianzas entre recursos, sino que pretende ser extensiva a la sociedad civil, por cuanto que las problemáticas que afectan a estas mujeres no sólo se relacionan con sus características, sino con aspectos socioculturales que imponen las instituciones de género.

A1.13. Coordinación con espacios comunitarios y feministas

Este apartado versa sobre la idoneidad del establecimiento de otras redes más allá de las que se dedican al trabajo sobre el consumo, la violencia, etc. Se trata de procurar también el trabajo en red específicamente con asociaciones de barrio y feministas, lo cual permite la incorporación de las mujeres en espacios relacionales que favorecen sus procesos de recuperación y reparación social. Sentir que forman parte del tejido asociativo, de la comunidad y/o de los movimientos de mujeres, abre posibilidades de proyección y de autopercepción más allá de su imagen como mujeres drogodependientes o mujeres maltratadas, lo que redundará en la mejora de su autoconcepto.

En la fase cualitativa que ha incorporado la elaboración de esta guía, es decir, en el contacto con las profesionales entrevistadas, se nos ha trasladado que los recursos que trabajan desde la perspectiva más integral e integradora que les es posible, consideran parte de su trabajo la participación de las mujeres en actividades comunitarias, por ejemplo las que se desarrollan en torno a fechas como el 8 de marzo o el 25 de noviembre¹⁸, así como otras intervenciones que se ofertan en el espacio público, idealmente las que adoptan la herramienta grupal de trabajo entre mujeres (espacios de igualdad, casas de atención a la mujer, “puntos violeta”, etc.), resultando esas experiencias claramente satisfactorias al permitir que las usuarias se relacionen con otras mujeres en otro código (no el de consumo, por ejemplo) y mejoren también su ocio, tiempo libre e intereses. Además, la participación en este tipo de eventos y espacios contribuye a la identificación del género como el eje de subordinación que es, y de su expresión directa en forma de violencia (lo cual resulta un avance en los procesos de recuperación de las mujeres, al cobrar conciencia de esta estructura social que las sitúa en asimetría respecto de los varones).

Formar parte de iniciativas sociales organizadas frente a la violencia de género contribuye a potenciar en las mujeres su capacidad de agencia, de respuesta y, por tanto, favorece la conciencia de la necesidad de autocuidado y autoprotección, así como el desarrollo de estrategias para tales fines. También permite ampliar sus redes y el tejido social conformado únicamente por mujeres.

A1.14. Coordinación con las UFAM y otros cuerpos de seguridad

“Que no nos dejáis pasar, pues ahí os quedáis, bonitas...”

Dedicamos un breve espacio a exponer la necesidad de coordinarse también, de forma específica, con las Unidades de Atención a la Familia y Mujer (UFAM) de la Policía Nacional, y otros cuerpos de seguridad análogos en los casos que competa (en algunas Comunidades Autónomas las competencias en esta materia no son de la Policía Nacional sino de la autonómica y también existen múltiples áreas urbanas/rurales donde es la policía local la que actúa en primera instancia o incluso la Guardia Civil).

Las UFAM son las unidades de la Policía Nacional destinadas específicamente a la prevención y la investigación de las infracciones penales en materia de violencia de género, doméstica y sexual. Cuentan con agentes de protección que están en contacto directo con mujeres que viven violencia de género en la pareja/expareja y que tienen asignadas judicialmente medidas de protección frente al agresor, como órdenes de alejamiento, dispositivos de geolocalización, etc.

También es necesario conocer el VIOGEN, el Sistema de Seguimiento Integral en los casos de Violencia de Género, que cuenta con una herramienta policial de valoración del riesgo.

18. Aunque pueda parecer evidente, conviene dejar especificado que ambas fechas conmemoran hechos relacionados con la defensa de los derechos de las mujeres prácticamente a nivel internacional. El 8 de marzo se reivindica como un día de lucha por esos derechos (“Día de la Mujer”) y el 25 de noviembre se reivindica como un día de visibilización en contra de la violencia de género/violencia contra las mujeres.

Es importante señalar que también existen las Unidades de Valoración Integral de la Violencia, compuestas por profesionales de la medicina forense, psicología, etc., pero pasados casi 20 años desde la aprobación de la Ley Integral de 2004, no son muchas las unidades puestas en marcha en el territorio, y podríamos abrir un necesario debate acerca de la insuficiente dotación de recursos humanos y materiales que tienen para desarrollar su labor.

La práctica en el terreno desvela que es crucial que los y las agentes encargadas de la atención y protección a las mujeres en situación de violencia de género en la pareja actúen de forma coordinada con los servicios de atención especializada a las adicciones, y conozcan bien la labor y el sentido del servicio y viceversa, es decir, que los equipos de los recursos específicos conozcan los protocolos de actuación policial, en este caso. El conocimiento y acercamiento mutuo evitará episodios de revictimización, culpabilización o intervenciones desafortunadas en los espacios terapéuticos por parte del personal de la policía o que los equipos de drogodependencias/adicciones actúen desde la desconfianza con los y las agentes.

Localizar y conocer a quienes prestan servicio en la UFAM asignada a la zona donde se ubica nuestro recurso, o en su defecto, a miembros de la Guardia Civil, etc. que atienden a las mujeres en momentos de crisis y/o realizan el seguimiento a las mujeres que disponen de medidas de protección, y que estas/os profesionales conozcan a su vez el recurso al que acuden las mujeres, puede considerarse una buena práctica que, *a priori*, facilitará la labor de todas las figuras implicadas en la mejora de la calidad de vida y seguridad de estas mujeres¹⁹.

Más difícil es coordinarse con otras figuras dedicadas a la intervención policial que no son las UFAM y que, muchas veces, son quienes llegan primero a las situaciones de emergencia o crisis pero, incluso en esos casos, los equipos deben ser conocedores de los procedimientos de actuación policial y garantizar siempre la minimización del impacto que ejercen dichas tareas policiales sobre las mujeres, a la par que se media/facilita la labor de protección que se les encomienda a dichos cuerpos de seguridad.

El trabajo comunitario previo puede facilitar todo esto. Así, se recomienda ir acercándonos a la comisaría de referencia (igual que se sugiere proceder con el centro de salud, los Servicios Sociales, etc.), y localizar a las figuras responsables de la intervención policial (investigación, protección, seguimiento) en violencia de género²⁰. Esta iniciativa posibilita

19. En el momento de publicación de esta guía sabemos del desconocimiento en general de ambas partes, y se constata la dificultad en la labor policial de protección de las mujeres que estando en situación de violencias de género tienen consumos abusivos y adicciones en activo. Ellas suelen evitar a la policía, aunque sean “agentes protectores”, y la mayoría de medidas judiciales de protección suelen ser vividas como una imposición que, de hecho, a veces dificultan también las labores de acercamiento e intervención educativa y terapéutica.

20. Un apunte a tener en cuenta: aunque el personal policial con formación especializada de la UFAM (es un curso de capacitación específica que realizan los y las agentes) conocen que la definición de la ‘violencia de género’ contempla toda violencia contra las mujeres por el hecho de serlo, esto es: sustentada en el sistema sexo/género y por tanto derivada de la subordinación históricamente construida de las mujeres frente a los hombres, no debemos olvidar que los recursos puestos en marcha desde las instituciones públicas (hasta que la aplicación del Convenio de Estambul 2011 pueda producir las modificaciones legales necesarias) lo hacen al amparo del ámbito de actuación de la Ley Orgánica 2004 de ‘Protección Integral a las víctimas de violencia de género’, que sitúa el mismo en el ámbito de la pareja/pareja. Las UFAM también intervienen en violencia sexual y familiar-doméstica, pero por precisamente imperativo legal, distinguen entre ellas.

que nuestro primer contacto no se produzca en mitad de una situación de riesgo o crisis en la que es más probable que se puedan producir intervenciones “desacompañadas” entre lo policial y lo terapéutico/educativo. Sería recomendable (necesario), por lo dicho, disponer no sólo de protocolos internos de articulación de casos, sino también de directrices de coordinación con servicios externos.

También es importante contar con los protocolos policiales de seguridad, una herramienta de coordinación sencilla que únicamente implica voluntad y tiempo por parte de los equipos. De acuerdo al informe policial preceptivo, las mujeres dispondrían de la información pertinente respecto de los puntos donde pueden esperarlas, vigilarlas o incluso agredirlas, máxime en el caso de que las estén buscando o sean víctimas de tráfico y trata. Trabajar con ellas este tipo de posibles situaciones debe formar parte del asesoramiento y la información, pero siempre cuidando que no sea un elemento estresor para la mujer, y prestando atención a que no resulte contraproducente en su proceso (por ejemplo, en situaciones de Trastorno por Estrés Post-Traumático elevado).

Tras una apuesta decidida por echar a andar cualquier recurso integrado que, como se ha podido comprobar, requiere cambios importantes relacionados con la formación de los equipos, la modificación o establecimiento de aspectos arquitectónicos adaptados, e incluso espacios más extensos para acoger a las hijas e hijos de las usuarias, para hacer grupos, espacios multifuncionales, y asumir como propia la labor de cobijo a través de la oferta habitacional cualquiera que sea la modalidad de atención, etc. Además, la inversión humana y económica que ello requiere, deberá valerse de respuestas que justifiquen la dotación asignada a este tipo de dispositivos. La evaluación es la herramienta a incluir desde el inicio y en todas las fases del proceso y a tomarse en cuenta como el instrumento que permitirá demostrar la eficacia y eficiencia de nuestra propuesta.

A1.15. Indicadores de evaluación adaptados

A pesar de que parezca lógico contrastar con la realidad las expectativas que se mantienen respecto de cada una de las intervenciones que se desarrollan y que a partir de esa información se decida mantener el programa en los mismos términos, efectuar cambios que lo mejoren o adecuar los objetivos a unas metas más realistas, pocas veces se percibe que la evaluación forme parte intrínseca de los proyectos, programas y acciones que se realizan en los recursos.

Por ejemplo, Lundy y Grossman (2001) encuentran que la investigación y evaluación de los resultados de los programas para abordar la violencia de género es limitada. Lógicamente, cada vez son más las voces que reclaman abordar esta brecha de conocimientos, tanto más cuando, en ocasiones, sólo la evaluación de resultados permite la financiación continua por parte de las Administraciones de tales intervenciones (Sullivan y Allen, 2001). Sin embargo, también han de tenerse en cuenta las dificultades inherentes a las circunstancias y características propias de los dispositivos de atención a esta problemática a la hora de evaluar la eficacia de los mismos; cuestiones que, a su vez, explican esa ausencia de literatura al respecto.

Las dificultades provienen, por un lado, de las características únicas de la prestación de servicios en el ámbito de la violencia, cuando, por ejemplo, la oferta se brinda en un contexto de refugio donde las mujeres llegan en crisis y su tiempo de permanencia es muy variable. Como se recoge en otros apartados, consideramos una buena práctica la posibilidad de que los recursos permitan usar el dispositivo el tiempo que las mujeres deseen o necesiten, incluso cuando éste se limite a una sola pernocta (porque, volvemos a insistir en ello, sólo así, sin mayores exigencias, será posible que las mujeres vinculen con el recurso y lo contemplen como lugar al que acudir de nuevo en otros momentos en los que sus necesidades sean otras). Por eso apoyamos que los servicios sean muy flexibles y receptivos a la situación de la mujer, pero entendemos que, por lo mismo, el diseño de la investigación de resultados resulta extremadamente difícil.

La misma autora señala que, por otra parte, los problemas de seguridad urgentes para las mujeres que escapan de la violencia y el abuso impiden diseñar una investigación experimental que cuente con un grupo control sobre el que exista una garantía de permanencia en aras de la comparabilidad.

De manera similar, Lundy y Grossman (2001), de nuevo, reconocen el desafío que enfrentan todas las investigaciones de resultados cuando las personas sobre las que se desea aplicar la evaluación temen por sus vidas o viven de forma inestable en función de las acciones y movimientos de su agresor.

En definitiva, cualquier recurso en el que se pretenda actuar con mujeres en situación de violencia va a contar, *de facto*, con problemas éticos y metodológicos complejos para desarrollar cualquier evaluación de eficacia y, sin embargo, la necesita, como cualquier otro dispositivo, de cara a responder a tres cuestiones que justifican la propia existencia del recurso:

- a) Contrastar y verificar el impacto del trabajo que se desarrolla en ellos sobre la vida de las mujeres.
- b) Evitar la implementación de intervenciones ineficaces o que tienen consecuencias negativas para las mujeres.
- c) Justificar ante la Administración la pertinencia de la intervención y el mantenimiento de los recursos económicos que les destinan.

Para solventar la discusión, Sullivan y Allen (2001) desarrollaron una guía clara y práctica para la evaluación de este tipo de servicios de trabajo sobre la violencia y que, una vez analizada, consideramos susceptible de aplicarse, en general, al trabajo con las mujeres objeto de esta guía.

Así, el primer paso de la propuesta consiste en definir las metas generales del servicio, también denominadas objetivos, que son lo que finalmente se espera lograr a través del trabajo desarrollado.

Cada dispositivo deberá articular sus objetivos generales de manera diferente, eligiendo aquellas metas que tengan sentido en cada programa/recurso. En todos los casos, las supervivientes de la violencia, es decir, las usuarias, deben participar en este proceso, así como en todas las demás etapas de la evaluación.

Una vez establecido el objetivo general del programa²¹, es importante determinar, en segundo lugar, lo que se espera que suceda como resultado del programa que se va a desarrollar y esas expectativas han de poder establecerse en términos medibles para poder comprobar si la intervención está desarrollándose correctamente o no (evaluación de proceso). En todos los casos, los objetivos finalistas deben ser realistas y ligados al programa. Ejemplos relacionados con el tema sobre el que versa este informe son los que proponen Sullivan y Allen (2001). Como puede observarse, sus objetivos son muy reales, ajustados a las necesidades de las mujeres y posibilistas, alcanzables:

- Ofrecer seguridad inmediata para las supervivientes (para servicios residenciales).
- Ofrecer seguridad inmediata para las supervivientes y sus hijas/os (para servicios residenciales).
- Que las mujeres aumenten sus conocimientos sobre la violencia, su origen, desarrollo, papel sociocultural, componente estructural, etc.
- Que las mujeres dispongan de mayores conocimientos de los recursos y las opciones disponibles para abordar su problema (de violencia, abuso de drogas, otros ejes de vulnerabilidad, etc.).
- Que las mujeres supervivientes disminuyan su percepción de aislamiento y soledad.
- Mejorar la respuesta de la comunidad a estas mujeres y sus hijas/os.
- Sensibilizar a la comunidad en torno a las problemáticas que se consideren oportunas (violencias, otras cuestiones de género, desestigmatización del consumo en mujeres, etc.).

Incluso, los resultados que cabría proponerse podrían clasificarse desde el punto de vista temporal en dos categorías:

- a) Resultados a corto-medio plazo (como los descritos arriba).
- b) Resultados a largo plazo. Implica medir lo que se espera en última instancia que ocurra: por ejemplo, dotar a las supervivientes de una percepción de mayor seguridad con el tiempo; reducir la incidencia de abusos en la comunidad y/o mejorar la calidad de vida de las supervivientes; reducir el número de ingresos hospitalarios; reducir el consumo de psicofármacos, etc. entre otros posibles. Los resultados a largo plazo implican un mayor esfuerzo de medida, y mayores recursos humanos y económicos, por lo que lo resulta más realista plantearse inicialmente unos objetivos cuyos resultados puedan verificarse en un plazo de tiempo corto.

En lo referente a los dispositivos de drogodependencias, donde tampoco siempre se asume la centralidad de la evaluación, cabe hacer algo similar y plantear objetivos de trabajo como:

21. Para lo cual puede utilizarse la filosofía SMART (Specific, Measurable, Achievable, Realist, Time Bound) (ONU Mujeres, 2015) o, lo que es lo mismo, adoptar como fórmula para establecer los objetivos que éstos sean específicos, medibles, alcanzables, realistas y con límite de tiempo.

- 1) Que identifiquen a las usuarias que han vivido antes o en la actualidad violencia.
- 2) Que éstas reciban apoyo e información sobre sus opciones de trabajo al respecto (idealmente incluyendo en el propio recurso de drogodependencias un trabajo sobre esta problemática).
- 3) Que el personal de esos dispositivos muestre una mayor sensibilidad en el contacto con las mujeres que sobreviven a las violencias.

En consecuencia, cabría esperar que esos cambios den como resultado que:

- 1) Aumente el número de mujeres correctamente identificadas como supervivientes de violencias.
- 2) Aumente la percepción de las mujeres respecto de la efectividad de la intervención del recurso para satisfacer sus necesidades (incluida la recepción de información y apoyo útil).
- 3) Aumente la percepción de empatía de parte del personal hacia ellas.
- 4) Se evidencie un cambio de actitud del personal del recurso hacia las mujeres que han experimentado violencia.

Las herramientas de evaluación pueden ser incluso simples preguntas como, por ejemplo, identificar en una escala del 1 al 10 en qué grado consideran ellas que la información proporcionada en el recurso, en torno a los servicios de intervención sobre las violencias, ha satisfecho sus necesidades, o que valoren de idéntica manera en qué medida consideran que el trato del personal ha resultado cuidadoso a la hora de identificar sus experiencias de violencia, etc.

En cualquier caso, la evaluación de resultados debe estar diseñada para responder a la pregunta de si cada una de las mujeres ha obtenido del dispositivo aquello que pretendía tras desarrollar con ella la intervención respecto de ese problema. Así, por ejemplo, será pertinente preguntarle si se siente menos sola. Lógicamente, se formulará esta cuestión si previamente ella ha manifestado vivir esa situación y ha manifestado su deseo de revertir la misma. Es decir, no todas las mujeres acuden a un recurso por las mismas razones, por lo que los servicios que se ofertan en ellos deberán ser flexibles para satisfacer esas diversas necesidades.

La evaluación de resultados, de hecho, puede ser una fuente de información en torno a las diferentes necesidades y experiencias de las mujeres que acuden a los recursos, toda vez que esa información puede usarse para rediseñar o adaptar los programas. En aras de simplificar la lectura de este informe, sugerimos que las personas que estén interesadas en profundizar sobre la evaluación y los indicadores de evaluación, teniendo en cuenta que no es factible insertar en este espacio un protocolo estándar que llegue a ser útil en todos los recursos, acuda al artículo de Sullivan y Allen (2001) o al de Lundy y Grossmann (2001), y a los artículos que aparecen en sus respectivas bibliografías para obtener más información. De hecho, la modalidad asistencial de cada recurso (residencial, ambulatorio, centro de día, etc.), los objetivos de cada tipo de dispositivo (tratamiento, reducción de daños, etc.) o la red a la que pertenecen (drogodependencias, violencias, etc.) van a ser determinantes para diseñar la evaluación de cualquier servicio que se dispense.

Como ya se ha señalado, la adaptación de los indicadores pasa posiblemente por cambiar el prisma de cantidad por calidad, así como de adecuación del propio indicador de evaluación ya que, cuando se trabaja con violencia y adicción en interacción, es posible encontrar procesos en los que el replanteamiento de objetivos es más o menos constante a lo largo del mismo, variando en función de las circunstancias que vaya viviendo cada mujer. De hecho, el mejor indicador de calidad será que el equipo realice una buena labor de acompañamiento en esa redefinición de los objetivos que se plantea la propia mujer en función de su ritmo y circunstancias; el consumo activo, o no haber alcanzado la abstinencia, no tiene por qué indicar un fracaso del proceso ni el abandono del mismo y mucho menos la expulsión.

Por último, debemos mencionar que, después de los procesos formativos de los equipos, sería necesario evaluar el grado de interiorización de la perspectiva de género en ellos, así como una revisión de las prácticas concretas que emplean en la intervención, identificando el objetivo que subyace a cada práctica concreta, la metodología empleada, los contenidos de la intervención, etc. Esto pasa por integrar una práctica poco extendida en este tipo de recursos de violencias y adicciones, la de contar con supervisiones que realiza personal externo experto; algo que permite realizar un acompañamiento y una evaluación continua de los equipos, reforzar las buenas prácticas detectadas, evaluar necesidades e incidir en aquellos aspectos a mejorar.

A1. ASPECTOS BÁSICOS GENERALES EN TODA MODALIDAD (TRATAMIENTO-REDUCCIÓN DEL DAÑO Y RESIDENCIAL-AMBULATORIO)

TRES CUESTIONES MATERIALES DE BASE

- Equipos no precarizados para una atención sostenible
- Equipos interdisciplinarios
- Supervisión externa
- Dinámicas de autocuidado

- Financiación a largo plazo
- Sostenibilidad económica
- Implicación de la Administración

- Sensibilización y formación de los equipos de intervención
- La necesidad de la especialización y el acompañamiento experto
- La formación en perspectiva de género de los equipos supone un indicador de calidad de los servicios, exigible desde las Administraciones para optimizar la intervención en adicciones y violencia

FILOSOFÍA CENTRAL

- Garantizar espacios de cobijo y recuperación frente a las violencias de género
- Analizar y concebir la intervención en términos de protección, sin supeditarla a que persista la abstinencia

- Óptica integral de comprensión y atención a las mujeres
- Respuesta flexible, pero especializada, capaz de acoger y trabajar con los múltiples factores en interrelación que atraviesan sus vidas, sin que los mismos se conviertan en factores de exclusión y/o expulsión de los recursos/programas

CARACTERÍSTICAS GENERALES

- Espacios no mixtos
- Creación de espacios de seguridad

- Atención en equipos compuestos principalmente por mujeres

- Modelos de atención centrados en proporcionar seguridad y cobijo: establecimiento de un *continuum* de intervención "reducción del daño-tratamiento" según los objetivos de/con cada mujer

- Acompañamiento respetuoso
- Aceptación incondicional

- Trabajar para/desde la reparación del vínculo y la confianza

- Entrevista motivacional y modelo transteórico del cambio con perspectiva de género

Intervención grupal desde perspectiva de género

"Desnaturalización y "visibilización" de la violencia. Desculpabilización y adquisición de conciencia y estrategias que permitan evitar la reproducción de las situaciones de vulneración.

Objetivos finales centrales:

- Empoderamiento, mejora de la autoestima, del autoconcepto y el logro de su independencia.
- Trabajar la falta de pacto intragénero.
- Incorporación del trabajo en trauma.
- Definir el trabajo grupal siguiendo propuestas ya publicadas.

Los grupos de mujeres no son algo "improvisado": hay material de trabajo (metodología, contenidos, estructura...)

El binomio abuso de drogas-violencia en interacción
Sistematizar la información

Atención integral a violencia y abuso de drogas
Enfoque y actuaciones desde perspectiva interseccional

Indicadores de evaluación adaptados
Cambiar el prisma de cantidad por calidad
Reelaboración constante según el proceso
Supervisión externa

Coordinación/articulación "real" entre servicios de diferentes redes
Coordinación con espacios comunitarios y feministas
Coordinación con UFAM y otros cuerpos de seguridad

A continuación, se presentan una serie de aspectos sobre los que sería aconsejable reflexionar en los equipos y recursos para, tras comprender el sentido de las propuestas, valorar la necesidad de incorporar cambios en aspectos que, posiblemente, hayan permanecido durante mucho tiempo como ejes “inamovibles” en ellos. Por ejemplo, los relacionados con la normativa, el funcionamiento interno, las recaídas, el sentido de los consumos y otras cuestiones requieren una revisión cuando se adopta un enfoque más integral.

A2.1. Características del recurso

Se recomienda que los espacios residenciales estén lo más integrados posible en el entorno urbano (o rural, pero no aislados en mitad del campo, montaña, etc.) para favorecer que las mujeres puedan entrar y salir sin dificultades, facilitar la escolarización de los y las menores, la cercanía con otros recursos comunitarios, tiendas, espacios de relación, etc. Si esto no puede darse, se facilitarán los desplazamientos siempre que sea necesario, sin someterlos a la organización interna del recurso, sino respondiendo a las necesidades de las mujeres.

Es aconsejable que las mujeres dispongan de habitaciones individuales para que puedan convivir con sus hijos/as, si los tuvieran (o un espacio preparado para que puedan venir de visita, el fin de semana, etc.). Si no es posible contar con espacios individuales, los existentes se comparten, como máximo recomendable, por dos mujeres, y siempre que sean mujeres que no vayan a tener a sus hijos/as con ellas. El sentido de que las habitaciones sean, en lo posible, individuales, radica en atender a las características y situaciones que las mujeres presentan al ingreso: múltiples daños, dificultad para reestablecer el vínculo o la confianza, etc. Esa intimidad les proporciona un espacio para atender el trauma y la propia introspección.

No obstante, en espacios donde se comparte habitación entre más mujeres por carecer de posibilidades materiales para hacerlo de otra manera —y esto alude a la precarización y cierto “hacinamiento” para garantizar la sostenibilidad del recurso—, se procura que las

mujeres puedan disponer de un espacio propio al que retirarse en caso de acudir bajo los efectos de sustancias o, si lo necesitan, para el manejo de una crisis de ansiedad o para la vuelta al recurso tras una agresión sexual o la experimentación de algún otro tipo de violencia de género, etc.

Sería deseable que estos dispositivos no acogieran un gran número de mujeres, sino que dispusieran de unas pocas plazas, ya que en ellos se trabaja de forma muy individualizada. Según los programas, las plazas oscilan entre, aproximadamente, 6 y 12 unidades familiares compuestas por mujeres solas o con sus hijos/as. En algunos casos la ratio es menor, sobre todo si el recurso contempla que todas sus plazas las ocupen mujeres que, además de la drogodependencia y las violencias presentan, por ejemplo, problemas de salud mental cronificados.

Existen recursos que cuentan con más plazas, pero éstos proceden a separar espacios de convivencia entre las mujeres que están en la fase de acogida, con consumos en activo, y las que han alcanzado una mayor autonomía y consolidado su abstinencia, aunque unas y otras puedan compartir espacios comunes y espacios de trabajo grupal.

El tiempo de estancia podrá variar y determinarse en función de los objetivos de trabajo con cada una de las mujeres, garantizando que puedan tener el tiempo y el proceso de estancia más acorde a sus necesidades y situación, procurando no reforzar procesos de institucionalización (la propia metodología de trabajo empleada con respecto a la normativa, como se verá en el siguiente apartado, se guía por este principio), pero entendiendo que hay situaciones estructurales difíciles de resolver que requieren más tiempo de intervención. En general, estos dispositivos mantienen un tiempo de estancia que oscila entre 6 y 9 meses, a veces son estancias más cortas, pero también cabe que se extiendan, incluso, hasta el año y medio si la situación así lo requiere. En cualquier caso, el tiempo de estancia no debe convertirse en un elemento estresor, es decir, no resulta recomendable que al ingreso se determine ya un plazo temporal de estancia en el recurso. Se aconseja “explicar” el tratamiento desde la consecución de objetivos, más que desde parámetros temporales. Pero si es necesario manifestarse en ese sentido, lo conveniente es destacar la flexibilidad de los tiempos, aproximaciones, nada rígido, y utilizar indicadores más relacionados con la cobertura de necesidades y metas personales, no grupales (por lo que no existe un tiempo estándar).

La composición del equipo contará con la figura de coordinación/dirección, personal educativo especializado en violencia y/o adicciones que cubra el dispositivo las 24 horas/365 días al año (en recursos de mayor autonomía esto no será necesario) y se garantice la intervención educativa y grupal, la atención psicológica, el trabajo social, la atención médica-de salud mental, además de contar con una figura educativa o psicológica especializada en infancia.

En ocasiones, la atención médica y de salud mental se realiza en servicios externos de la zona, para lo cual es necesario, repetimos, establecer de antemano una coordinación estrecha que ayude a ajustar pautas médicas, revisiones y demás cuestiones relacionadas. Se aconseja implementar protocolos de intervención, coordinación y de traspaso de la intervención antes y después de las visitas, informando de las situaciones más actuales,

cuestiones particulares, etc. Lo deseable es que los recursos específicos de nueva creación cuenten con personal médico sanitario propio (no hace falta que se dedique en exclusiva a este recurso), con formación en perspectiva de género y que pueda actuar a partir de la máxima de evitar la sobremedicalización a la que se somete habitualmente a las mujeres; una cuestión que se asume de forma natural cuando se hace una lectura de género de los malestares de las mujeres. Además, al refuerzo de la idoneidad de contar con una psiquiatra en el recurso que trabaje desde una perspectiva feminista y despatologizadora, se suma el argumento de que si las mujeres pueden acceder inmediatamente en situación de crisis y consumo activo, muchas veces es difícil conseguir que sean visitadas por servicios externos de forma inmediata, e incluso que el equipo pueda realizar consultas. Este punto se constituye en uno de los debates importantes tanto con la red de adicciones como de violencias, ya que para no poner más recursos económicos se argumenta que esa atención ya la pueden tener desde los servicios de la red, pero los dispositivos residenciales de 24 horas requieren muchas veces resolver situaciones de forma inmediata.

Desde este enfoque, también se trata de eliminar cuestiones de jerarquía entre los distintos perfiles profesionales intervinientes. Así, quienes ocupan puestos de medicina o psiquiatría no ocupan un lugar superior a profesionales de psicología, educación social, trabajo social, etc., ni se distribuyen las funciones de forma estanca. Por ejemplo, las/os médicas o psiquiatras no limitan su trabajo a prescribir fármacos o pasar una consulta, sino que también asumen el desarrollo de grupos de educación para la salud (sueño, menstruación, menopausia, salud mental, normalización de los procesos corporales en las mujeres en el ámbito de la salud...) desde una perspectiva de género, o las/os educadoras/es asumen un componente motivacional en las intervenciones que llevan a cabo, etc.

A2.2. Cambio de normativa y funcionamiento interno

“Claro, si tú das indicaciones terapéuticas a una persona y esa persona sistemáticamente no las cumple, le dices: ‘esto es una invitación a la reflexión: igual no estás en el lugar donde quieres estar en este momento...’ Y esto ocurre muchas veces, y nosotras no podemos llevar a una persona a un lugar donde no quiere ir en ese momento, que a lo mejor en otro momento sí, y en muchos casos son motivos de salida también (...) Pero bueno, nosotras trabajamos desde que hacen lo que pueden, hacen lo que en ese momento están preparadas para hacer, quieren hacer y se llevan eso ¿no?”

El principal cambio a implementar y que requiere de un equipo educativo formado y preparado para ello¹, es la adaptación del funcionamiento interno y de la normativa del re-

1. La Educación Social como disciplina y campo de conocimiento y trabajo prepara para este tipo de intervención. Sin embargo, en la práctica nos encontramos con que los equipos están acostumbrados a tener un sistema de normativa rígida con amonestaciones/sanciones que administra el espacio y el trabajo educativo en casi todos los recursos alojativos (incluidos los de atención a la violencia de género en la pareja/expareja). Este tipo de sistemas proporcionan “seguridad” a las educadoras y equipo en general, que pueden desconcertarse ante la metodología educativa que aquí se propone, y que se fundamenta en la toma de acuerdos, el acompañamiento al desarrollo de la responsabilidad personal y grupal, y que trabaja insistentemente en el “no cumplimiento” desde un lugar diferente a la norma y la amonestación/sanción. A la larga es un trabajo altamente beneficioso, que con las mujeres está funcionando muy bien cuando se logra hacer. En los inicios de cualquier recurso es normal que haya que ir haciendo ajustes y recolocando al equipo en todo momento, hasta en las más pequeñas actuaciones. La formación y acompañamiento, compartir experiencias con otros recursos que atienden a mujeres con problemas de drogodependencia y violencias de género, es esencial en esos momentos para no generar procesos de fracaso y frustración, sino de aprendizaje colectivo y buen rodaje del recurso.

curso. Los espacios residenciales puestos en marcha desde perspectiva de género se caracterizan por una normativa flexible y adaptable (con un mínimo no negociable, como veremos más adelante, en relación directa con la generación de un espacio de seguridad), y por la ausencia de un sistema de sanciones que derivan del incumplimiento de las recomendaciones del equipo, de los acuerdos adoptados, compromisos no cumplidos, etc. Por tanto, el funcionamiento interno se rige por acuerdos que se revisan y deciden semanalmente en un grupo del que forman parte las mujeres y el equipo. Esos acuerdos se dirigen a lograr un adecuado mantenimiento del espacio, la adquisición de hábitos saludables, una buena convivencia, etc. Que no haya una normativa rígida no significa que no haya un orden dentro del espacio.

Lo dicho implica la ausencia de horarios rigurosos, toda vez que se favorece una organización que podría encajar más en la definición de “doméstico” y que se adapta a cada una de las usuarias en función de su situación y sus necesidades. Hay franjas horarias para realizar las comidas, la limpieza, etc. (todas ellas, cuestiones características de los recursos de tratamiento), pero todo se decide de forma grupal y se dirige a mantener un orden de la casa que ellas mismas asuman como necesario y propio. Se trata de que perciban que esa es “su casa” y que esas normas persiguen respetar ese espacio que sienten como propio. Lo óptimo es que se fomente la autorregulación grupal, asumiendo que ellas pueden desarrollar la autonomía y un sentido común que les llevará a establecer unos límites sanos, nunca amenazantes.

Si se produce un incumplimiento de los acuerdos o dejación de responsabilidades se suele revisar con la mujer cuáles y de dónde provienen las dificultades, pero no se le sanciona; se analiza con ella, como se ha dicho, qué sucede y por qué se está procediendo de esa manera. La labor educativa se va adaptando al nivel de autonomía de cada mujer, al igual que se hace con los objetivos de adquisición de hábitos saludables si hubiera necesidad, mantenimiento de espacios y buena convivencia, etc.

Existen otras cuestiones que aparecen de forma recurrente en los espacios residenciales de tratamiento y que se relacionan con estos aspectos normativos y de funcionamiento que se desarrollan en este apartado. Se trata, por ejemplo, del tema de las salidas, el uso del teléfono móvil, etc. Ya se ha señalado que, en los recursos que atienden a mujeres desde perspectiva de género, se trabaja en pos del logro de su autonomía desde el principio utilizando como herramienta el acompañamiento en la toma de decisiones. Por tanto, y a partir de la observación constante y la flexibilidad/adaptabilidad frente a lo que vaya sucediendo, en principio, no se recomienda prohibir las salidas del recurso ni el uso de los dispositivos móviles para que mantengan el contacto con las personas que ellas consideren. La excepción a esto se aplica en el desarrollo de los talleres, en los espacios de terapia individual y grupal, y a la hora de dormir, porque sí existe un compromiso de asistencia a las terapias individuales y grupales, así como a los talleres que se realizan dentro del recurso y, obviamente, se respeta el descanso y se fomenta la adquisición de hábitos saludables a la hora de dormir. Esto se revisará con cada mujer, aunque a decir de las entrevistadas que trabajan en este tipo de recursos, las mujeres, en general, agradecen que haya una estructura de tratamiento, aunque el resto de la normativa pueda ir adaptándose y sea flexible/negociable según el caso y circunstancias de cada cual (por

ejemplo, si una mujer se queda hasta altas horas de la noche empleando el móvil, se le propondrá que lo deje con el equipo educativo por la noche y lo recupere a la mañana, para lograr así un descanso adecuado; si coincide que hay varias mujeres con ese tipo de conducta, se asume que se trata de una pauta de comportamiento general entre las mujeres que acceden al recurso, y ante ello se puede optar por retirar a todas los móviles por la noche y que los recuperen por la mañana...). Así mismo, frente a la no prohibición de salir, sí se explicitan una serie de indicaciones terapéuticas y educativas de contención cuando se consideran necesarias, pero nunca desde la obligación que deriva de una normativa rígida para todas y en todos los casos y circunstancias.

En los recursos residenciales también pueden, excepcionalmente, y siempre que no tengan a sus hijos/as en el recurso, dormir fuera, si así lo desean, o llegar tarde por la noche, cuidando que sigan con sus propios objetivos de trabajo y tratamiento. Siempre se acordará con ellas las circunstancias para que estas prácticas no afecten a su proceso. Y si desde el equipo se valora que esas decisiones están dificultando el itinerario que ellas mismas han decidido establecer en su proceso, se procederá a analizar con ellas nuestra percepción desde un lugar no punitivista o normativo, sino de acompañamiento en el análisis conjunto de la situación, estableciendo objetivos y medidas de contención² negociados y acordados siempre con ellas. De hecho, se aconseja no utilizar las pernoctas como elemento de castigo o de refuerzo. Las mujeres han decidido ingresar libremente en el recurso y es necesario que puedan dejarlo de la misma manera.

La práctica muestra que, a veces, deciden abandonar los recursos y al poco tiempo regresan con intención de retomar el proceso. Esta salida voluntaria temporal puede durar unas horas o varios días. Es necesario contemplar que estas interrupciones forman parte del proceso, de las ambivalencias que resurgen en diversos momentos, pero que es importante no considerar tales conductas como derivadas de la falta de motivación o como “faltas” que deben ser “castigadas”, sino que ha de procurarse que las mujeres y el recurso mantengan el contacto durante ese tiempo, porque durante esos abandonos temporales las mujeres suelen verse de nuevo inmersas en relaciones o situaciones de violencia. Si mediante el contacto con ella se detecta que necesitaría y/o desea volver, se le ofrecerá esa posibilidad desarrollando con ella un trabajo motivacional ausente de culpabilizaciones, juicios o censura. De hecho, en esas salidas voluntarias temporales pueden ocurrir deslices o consumos que no tienen por qué significar una recaída y un abandono definitivo de los objetivos de tratamiento; las mujeres no suelen irse para “darse un homenaje”, por ejemplo, como sí suelen hacer los varones, sino que lo hacen en mayor medida por haber establecido o retomado vínculos y relaciones con hombres consumidores, o por el

2. Por ejemplo: no existiendo prohibición de salir, una mujer con la que se ha acordado que no salga sola porque no le hace bien en el momento en el que está, puede insistir, y mucho, en salir. El trabajo de la educadora en ese momento será reforzar con ella su propia decisión de no salir sola, y ofrecer alternativas dentro del recurso, como ver una película, cocinar algo juntas, charlar, o incluso dar un paseo acompañada si lo necesita. La cuestión es reforzar que no saldrá sola no por una normativa que se lo imponga, sino por decisión propia y que el recurso está ahí para apoyarla en lo que le resulte difícil de sus propias decisiones/objetivos. Si finalmente sale sola y efectivamente se ve expuesta a situaciones de violencia/consumo (ha sucedido en la práctica totalidad de los recursos en los que trabajan las profesionales entrevistadas para esta guía), nunca se abordará de forma punitivista, y se esperará al momento adecuado (tras la atención a la violencia sufrida y el descanso de la mujer) para un análisis de lo sucedido y el reforzamiento de los acuerdos que permiten que se proteja de verse expuesta así (tanto frente a la violencia como frente al consumo).

resurgir de ambivalencias con respecto a estar en un espacio donde, aunque se trabaje desde el acompañamiento respetuoso, sienten control y dificultades para su permanencia.

Sin embargo, en estos recursos prevalece un objetivo central, que ya se ha señalado con anterioridad en esta guía, consistente en la necesidad de generar un espacio de seguridad para las mujeres y sus hijos/as. En base a esta cuestión que, repetimos, ha presidido el desarrollo de este informe, sí se contempla y recomienda el establecimiento de tres normas no negociables, dando lugar su incumplimiento, esta vez sí, a la posibilidad de sugerir la salida de la mujer del recurso (una salida temporal o definitiva, y siempre acompañada en la medida de las posibilidades):

- 1) Introducir y/o consumir sustancias dentro de la casa.
- 2) Ejercer violencia contra otra/s compañera/s o alguna integrante del equipo profesional³.
- 3) No comunicar en ningún caso al agresor la ubicación del recurso⁴. Esta norma es básica y así debe transmitirse, pero la experiencia ha demostrado que algunas mujeres han tenido contacto con el agresor y en la dinámica de relación, donde él sigue ejerciendo poder y coacción sobre ella, ha logrado que la usuaria le diga dónde se encuentra, dónde vive y dónde viven otras mujeres y sus hijas/os. Indicar la salida del recurso en esas circunstancias es necesario, puesto que el recurso ha dejado de funcionar como espacio de seguridad por su confidencialidad para esa mujer en concreto; sin embargo, supone una violencia más para la mujer y tenemos que acompañar, en la medida de lo posible, conseguir un recurso alternativo de similares características⁵.

La experiencia ha puesto de relieve que ellas mismas, muchas veces, demandan sanciones frente a acciones de compañeras, pero el trabajo educativo consiste precisamente en que puedan valorar lo beneficioso de un espacio que permita funcionar a través de acuerdos, responsabilidades propias, trabajo individualizado y no desde una sanción que todo el grupo pueda ver. La ausencia de esa consecuencia visible no implica que no se esté trabajando con cada una de ellas cuando incumplen un acuerdo o una obligación relacionada con el espacio, las tareas, etc. Se trabaja educativamente con cada una lo que sucede y el porqué.

Todo este trabajo se dirige a favorecer procesos imprescindibles para la recuperación de estas mujeres relacionados con el empoderamiento y la no tutorización de sus vidas, em-

3. Podemos debatir acerca de lo que se considera violencia, pero como recogíamos en el anterior informe, tiene que quedar claro que "la violencia no es que la mujer un día 'monte un pollo' y grite o se muestre agresiva, pero sí lo son las amenazas, las amenazas graves, una agresión física" o el acoso continuado, o la reiteración en un comportamiento lesivo para otra compañera, etc. En caso de agresiones de alguna residente a integrantes del equipo, es conveniente contar con un protocolo que indique qué hacer o cómo proceder ante la situación u otras similares que pudieran darse fuera del dispositivo. Ese protocolo es, en definitiva, una herramienta de cuidado del equipo.

4. Esto último, sobre todo, en situaciones de maltrato y acoso donde puedan poner en riesgo su integridad. Deben existir protocolos de actuación frente a la posible aparición de agresores en el recurso.

5. En principio, si está abstinente, no debería haber problema en su acceso a una casa de acogida de la red de violencia. Si no tuviera la abstinencia consolidada, habría que realizar un trabajo motivacional para que siga en tratamiento y coordinarse con la red de violencia para que pudieran acogerla ante el peligro de haber sido localizada por el agresor.

pezando por la autogestión (acompañada, para la no reproducción de posibles dinámicas de abuso entre ellas) del lugar en el que (con)viven y llevan a cabo su proceso de tratamiento y recuperación.

La experiencia apunta a que cuando se trabaja desde una perspectiva de género centrada en el empoderamiento de las mujeres y el acompañamiento terapéutico en la toma de sus propias decisiones, con unas directrices básicas fundamentadas en los acuerdos y la flexibilidad de las mismas, pero con un mínimo de normas inquebrantables que sí pueden conllevar la salida del recurso, los niveles de conflictividad se reducen drásticamente. Ellas son partícipes en la toma de decisiones y perciben esas normas desde otro lugar, más compartido.

A2.3. Cuidar el proceso de entrada al recurso

“Te llamamos para ver si te gustamos y decides venir...”

Se sugiere evitar que el ingreso en el recurso, un paso complicado, coincida con la presentación, ese mismo día, del recurso, de las compañeras y el equipo.

Se recomienda, porque ha resultado ser una muy buena práctica, realizar una entrevista previa (presencial u *online*) cuya finalidad es que la mujer decida por sí misma si quiere entrar o no. Se le enseña el espacio (sin comprometer su confidencialidad, mediante videollamada) y puede preguntar todo aquello que le genera duda, y se le explica todo lo que necesite saber. Esta entrevista la puede realizar la coordinadora, con alguna otra compañera del equipo, y se puede hacer en persona (visitando el recurso si no es confidencial) o mediante videollamada (normalmente el móvil permite que se le puedan enseñar las instalaciones). Esto último se ha tornado más cómodo y fácil en tiempos de pandemia o cuando la mujer debe recorrer una larga distancia para acudir, además de constituir una práctica que garantiza la confidencialidad respecto a la ubicación del recurso cuando la mujer aún no forma parte de él. Así, se le enseña el espacio y puede preguntar todo aquello que le genera dudas y se le explica todo lo que necesite saber.

La experiencia señala que, al proceder de la manera descrita, las mujeres entran con otro talante, con ganas, más relajadas y “sabiendo a dónde van”. Además, se procura que la acogida la hagan las profesionales a las que conoció en la entrevista previa.

Así mismo, hay que cuidar que si el recurso es financiado por la red de violencia, no accedan exclusivamente mediante los mismos cauces que el resto de mujeres de la red, porque se demuestra que si una mujer drogodependiente valora entrar en el recurso y se le indica que debe pasar por una entrevista en la red de violencia, puede que entonces decida ni siquiera optar a entrar. Como se señalaba en el punto A.1.5 acerca del momento motivacional desde perspectiva de género, no se trata tanto que no tenga conciencia del problema de violencia y la necesidad de abordarlo, sino que la mera expectativa de tener que pasar por un recurso de violencia como mecanismo de acceso le resulte demasiado confrontativo como para hacerle frente.

Lo ideal es que el día de ingreso tampoco se la abrume instándola a rellenar toda la documentación de “obligado cumplimiento”, más si cabe, cuando resulta posible que acuda bajo el efecto de alguna/s sustancia/s.

En todo caso, se le pueden entregar esos papeles para que vaya cumplimentándolos en otro momento, animándola a que los lea con detenimiento, ya que en ellos figuran cuestiones sobre las que debe estar segura en el momento de la firma. El primero es un día dedicado a que se instale, conozca los alrededores, se sitúe, etc.

A2.4. Y el de salida...

Siguiendo con lo dicho, cuando se produce una salida del recurso, ésta no es nunca la consecuencia de un consumo y/o recaída, puesto que ambos son elementos consustanciales al proceso de recuperación y deben ser trabajados.

Se pueden producir salidas porque los objetivos de la mujer no coincidan con un espacio de tratamiento, por ejemplo, o por incumplir alguna de las normas que pueden implicar una salida del recurso (el uso de violencia, la introducción de sustancias y/o la revelación al agresor de la ubicación del dispositivo).

Dependiendo de las posibilidades de trabajo, esa salida puede ser temporal o definitiva. En caso de ser definitiva, y a no ser que sea una salida inmediata por circunstancias graves (en las experiencias consultadas, esto no se suele dar tanto como que se va viendo que sus objetivos no son de tratamiento), se acompaña el proceso hasta donde sea posible, y se procura/facilita que pueda encontrar una alternativa habitacional lo más segura para la mujer (no olvidemos que muchas de ellas se verán de nuevo en situaciones de violencia).

También se procede a un trabajo motivacional para que la usuaria que sale pueda conectarse con la modalidad de tratamiento ambulatorio en su centro de referencia. De hecho, si la mujer tenía una buena vinculación con ese centro, resulta una buena práctica haber mantenido el contacto y la coordinación de su caso, con el consentimiento de ella, para prevenir abandonos totales del tratamiento/centro de referencia ambulatorio, aunque se abandone el recurso residencial o, en cualquier caso, para continuar con la supervisión de dicho centro cuando se produzca el alta.

A2.5. La abstinencia no es requisito previo

En los recursos residenciales no se exige la abstinencia previa para ingresar en el dispositivo, sino que se establece un tiempo de trabajo para consolidarla. Por ello, no se penaliza el consumo, sino que se trabaja. El tiempo irá permitiendo observar si el objetivo de la usuaria es la abstinencia o no, y en caso de que no lo sea, se valoran otras alternativas que permitan una salida acompañada del dispositivo que la atiende para dirigirse al que se adecúe más a sus objetivos, lo cual no deberá ser incompatible con la consecución del

objetivo prioritario; seguir protegiéndose de las violencias en su vida⁶. Desde esta perspectiva, lo que se trabaja en un principio con aquellas mujeres que se mantienen ambivalentes o están en etapas iniciales de cambio es la consecución de objetivos de reducción de daños, lo cual posibilita realizar avances respetando el ritmo y el momento en el que están. Otras mujeres, por el contrario, podrán trabajar desde el principio con una abstinencia coincidente con la entrada al recurso. Los objetivos y tareas, en este sentido, se adaptarán a la situación de cada usuaria al momento del ingreso.

En los recursos residenciales no se exige la abstinencia previa, sino que se establece un tiempo para consolidarla

De hecho, en algunos programas se trabaja sobre el consumo de algunas sustancias que no son las problemáticas, es decir, sustancias que no son las que provocan la demanda de tratamiento porque ha generado una adicción. En estos programas tampoco se sanciona el mantenimiento de esos consumos, pero sí se solicita el compromiso de la mujer para que esos consumos no se

realicen en el dispositivo ni se venga bajo sus efectos al recurso (sobre todo porque lo que no es "sustancia problema" para una, sí lo es para la otra y es importante para ellas estar en un lugar donde no se consuma). Igualmente, y al estar en un espacio de tratamiento, si se percibe que alguna vez la mujer viene bajo efectos evidentes de abuso de sustancias, se le pide que no ocupe los espacios comunes y no forme parte de las tareas habituales, pero en los días siguientes se trabajará con ella la situación, siempre que ella lo acepte, sin imposiciones, para que tome conciencia del porqué del salto del compromiso, la finalidad de ese consumo, origen, factores de riesgo, etc., sólo si ella desea explorarlos.

No es recomendable intentar trabajar ese consumo al día siguiente, porque ese día está impregnado de culpa de parte de una misma y de reproches de parte de las compañeras. Es importante valorar el momento óptimo para desarrollar esa intervención, que siempre se hará desde la consigna de que los deslices y/o recaídas son oportunidades para profundizar en cuestiones que no se han trabajado correctamente o requieren una revisión más profunda.

Un espacio de tratamiento estructurado desde esta óptica sigue siendo un espacio en el que cabe detectar si se ha procedido a una "sustitución de sustancia". Esto debe trabajarse en profundidad, explorando los motivos por los que no se usa la sustancia "principal" y se acude a la otra sustancia (mayor estigma de unas sustancias que de otras; deseo de integrarse en un grupo que sólo bebe alcohol, por ejemplo; imposibilidad adquisitiva para adquirir la sustancia-problema, etc.), y/o si juega la misma finalidad que la primera (posible evasión de malestares; afrontamiento de las violencias y sus consecuencias; etc.).

Así, y si se conoce, por ejemplo, que entre los objetivos de la mujer figura el deseo de recuperar a sus hijos/as, habrá que trabajar con ella la abstinencia completa a cualquier sustancia (con excepción del tabaco y/o los fármacos bajo pauta médica), porque en ese proceso intervienen otras entidades que, probablemente, no mantengan la misma óptica

6. En las recomendaciones generales se señala la necesidad de poner en marcha conjuntamente espacios de tratamiento y espacios de reducción del daño, o incluso espacios integrales que puedan trabajar de forma flexible el *continuum* reducción del daño-tratamiento según los objetivos de la mujer y su situación/circunstancias vitales.

y exijan de forma imperativa la abstinencia (Servicios Sociales; otras instancias que proceden a un cuestionamiento de ella como madre; etc.).

Es decir, los consumos nunca se trabajarán desde la sanción del consumo en sí, sino, como se verá en el siguiente apartado, desde el trabajo en torno al sentido del mismo en relación a los objetivos vitales de cada mujer. Un consumo puede ser incompatible con la obtención de una custodia en el caso de una mujer y no representar un hándicap para otra que no pretende la convivencia con menores.

A2.6. Acompañamiento respetuoso con el proceso de cada mujer

Como se ha señalado en varias ocasiones, siempre se ha de ser flexible y adaptar los objetivos de trabajo al proceso individual de cada mujer. No se recomienda forzar ritmos ni procesos, ni trabajar objetivos que el equipo considera óptimos, pero no son los que la mujer busca. Los objetivos de trabajo se deben acordar con ella, no por ella. Desde la aceptación de este estilo de trabajo, el acompañamiento siempre debe ser respetuoso,

Los objetivos de trabajo se deben acordar con la mujer, no por ella; sugiriendo, no imponiendo.

de colaboración en la resolución de ambivalencias, sugiriendo, no imponiendo, recomendaciones que favorezcan la consecución de sus objetivos en todas las áreas de su vida.

La metodología de trabajo, desde este paradigma, es diferente, por cuanto que se trabaja a corto plazo. Por ejemplo, la planificación de objetivos y tareas se realiza semanalmente. La planificación sirve para trabajar objetivos semanales con la mujer, que pueda ver cuánto tiempo ocupa en su consecución y también ayuda a regular la impulsividad y deja pocas horas del día a la improvisación (muy necesario en las primeras etapas de tratamiento). Esta planificación no debe desarrollarse con el fin de controlar a las mujeres, sino con generar un hábito de estructura, y con aquello que ella quiera ir consiguiendo. Comprobar si lo cumple o no es tarea personal y en todo caso podrá compartirlo con el equipo/educadora de referencia para trabajar posibles dificultades, pero nunca para controlar que haya hecho lo que se proponía o no.

Lo que se recomienda en los casos en los que no se alcanzan unos objetivos libremente adoptados, es proceder a una revisión de los mismos, de lo realistas o no que resultan, toda vez que se trata de identificar si la usuaria está realizando lo que ella ha dicho que quiere hacer o no. En caso de que no se estén pudiendo realizar las tareas que implica el logro de dichos objetivos, se recomienda hablar con las mujeres tratando de entender la razón o los factores que están dificultando el trabajo.

Suele ser habitual que los objetivos que se plantean las mujeres, a veces, tengan más que ver con la deseabilidad social, es decir, con cuestiones relacionadas con lo que se espera de ellas (y ellas creen que se espera) más que con lo que genuinamente desean y pueden. En este caso, por ejemplo, se trata de trasladarles que son ellas las protagonistas de su proceso, que son ellas las que van a hacer el trabajo, y que todo lo que se planteen es igualmente respetable.

Con respecto a la familia es vital que la mujer sea la protagonista de su proceso y tome sus propias decisiones siempre. Esto pasa por posibilitar espacios de apoyo frente a posibles presiones (tanto para la entrada como para la salida del recurso), desvalorización, cuestionamiento, etc. Y nunca se facilita información a la familia si la mujer no lo pide; ni siquiera en los procesos de salida definitiva del recurso. Es importante que se respete esto, porque puede suceder, también, que esos “supuestos” apoyos no resulten tan terapéuticos como podría pensarse. Es decir, desde una perspectiva de género es contraproducente tener referentes de tratamiento, que muchas veces son los propios agresores o padres y madres que también han ejercido violencia o con dinámicas familiares negativas, desempoderantes y estigmatizadoras para la mujer.

Durante el proceso, y dado que se trata de un recurso de tratamiento, los controles analíticos están presentes para contrastar una realidad, pero no se utilizan como elementos externos de control/sanción, sino como herramientas de apoyo al mantenimiento de la abstinencia. Ellas mismas refieren que es necesario que se hagan y que les funciona como una medida de control, que evidentemente tratan de saltarse cuando están mal (y precisamente se tratará de trabajar este elemento con ellas: por qué está ocurriendo, qué está pasando para que consuman y no puedan declararlo, etc.). También cabe implementar los controles porque los exigen instituciones externas ante una sospecha fundada de consumo. Antes de realizar el control, se debe conversar con la usuaria de forma individual, nunca grupal, para preguntarle al respecto y trabajar el consumo, si lo hubiera.

En definitiva, en estos recursos se trata de cambiar de óptica, de tal manera que los factores que en otros momentos eran motivo de expulsión, son en éste indicadores de la necesidad de un trabajo más profundo desde el acompañamiento respetuoso y centrado en cada una de ellas.

A2.7. Espacios grupales terapéuticos y educativos bien definidos

Este tema presenta especial importancia en los recursos a los que nos referimos en este apartado porque, aunque su funcionamiento interno es muy flexible-negociable, sí mantiene ciertos horarios y compromisos de participación y presencia en las terapias, en los grupos educativos y en los espacios grupales de toma de decisiones y acuerdos, tipo asambleas. Todos ellos resultan ejes centrales del tratamiento que se dispensa en esta modalidad de atención residencial.

Tal y como se expresó en apartados previos, las profesionales entrevistadas coinciden en señalar, como recomendación, trabajar sobre una serie de temas en los grupos a los que sí deben acudir las mujeres usuarias de estos recursos. Dichos temas son: el género, la violencia de género, las relaciones de pareja y el amor romántico, la maternidad, las relaciones familiares, etc., como contenidos relacionados con el consumo problemático de drogas y que van a incidir en la consolidación de la abstinencia y la prevención de recaídas. Otra de las bondades del tratamiento grupal es que su funcionamiento fijo establece una estructura y unos hábitos en el recurso, lo que también favorece el proceso de recuperación.

Una vez que las mujeres van avanzando en su proceso, puede ocurrir que, a veces, dejen de participar en los grupos y prefieran más la terapia individual pero, en cualquier caso, la idoneidad de dicha decisión es algo a discutir y negociar con las propias mujeres atendiendo a su situación y objetivos. Que se mantengan en los grupos hasta el final posibilita que sean referentes para las otras compañeras con menos recorrido dentro del proceso.

Es importante recordar que, aunque lo deseable sería poder trabajar con ellas todos los objetivos relacionados con el género, el acompañamiento respetuoso implica no forzar ni objetivos ni actuaciones. Al fin y al cabo, lo importante es ir trabajando lo que necesiten y quieran trabajar en sus procesos.

A2.8. El trabajo de la maternidad y la presencia de hijos/as en el tratamiento

Queremos hacer especial mención al trabajo de la maternidad, ya que es uno de los elementos a nuestro juicio centrales en los procesos de violencias sufridas por muchas de estas mujeres. Es posible encontrar mujeres con maternidades no habitables o deseadas; maternidades en las que ha estado presente el cumplimiento del mandato de género y no tanto una decisión mediada y meditada (el dicho de “los hijos vienen como vienen” es una afirmación que atraviesa a muchas mujeres; es decir: se es madre porque “hay que serlo”, porque es lo “normal y natural”). También muchas mujeres que han sufrido retiradas de custodia, con todo lo que eso ha conllevado de trauma y sufrimiento/castigo para ellas. Sería aconsejable trabajar, si las mujeres lo desean, sobre las cuestiones que se “remueven” en tales circunstancias, qué genera en ellas, tratando de identificar si este hecho está relacionado con el consumo y actúa como factor de riesgo por la culpa que les genera. Así mismo, se recomienda trabajar el papel de la maternidad y las posibles situaciones relacionadas que se pueden dar como agresiones sexuales, abortos, retiradas de menores y todo el daño vivido, como nexo común.

Habilitar espacios de convivencia con las hijas e hijos mientras están en tratamiento es abrir una posibilidad a que puedan entrar en el mismo antes de sufrir la retirada de la custodia⁷, o que puedan encontrar vías de apoyo para la recuperación de la misma, al ofrecer procesos terapéuticos donde se integra y trabaja esta situación.

La habilitación de espacios de convivencia con las hijas e hijos mientras están en tratamiento pasa por ofrecer espacios donde puedan estar de la forma más “naturalizada” posible, sin compartir habitación con otras unidades familiares, y con la figura de su madre

7. Este es un tema que nos viene preocupando desde hace tiempo a las autoras de esta guía y a otras profesionales implicadas en la misma. Cuando se detecta que una mujer consume de forma abusiva, es habitual que ella misma oculte el problema hasta que su nivel de gravedad se hace evidente, y entonces se dan circunstancias, aunque sean puntuales, de desprotección o riesgo del/de la menor. Ante esto se suele proceder de forma muy confrontativa, estableciendo como requisito que tiene que reconocer que tiene un problema para poder frenar la situación de posible desprotección del menor por su problema de consumo. Desde aquí queremos apuntar que el solo hecho de establecer como requisito que tiene que reconocer el problema va a provocar grandes resistencias en alguien que está en modo autodefensa → pedirle a una madre a la que amenazan con quitarle a su hijo/a porque consume, que reconozca que consume y además de forma problemática, conduce a un callejón de difícil salida para ella.

como referencia educativa directa. Esto último es muy importante, ya que los equipos educativos tienen tendencia a intervenir de tal forma que pueden producir desautorizaciones y cuestionamientos de la figura materna, y afectar así negativamente en la relación madre-hijos/as (ya de por sí afectada en muchas ocasiones por el consumo problemático y las posibles violencias dentro de la pareja que hayan presenciado y/o recibido directamente, o por otros factores).

También se recomienda establecer un espacio grupal y/o individual de trabajo de las habilidades y saberes propios/personales de cada una de las mujeres, favoreciendo un espacio libre de crítica donde afianzar buenas prácticas, compartir inquietudes y dudas y, sobre todo, proceder a su desestigmatización como “malas madres”. Para poner en común prácticas parentales y también para poder compartir sin juicio los distintos estilos de maternidad. Las facilitadoras de estos espacios tienen que tener como objetivo transmitir la posibilidad de ser madre de formas muy diversas y romper con el binomio mala-buena madre.

Es conveniente, en cualquier caso, trabajar el papel de la maternidad en la vida de las mujeres y prestar especial cuidado a posibles revictimizaciones/culpabilizaciones frente a las retiradas de custodia o posibles “negligencias” en el cuidado derivadas del propio consumo problemático. Recordemos que éste es un elemento central de género que, en ningún caso se hace presente en los procesos de los varones con adicción. Tradicionalmente, la sociedad y los propios recursos de drogodependencias han entendido que las hijas e hijos son responsabilidad de la madre. Cuando son los padres los que ingresan en los recursos no es nada habitual que se les pregunte cómo van a proceder con sus hijas/os, y tampoco aparece en ellos el miedo a la retirada de la custodia (si la sufren, suele suceder porque su pareja, la madre de las criaturas, tenga también problemas de adicción). En este sentido, el miedo a la pérdida de la custodia sí ha retraído a las mujeres en la solicitud de tratamiento, porque la maternidad es algo que a ellas sí se les ha cuestionado siempre.

En lo relativo a las criaturas, y ya que, como se ha recomendado, es necesario asumir en calidad de usuarias/os del mismo recurso a las hijas e hijos de las usuarias, se procederá a planificar, dirigido a ellas/os, el abordaje de los efectos del consumo problemático de sus progenitores y de la violencia de género sufrida por sus madres, valorando lo que todo ello ha supuesto en la vida de los y las pequeñas y la afectación que ha generado en el vínculo materno-filial.

Para hacerlo es aconsejable contar en el equipo con una figura profesional especializada en infancia, o si esto no es posible, mantener contacto y una coordinación estrecha con los servicios de apoyo a mujeres que sobreviven a la violencia de género y con los servicios de infancia, para que éstos puedan intervenir o planificar un proceso con las y los menores si eso resultara necesario (contando siempre con la voluntad afirmativa de la madre para ello).

Muchas mujeres llegan con custodias compartidas o se da el caso de que es otra persona de la familia la que cuida de sus hijos/as. Aunque no ingresen en el recurso con las criaturas, es una buena práctica trabajar desde el inicio el vínculo materno-filial con las que

quieran hacerlo y/o las que disponen de la posibilidad de que las/os menores acudan al recurso los fines de semana. En algunos recursos no confidenciales cabe, incluso, que el padre o familiar responsable (siempre que no sea (el) agresor), pueda conocer el recurso sabiendo dónde se va a quedar la criatura para que confíe en que allí se le va a prestar la atención y los cuidados oportunos.

Ha demostrado ser una buena práctica el favorecimiento de actividades de ocio infantil (espectáculos, campamentos de verano, deportes, etc.), procurando que dichas actividades puedan desarrollarse, en la medida de lo posible, en compañía de sus madres. También ha de contemplarse la posibilidad de que otras criaturas que no están a cargo de las mujeres puedan alojarse con ellas los fines de semana (sobrinas/os, nietas/os, etc.).

A2.9. Ocio y tiempo libre

La ocupación del ocio y el tiempo libre continúa siendo un elemento de central importancia en los programas de drogodependencias, especialmente cuando se incorpora la perspectiva de género. Se debe incluir en el proceso de las mujeres un tiempo planificado para el desarrollo de actividades lúdicas, de entretenimiento, culturales, etc. a disfrutar en grupo o individualmente, pero siempre acordado con ellas y teniendo muy presente que muchas mujeres, en general, y por razón de género, carecen del sentido del tiempo para sí mismas.

No es aconsejable entrar en dinámicas de sojuzgamiento y cuestionarles si las actividades por las que optan se dirigen hacia cuestiones relacionadas con la estética, la peluquería y el maquillaje, la cocina, o cualesquiera otros saberes y actividades que cumplen con los “estereotipos de género”. De hecho, son esas precisamente las actividades que generan entre ellas bastantes dinámicas de relación, unión, de compartir saberes, etc. y que permiten trabajar la cohesión grupal o la reflexión acerca del lugar (impuesto/deseado) que ocupan esas actividades en la vida de las mujeres. El “ocio”, el disfrute y el placer, también pueden aprenderse, entrenarse. La práctica de una actividad puede resultar ser, a la postre, una actividad de ocio que inicialmente puede haberse vivido como una “obligación” (por ejemplo, subir a la montaña).

Se recomienda a los equipos que incentiven actividades individuales y grupales que ayuden a reestablecer el deseo y la motivación. Es importante acompañar procesos de reflexión y descubrimiento del lugar que ocupa el placer en sus vidas como mujeres, y la realización personal a través de actividades para una misma. Esto cobra especial sentido desde perspectiva de género, al trabajar a través del ocio el desplazamiento del motor de acción de muchas mujeres para que dicho motor deje de estar situado en la relación y el vínculo con su pareja/familia, y pase a estar en ellas mismas y también en la relación de amistad con otras mujeres.

Como pueden disponer del móvil, la práctica ha demostrado que a veces “aprovechan” para que en esas salidas planificadas puedan verlas familiares, personas que han conocido a través de aplicaciones, etc. Es importante trabajar que esos espacios son para ellas

y que deben tratar de encontrar otros momentos para cuidar esas relaciones, sin censurar ni dificultar que puedan hacerlo (lo importante sería abordarlas desde la prevención y no reiteración de vínculos abusivos).

A2.10. El trabajo sobre otras problemáticas que surgen

Al estar en espacios flexibles en su normativa y que favorecen que las mujeres puedan ser “ellas mismas”, la experiencia pone de relieve que, a medida que va consolidándose la abstinencia, aparecen otras cuestiones que exigen ser atendidas, como trastornos de la conducta alimentaria, compras compulsivas, abuso de juegos en el móvil, sobreexposición en redes sociales, etc.

Todos ellos son temas más o menos complejos que necesitarán de una intervención especializada que no siempre se puede proporcionar desde el propio recurso (aunque los recursos deben ir especializándose también en estas problemáticas que muchas veces están asociadas). Por tanto, es necesario tener localizados otros dispositivos a los que poder acudir como apoyo, en caso de que sea necesario, y con los que los canales de coordinación se hayan establecido desde un inicio, tras haber presentado nuestro recurso y su sentido, como ya señalamos, y habiendo establecido entonces los preceptivos acuerdos de colaboración. Es decir, no hay que esperar a que una mujer presente un problema para iniciar en ese momento la coordinación con un recurso comunitario que pueda serles útil en cualquier momento, a las mujeres de “nuestro” recurso.

Igualmente, se adoptarán las medidas de ayuda al control de impulsos que se vean necesarias, pero siempre mediante toma de acuerdos con la mujer, que será la que decida sobre su proceso (por ejemplo, se le puede acompañar en el control del manejo del dinero en los términos que ella decida, o se le puede guardar el móvil para que lo emplee sólo a determinadas horas y siempre con la premisa de que si lo quiere, se le dará, etc.) Adaptar el programa pasa por saber indicar pautas, acordarlas, acompañar en la contención y tener espacios de terapia grupales, pero hay elementos que tendrán que abordarse con la colaboración de servicios especializados externos.

A veces aparecen conductas de abuso del café, por ejemplo, o de la medicalización de momentos de ansiedad. Siempre se indagará con ella el porqué y el para qué de esas conductas, y se buscarán soluciones que conduzcan a un manejo más saludable en amplio sentido (café descafeinado; tisanas, paseos y charla/baile/música y canto, etc. en vez de psicofármacos), acompañando y ayudando en la contención a aquellas mujeres a quienes les haga falta, hasta que puedan ir desarrollando sus propias estrategias o adquirir como propias las que se emplean en el centro.

A2.11. El acompañamiento posterior al alta terapéutica

Si en algo coinciden los recursos que trabajan desde perspectiva de género, es en la falta de recursos disponibles para las altas terapéuticas. De la misma manera que se ha seña-

lado la importancia de preparar y planificar el proceso de entrada al recurso, debe procederse así a la hora de salir de él. Para hacerlo es necesario coordinar con todos los servicios intervinientes en la salida, así como fomentar la posible auto-organización entre ellas⁸. Se aconseja incluir en el informe de alta todas las actividades y recursos recomendables para que desarrollen un seguimiento y pueda serle más fácil a la usuaria su adaptación. Así mismo, estaría indicado mantener un contacto mensual o bimensual con ellas para que cuenten con un vínculo de acompañamiento profesional.

Se valora como una buena práctica (que además acortaría los tiempos de estancia) poner en marcha pisos de mayor autonomía que les permita ahorrar un dinero para acceder a una vivienda, así como servicios de educación social que les hagan un seguimiento para que no se encuentren “solas” de un día para otro, o centros de día especializados que desarrollen grupos de mujeres con los que pudiesen seguir en contacto cuando lo necesiten.

Esto entronca con una indicación que se expone en el siguiente apartado dedicado al tratamiento ambulatorio, donde se señala que las mujeres permanecen vinculadas al centro más tiempo, incluso cuando ya han consolidado la abstinencia, gracias a los espacios grupales de mujeres. Sería necesaria una coordinación estrecha entre los centros de atención ambulatoria y los residenciales de tratamiento, que permitan una cooperación con aquellos casos para los que sería muy beneficioso mantener una relación con un grupo de mujeres de estas características, o con los servicios de educación social del centro si los hubiera. El trabajo debería estar muy adaptado a que se trata de alguien con autonomía y que ha pasado por un proceso de tratamiento, para que no sea un retroceso o se viva de forma disruptiva como un fracaso, sino como un apoyo real a sus necesidades.

8. Esto ya aparecía en Martínez-Redondo (2009), al recomendarse que pudieran acceder a viviendas de alquiler compartido entre ellas. En 2009 esto era interpretado como una indicación errónea, al ser totalmente contraria a la recomendación de que las personas con problemas de drogodependencias/adicciones no se relacionen entre sí. Si bien esta recomendación es en muchas ocasiones aplicable, responde a una visión androcéntrica de las dinámicas de consumo y recaídas. La experiencia demuestra que cuando se trabaja el vínculo feminista y se hace un trabajo desde perspectiva de género, la auto-organización entre mujeres se convierte en un elemento de protección frente a muchos malestares de género y cuestiones estructurales que parece que tengan que resolverse de manera individualizada y, por ende, frente al consumo abusivo de sustancias.

A2. ASPECTOS RECOMENDADOS EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL

CARACTERÍSTICAS DEL RECURSO

- Recursos en entorno urbano, con servicios de proximidad accesibles (colegios, centros de salud, ocio, comercios, etc.)
- Habitaciones no compartidas, preparadas para convivencia unidades familiares madres + hijos/as y con espacios separados según etapas y objetivos de las mujeres

LA ABSTINENCIA NO ES UN REQUISITO PREVIO

Se trabaja en el recurso desde un lugar de cobijo

CUIDAR EL PROCESO DE ENTRADA Y SALIDA DEL RECURSO

No se deriva o se viene derivada. Se acompañan procesos

CAMBIO DE NORMATIVA Y FUNCIONAMIENTO INTERNO

- Normativa flexible y adaptable ((salvo tres cuestiones no negociables, en relación directa con la generación de un espacio de seguridad, no introducción ni consumo de sustancias dentro del recurso; no violencia; confidencialidad)
- Marco de funcionamiento mediante acuerdos y consensos
- Ausencia de un sistema de sanciones/amonestaciones

ESPACIOS GRUPALES TERAPÉUTICOS Y EDUCATIVOS BIEN DEFINIDOS

que dotan de estructura y marco de funcionamiento

LA PRESENCIA DE HIJOS/AS EN EL TRATAMIENTO

- Habilitación de espacios de convivencia por unidad familiar
- Espacios infantiles dedicados
- Servicios de proximidad
- Plan propio de intervención
- Personal especializado
- Coordinación con otras redes
- Etcétera

ACOMPañAMIENTO RESPETUOSO EN TODAS LAS ÁREAS

En la definición de los objetivos, en la planificación de actividades, en los controles analíticos, en la relación materno-filial...

EL TRABAJO SOBRE OTRAS PROBLEMÁTICAS

que surgen "al poder ser ellas mismas" sin normativa rígida:

- TCA
- Compras compulsivas
- Abuso de juegos en el móvil
- Sobreexposición en redes
- Etcétera

OCIO Y TIEMPO LIBRE DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO

Tiempo para sí. El lugar del placer en su vida como mujeres

ACOMPañAMIENTO POSTERIOR AL ALTA TERAPÉUTICA

La autonomía es un momento que necesita acompañamiento

A3.1. Trabajar para desestigmatizar los espacios/recursos de tratamiento de las adicciones

Hay que adaptar los espacios y prácticas a la llegada de mujeres en general. Que sean espacios habitables y amables arquitectónica y físicamente hablando, así como que no estén ubicados en enclaves lejanos o lugares que producen inseguridad es clave para contribuir a su desestigmatización y, por tanto, a que las mujeres entiendan que es un espacio al que pueden acudir. Si esto no es modificable, porque los centros existen ya desde hace mucho tiempo y/o no cuentan con recursos para proceder a desarrollar esos cambios, se pondrá especial énfasis en las siguientes recomendaciones.

En este tipo de recursos conviene igualmente realizar un trabajo comunitario, dando a conocer el centro y sus objetivos en espacios “normalizados” (AMPAS, asociaciones vecinales, centros cívicos, culturales, comerciantes del barrio y tejido social en general), también en espacios de igualdad, recursos de atención a la violencia de género y a las mujeres en general, así como en los centros de Atención Primaria y centros de Salud Mental. Es necesario reflejar la realidad de que los centros de atención a las adicciones siguen arrastrando en general el estigma de los años ochenta y noventa. En esos años se daba de forma abierta el rechazo vecinal a la apertura de centros de tratamiento en los barrios. Todavía hoy muchas personas perciben como algo vergonzante desarrollar un problema de adicción, y especialmente en el caso de las mujeres.

Así, también se trata de implicarse en el desarrollo de campañas desde el centro dirigidas específicamente a las mujeres, que contribuyan a “normalizar” o percibir como natural que pueden tener problemas relacionados con el abuso de drogas, diversificando su significado y poniendo de relieve específicamente que se pueden tener problemas con el alcohol o los psicofármacos, y que pueden solicitar ayuda. Esto pasa también por realizar campañas de sensibilización social dirigidas a la ciudadanía en general que contribuyan a reducir el estigma ante el consumo de las mujeres, o a visibilizar lo injusto de un sistema

que hace recaer sobre ellas los cuidados y la crianza y que, por tanto, dirige a ellas la amenaza de la retirada de custodia tras tacharlas como “malas madres”, o también a visibilizar la asociación tan estrecha que se establece entre el abuso de drogas y las violencias de género, etc.

A3.2. La importancia de la acogida

Si el eje central es el establecimiento del vínculo terapéutico y con el espacio como palanca de acción, entenderemos que siempre que una mujer venga a pedir ayuda, aunque venga sin cita, debe ser atendida. Aunque sea para acogerla durante un momento, entre citas/grupos, y realizar un trabajo de contención para poder redirigir el encuentro a un momento más adecuado en el que se disponga de más tiempo para estar con ella.

Así, debemos abandonar prácticas androcéntricas¹ cuyos objetivos se relacionan con poner límites y con favorecer la tolerancia a la frustración, por ejemplo, como decirle desde el personal de seguridad o el personal administrativo que no se atiende sin cita y que la pida. Ellas, en general, no vuelven. O no prontamente. Es la realidad. E insistimos en que esto no significa que no se vayan trabajando objetivos de enmarque de intervención (que vengan a cita, a grupos, etc. en el horario establecido), sino que si una mujer acude a pedir ayuda, esos primeros momentos de la acogida son fundamentales para

Si una mujer acude a pedir ayuda sin disponer de una cita, lo que se haga en ese momento es decisivo para atraer o alejar a la mujer del recurso que puede brindarle la ayuda que necesita

que vuelva. El personal de administración y seguridad del centro debe estar al tanto de esta práctica y colaborar en la misma, haciendo la acogida necesaria para que no se vayan aunque hayan venido sin cita.

Esta recomendación no implica que, con ellas, deban pasarse por alto cualquier directriz. Lo que se pretende es emplear elementos que favorezcan la adherencia, ya que resulta más difícil con ellas en los primeros momentos de acceso al tratamiento. Posteriormente, ya se irá trabajando en torno al encuadre del tratamiento y la consecución de los objetivos de la intervención (que acudan a las citas, a los grupos, etc. en el horario establecido). Sin embargo, repetimos, si una mujer acude a pedir ayuda sin disponer de una cita, lo que se haga en ese momento resulta decisivo para atraer o alejar a la mujer del recurso que puede brindarle la ayuda que necesita.

Ya se ha señalado, además, la idoneidad de que en esos primeros momentos la atención la presten profesionales o equipos profesionales compuestos principalmente por mujeres, por lo que no se insistirá más en este punto, pero se trae a modo de recordatorio por su importancia en la acogida.

1. Se señala el androcentrismo de estas prácticas porque se han desarrollado principalmente con hombres, y con ellos funciona en ese sentido de asunción de límites y normativa de un centro. Posiblemente debamos revisar también nuestras prácticas con ellos, toda vez que siempre es costoso pedir ayuda, pero lo cierto es que con las mujeres provoca directamente que la gran mayoría no vuelvan, o tarden mucho en volver.

A3.3. Habilitar espacios-tiempos para las mujeres y también para sus hijos e hijas

Si nuestro centro atiende mayoritariamente a hombres, es una buena práctica concentrar las citas individuales para mujeres, siempre que esto sea posible para ellas, en unas mismas franjas de días y horarios. Esto posibilita que lleguen y encuentren más mujeres en el espacio, de forma que no sientan que son “la excepción”.

Igualmente, disponer de los grupos de mujeres contribuye a que coincidan muchas de ellas a una hora y un día o días determinados. Esos también son momentos idóneos para hacer coincidir las citas de otras mujeres que ingresan y no están aún en espacios de intervención grupal. El hecho de que perciban a un grupo de mujeres, que las vean juntas, en red, hace que se sientan más proclives a acudir.

Es necesario habilitar protocolos y espacios que permitan que puedan venir con sus hijos/as a cargo a la cita o al grupo, y que esto no suponga un problema para ellas. Es recomendable que se habilite un pequeño espacio en la sala de espera para niños y niñas, que sea visible para que todas las personas que acudan al centro sepan que las criaturas son bienvenidas, y así, normalizar esto.

El centro debe facilitar que las mujeres puedan acudir estén en las circunstancias que estén y esto pasa, a veces, por situaciones donde no tienen con quién dejar a sus hijos/as. Intentar forzar que alguien de la familia, o el padre, se hagan cargo, supone una violencia más por nuestra parte, porque por mucho “derecho” que ella tenga a que otras personas que pueden (porque no trabajen, porque busquemos que las apoyen, etc.) se queden con los/as menores, sus circunstancias familiares y relacionales no dependen exclusivamente de ellas.

No se puede priorizar o imponer que las mujeres “aprendan a poner límites a sus familiares”. Nuestro trabajo se debe dirigir a facilitar al máximo que puedan acudir a su espacio de tratamiento. Ante las dificultades expresadas en este sentido, la respuesta es funcionar como recurso de apoyo, no proceder al cuestionamiento o la desconfianza de las mujeres con sentencias como “lo pone de excusa para no venir”.

A3.4. Necesidad de supervisión externa en la intervención terapéutica

Aunque ya se ha abordado al inicio del documento, en el apartado de recomendaciones generales, tampoco está de más recordar otro de los aspectos básicos de cuidado de los equipos y profesionales, y que redundará en la calidad del tratamiento dispensado. Se trata de dar el valor que merecen en todas las modalidades de tratamiento, también en los espacios de tratamiento ambulatorio, al acompañamiento externo experto para supervisar casos y la propia práctica profesional/terapéutica.

Esta herramienta contribuye a detectar posibles transferencias y contratransferencias en relación con la violencia de género: ¿cómo manejo las violencias que he podido recibir

como mujer?, y como hombre ¿cómo me manejo ante las que he podido ejercer específicamente en este área? En general: ¿me cuesta más trabajar con los hombres que han ejercido violencia? Es más: ¿cómo influye que sea hombre o mujer en mi práctica con hombres y mujeres en terapia?

El género es un eje de poder, subordinación y privilegio que nos atraviesa a todas las personas, independientemente de nuestra profesionalidad y, precisamente, es un indicador de calidad que estemos abiertas a revisar nuestras prácticas y enfoques y a poder cuestionarnos y cuestionar para aprender y mejorar. Es necesario internalizar muchas cuestiones, en un proceso que no puede compararse con la adopción de un determinado modelo de intervención (cognitivo conductual, psicoanalítico, gestáltico, etc.) en adicciones, sino que conlleva un cuestionamiento y un trabajo personal profundo (y quizás por eso produce no pocas resistencias).

Como ya se ha señalado, la supervisión puede dirigirse al cuidado de las profesionales en su práctica con las personas usuarias, por lo que debe ir abriendo espacios de reflexión a partir de los casos que ejercen un impacto como profesionales, y que afectan a la salud emocional de las personas que trabajan en esos casos principalmente por la sobrecarga de demanda asistencial que acusan los recursos ambulatorios (ver apartado A3.6).

La realidad muestra que, pese a dispensar más atención a la intervención que se desarrolla en los espacios residenciales de tratamiento, la mayoría de mujeres están ubicadas en espacios de tratamiento ambulatorio o prefieren acudir de forma más o menos regular a esos espacios antes que acudir a un espacio residencial. Cuando se dispone de formación en perspectiva de género y se ha instaurado un protocolo de detección de la violencia de género, se comprueba que la incidencia es muy alta, por lo que resulta del todo necesario que el trabajo ambulatorio integral cuente con espacios de supervisión y acompañamiento de las profesionales.

A3.5. Trabajo en grupo y comunitario entre mujeres

Los beneficios de los espacios grupales para mujeres han sido ampliamente expuestos a lo largo del *Informe de situación* (2021) y en las recomendaciones generales y específicas de esta guía. Se vuelve a incidir en ellos para reforzar la idea de que, a veces, habrá mujeres que sigan yendo al grupo, aunque ya hayan consolidado la abstinencia y estén preparadas para el alta terapéutica, pero desean seguir vinculadas a estos espacios de trabajo porque sienten que allí se las conoce, con toda su historia, y que los grupos les proporcionan “una cuerda de seguridad” ante posibles desestabilizaciones.

Las mujeres permanecen más tiempo en tratamiento ambulatorio cuando el trabajo relacional o sobre el vínculo se ha trabajado bien con ellas. Se mantienen en abstinencia (o la mantienen durante largos periodos), pero desean seguir inmersas en un proyecto ilusionante de vida o porque conciben el grupo como un espacio de pertenencia que les permite autoconocerse y, por tanto, favorece la prevención de recaídas.

Es recomendable dejarlas estar, no forzar la salida o, en todo caso, señalarles que pueden volver siempre que lo necesiten, antes de o ante cualquier consumo-recaída. No se trata, con ello, de generar una dependencia del grupo, sino de proporcionarles espacios de cuidado, valoración y entendimiento, lugares seguros a los que saben que pueden volver para recuperarse de las dificultades que van surgiendo y donde no tienen que esconder que están en riesgo de caer de nuevo en el uso problemático de una sustancia. Se les ofrece el uso del espacio cuando lo requieran, y si vuelven o se mantienen en él una vez alcanzada el alta, se les atiende “cuando puedes y como puedes”. Otra motivación para ellas puede ser convertirse en referentes de otras mujeres que están en etapas más iniciales y es muy necesario para estas últimas, pues no suelen conocer de cerca “casos de éxito” por el tabú que rodea los problemas de consumo y violencia en mujeres.

Si una de las claves de nuestro trabajo es abordar de manera grupal y colectiva los factores de protección individuales y grupales, entendiendo éstos como aquellas características individuales o condiciones contextuales que inhiben o reducen la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o un mayor nivel de implicación en su consumo, el grupo de mujeres puede revelarse entonces como uno de esos factores de protección.

Nuestro objetivo final será también facilitar a las mujeres el vínculo con otros espacios de autoconocimiento desde perspectiva de género, lo cual implica salir de los despachos, acercarse a esos otros espacios e invertir tiempo de trabajo en establecer redes y coordinación, favoreciendo que no se estigmatice o expulse a las mujeres que acuden a él y exponen su problema de consumo problemático de drogas.

A3.6. Carga asistencial y tiempo de proceso

Recordamos que las mujeres que acuden a tratamiento y han sufrido/sufren violencias de género no presentan una homogeneidad en cuanto al momento del proceso en el que acuden solicitando ayuda. Hablamos en apartados previos de la posibilidad de estar situadas en diferentes etapas de cambio, o incluso en etapas de cambio diferentes en función de cada problemática. Sin embargo, es una evidencia que necesitan tiempo y espacio para recuperarse, y que todas las indicaciones que se van recogiendo en esta guía, chocan con la carga asistencial que tienen muchos de los centros de tratamiento en general, principalmente los de carácter ambulatorio.

Las mujeres llegan literalmente con cuestiones y procesos profundos que se deben trabajar y que requieren “su tiempo” de tratamiento, sobre todo en determinados momentos del proceso. Sería recomendable incorporar personal especializado para permitir diversificar la carga asistencial de la profesional de referencia, para que no recaiga sobre una sola figura del equipo toda la intervención que ha de desarrollarse sobre cada paciente, y de hecho, es más que recomendable que al menos haya dos profesionales como referentes del caso.

Debe haber un conocimiento por parte de todo el equipo de las situaciones, objetivos e intervención de cada mujer, así como facilitar que todo el equipo pueda “ir a una” para dar mayor estructura y confianza a las mujeres.

A veces nos encontramos con algunos centros que, en cuanto tienen una compañera especializada en violencia y perspectiva de género, entienden que sea ella la que deba asumir el caso y que, por ello, le adjudiquen todos los casos que presentan ese perfil, desentendiéndose el resto de profesionales de su propia responsabilidad en la formación, en evolucionar y aprender desde el punto de vista profesional.

Los centros deben integrar de forma transversal la perspectiva de género, como hemos repetido a lo largo de todo el texto, y la formación de todo el personal sin excepción. Sin embargo, volvemos a traer esto a colación para señalar que disponer de un equipo interdisciplinar bien formado permite prestar la atención que requieren los procesos tan complejizados con los que acuden las mujeres afectadas por múltiples violencias y otras variables interrelacionadas, sin sobrecargar a ninguna profesional en particular.

A3. ASPECTOS RECOMENDADOS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO



A4

CUESTIONES A INCORPORAR EN RECURSOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

“Nuestra principal labor consiste en poder generar espacios seguros desde los que puedan proyectarse en el futuro...”

“Trabajamos con las mujeres que no quieren en ninguna otra red.”

En la redacción de este apartado queremos hacer mención a las aportaciones de las profesionales entrevistadas, que habitan espacios especialmente atravesados por la complejidad, las desequivalencias sociales y la dificultad. Su mirada permite arrojar luz para la creación y el funcionamiento óptimo de este tipo de recursos. Cuanto más indagamos y aprendemos, más evidente se nos hace la necesidad e idoneidad de su existencia.

Antes de proceder a la lectura de esta parte de la guía, conviene recordar que muchos de los elementos que serían aplicables ya han sido expuestos y que, además, hoy por hoy existen pocos espacios específicos para mujeres que trabajen desde perspectiva de género en la reducción de daños. Por ello, se han aglutinado las recomendaciones dirigidas al trabajo en espacios ambulatorios y espacios residenciales que trabajan desde esta óptica, ya que la única diferencia sustancial es que aquellos que ofrecen pernocta-albergue están abiertos las 24 horas del día, mientras que los dispositivos de carácter ambulatorio tienen horarios que no contemplan las 24 horas.

Otra diferencia importante es que aquellos espacios que cuentan con lugares de consumo supervisado deben tener personal sanitario contratado y preparado para posibles situaciones de crisis.

A4.1. Perfiles vs. situaciones vitales de alta complejidad. “Vulnerables” vs. “vulneradas” en sus derechos

Un aspecto a tener en cuenta y que conviene recordar aquí es el sentido de este informe, es decir ¿de qué hablamos en esta *Guía de Recomendaciones*? Estamos hablando de

trabajar, esto es: acompañar, sostener, posibilitar cambios y mejoras en la calidad de vida de las mujeres con problemas de adicción y víctimas de violencias de género, y que muchas veces, además, se encuentran en situación de calle, en situación de prostitución o de explotación sexual, con problemas de salud mental, con traumas por graves violencias sufridas (a las que han sobrevivido y siguen sobreviviendo), y cualesquiera otras circunstancias que podamos añadir/interseccionar en su situación vital.

Expresado así, por escrito, e incluso en una conversación hablada, parecen enunciados que no sabemos si alcanzan a recoger que todas esas circunstancias no constituyen meras “etiquetas”, sino que reflejan condiciones materiales de vida en las que las mujeres se ven inmersas. Situaciones de extrema gravedad en las que habría que tratar de imaginar cómo nos desenvolveríamos nosotras mismas. Son condiciones de vida complejas, no “perfiles de especial dificultad”, donde las mujeres despliegan múltiples estrategias de supervivencia y de afrontamiento de las violencias sufridas y las que provienen de vivir en dichas situaciones. Muchas veces se comportarán de forma contraria a una lógica de

Es necesario tener y entrenar la capacidad de profesar un profundo respeto hacia los procesos de estas mujeres, aceptándolos, y tratar de acompañarlas a recuperar una vida habitable para sí mismas

autoprotección, tomarán decisiones que evaluaremos “de riesgo” y sufrirán violencias a raíz de esa “exposición” o se mostrarán desafiantes y desconfiadas... Pero, precisamente, si somos conscientes de todo lo que conlleva estar donde y como están, y esto no es una obviedad, nuestra mirada debe estar entrenada y bien asentada en que no puede resultar juzgadora ni culpabilizadora a la par que tampoco victimizadora o incapacitante-infantilizadora.

Dejar de denominarlas como “vulnerables” se hace imprescindible. Son mujeres en todo caso vulneradas, que sobreviven a violencias y lo hacen como pueden en el “tablero” que les ha tocado vivir. Emerge así la necesidad de tener y entrenar la capacidad de profesar un profundo respeto hacia los procesos de estas mujeres, aceptándolos y tratar de acompañarlas en sus itinerarios, dirigidos, entre otras cuestiones, a recuperar una vida habitable para sí mismas.

La actitud intencionada que también debe hacerse presente es la que sugiere el rescate genuino de todo lo positivo que han hecho y siguen haciendo, las estrategias de afrontamiento saludables que sí han aplicado, su capacidad de resiliencia y superación de experiencias vitales tremendamente negativas, etc. y ponerlo en valor continuamente. Acompañar y motivar en cobrar conciencia de lo que podrían cambiar, porque podrán, con apoyo, pero podrán. Y respetar el momento del proceso en que cada una está, y que puede verse afectado y ser variable en el tiempo según las circunstancias.

Así, se convierte en un elemento clave saber evaluar las situaciones que tenemos delante, contando con el posible deterioro emocional, cognitivo en ocasiones, psicológico, etc. que “arrastran”, a la par que valoramos y reforzamos sus estrategias de supervivencia, auto-defensa y resiliencia. Saber trabajar desde la perspectiva de los derechos humanos y la reducción de daños posibilita adecuar los objetivos de trabajo a la realidad y que no nos frustremos como profesionales, entendiendo además la complejidad, la ambivalencia de sus actos, y sabiendo reconocer los “pequeños grandes avances” cuando sí se dan.

Si trabajando en un recurso de reducción de daños fijamos el objetivo de la abstinencia (es decir: lo tenemos en mente/lo proyectamos como objetivo-meta a alcanzar con nuestra acción), posiblemente nos quememos (síndrome de *burn-out*) o sencillamente erremos en nuestro quehacer. El problema no reside en que la usuaria no lo alcance, sino en el error que supone que como profesionales en un recurso de esas características mantengamos dichas expectativas. Será más adecuado acompañar, por ejemplo, que las mujeres puedan acudir a recursos de Salud Mental (si no contamos con psiquiatra propia en el equipo) y/o Atención Primaria donde pueda evaluarse su situación, y que tomen de forma regular, por ejemplo, la medicación que les va a permitir ir mejorando desde el punto de vista sanitario. Otro objetivo puede perseguir cuestiones básicas como entrenar y hacer propios los hábitos de autocuidado relacionados con higiene, alimentación y sueño, que les permitan moverse a partir de una estructura y unas pautas temporales diarias que van a derivar en una mejor regulación cognitiva. Ofrecer espacios de descanso y recuperación es básico tanto en albergues como en centros ambulatorios. Sólo a partir de los logros sobre aspectos básicos de supervivencia es posible ir avanzando. Por eso resulta tan importante fijar unos objetivos realistas acordes a las necesidades básicas con las que acuden algunas de ellas. Otras, por supuesto, no presentarán esas necesidades, pero sí otras más perentorias que lo que tenga que ver con el consumo, por lo que habrá que atender primero a lo más urgente para cada una de ellas.

A4.2. Trabajar desde la aceptación incondicional y desde/en pos de lo colectivo

“Más allá de la provisión de servicios, se promueve el activismo para alcanzar la libertad y la justicia social en las políticas de drogas, porque muy a menudo, éstas se diseñan e implementan sin y/o en contra de las personas más afectadas por ellas, es decir, quienes las consumen. [...] Las personas que consumen son parte de la solución del problema y expertas en sus vidas.”

Los espacios que intervienen desde la óptica de la reducción del daño y perspectiva de género, tanto en modalidad ambulatoria como residencial, asumen como filosofía de partida que la salida/expulsión del recurso como medida educativa no es una opción. Esto nuevamente tiene que ver con un principio de aceptación incondicional de las usuarias y con el establecimiento de espacios de cobijo, y no tanto con una óptica de los límites impuestos desde afuera.

Un espacio específico de mujeres asegura que la violencia de género no va a producirse en él, pero eso no significa que sea un espacio libre de toda violencia, porque, de hecho, la experiencia muestra que ellas mismas reproducen violencias las unas sobre las otras en un cotidiano atravesado por la dificultad y el daño. Labor educativa será que vayan interiorizando que el espacio de cobijo se construye desde un común relacional, entre mujeres, y que hay que cuidar cómo se relacionan (nos relacionamos)¹ las unas con las otras. Como se ha señalado, el pacto intragénero no se da “espontáneamente” entre mujeres y

1. Es interesante y conveniente poner de relieve que las profesionales también se ven afectadas por las relaciones intragénero.

hay que trabajar intencionalmente para generarlo. Tal y como se ha manifestado respecto a los espacios de tratamiento, las mujeres que habitan los dispositivos de reducción del daño también suelen pedir que existan medidas sancionadoras para las otras mujeres ante picos de agresividad o confrontamientos, robos, etc. En estos casos, el equipo debe trabajar la toma de acuerdos a través del diálogo, trasladando a las usuarias la idea de que el logro de un espacio de seguridad también va a depender de ellas mismas y de cómo se relacionan. Se les transmite también la idea de que para poder permanecer en el espacio en condiciones aceptables para todas las que conviven en él, las violencias y los ataques de ira, por ejemplo, deben evitarse, y si se producen, se trabajan desde la pacificación y la separación de las personas en conflicto. Esas conductas pueden ser analizadas posteriormente con la mujer o mujeres implicadas, procurando que identifiquen cada una de ellas de dónde proviene su ira, para poder encontrar otras formas de canalizarla, toda vez que ese contenido pasa a ser objeto de trabajo en terapia, con la profesional de referencia.

Toda acción que conlleve la alteración de la convivencia, que sea contraria a la generación de espacios de seguridad o sea disruptiva con relación a la buena marcha y funcionamiento del espacio, deberá ser trabajada desde una lógica de intervención no sancionadora, sino educativa, y de transformación personal y colectiva.

No es impensable trabajar desde y en pos de las emociones éticas, del sentimiento de pertenencia, del cuidado de lo personal a través de lo colectivo y viceversa.

Las educadoras deben ser conscientes de su tono de voz, lenguaje no verbal, mensajes empleados ante situaciones conflictivas, etc. y formarse para la prevención e intervención en situaciones de crisis

A veces pueden darse episodios de agresividad hacia el equipo profesional, y es labor del mismo acoger igualmente esa conducta y actuar desde el entendimiento profundo del lugar en el que están las mujeres. No se trata de no intervenir, sino hacerlo de nuevo desde un lugar no sancionador que permita articular otra forma de expresión de malestares, resolución de conflictos y regulación emocional. De hecho, las educadoras y el equipo que más en contacto estén con las mujeres,

deben ser conscientes de su propio tono de voz, el lenguaje no verbal que emplean, los mensajes que dan ante situaciones conflictivas, etc. y formarse para la prevención e intervención en situaciones de crisis. En los centros que están funcionando desde este tipo de lógicas actualmente no se percibe que haya una especial conflictividad, antes al contrario, puesto que las propias mujeres desarrollan estrategias de protección del espacio y la convivencia.

Por último, es conveniente que cada profesional explore sus motivaciones y propias emociones ante el tipo de situaciones con las que trabaja, de forma que pueda elevar a categoría consciente posibles violencias que puedan darse en sus actuaciones hacia las mujeres, aunque no sea su intención. Estas pueden ir desde la proyección de expectativas y objetivos sobre las mujeres, a la “disociación” absoluta con respecto a la tarea y, por tanto, de las mujeres y las violencias que han sufrido y puedan sufrir, pasando por erigirse como “salvadoras” o esperar agradecimiento por parte de las mujeres que están en el recurso.

A4.3. “Devolverles” su vida. La ausencia de normativa rígida como elemento de recuperación

*“—¡En este centro no sancionáis! ¡No se hace nada!
—Si yo aplico lo que me estás diciendo, a ti te teníamos que haber expulsado
hace una semana por lo mismo.”*

El enunciado “devolverles” su vida puede antojarse “poético” o hasta “naif”, pero en realidad encierra un objetivo de profundo calado que debería guiar toda intervención en violencia y adicciones en mujeres, tanto en tratamiento como en reducción del daño.

En el caso de los centros de “baja exigencia”/reducción del daño, esa máxima cobra aún mayor sentido, por cuanto que se trabaja con mujeres que o bien están “muy hechas a la calle” (han incorporado las costumbres que resultan útiles en la “calle”, en contextos de consumo, etc.), o bien están totalmente institucionalizadas desde otras redes o espacios muy normativos. En cualquiera de los dos casos se da el común de que la norma es el elemento de referencia en su toma de decisiones. De ahí la importancia de trabajar desde otro lugar; uno que posibilite que se centren en sí mismas, que trate de identificar el sentido o el porqué y para qué de sus conductas y decisiones, evitando que o bien su objetivo pase por el estricto cumplimiento de la norma, es decir, del deseo de acoplarse a ella y que la misma tutorice su proceso, o bien, por otro lado, que sea contrariamente el salto de la norma lo que guíe todas sus conductas.

Se recomienda trabajar desde los acuerdos y las medidas negociadas entre equipo y usuarias y no desde las sanciones; una filosofía de trabajo que permite llegar a acuerdos con cada mujer favorece la necesaria individualización² y le hace sentirse parte de su proceso y, sobre todo, parte del recurso.

A lo largo de las páginas previas ya se han expuesto una serie de aspectos que también se han de incorporar en los recursos que trabajan desde el enfoque de reducción de daños y no queremos redundar en ellos, pero sí conviene recordar que este tipo de dispositivos reúnen una serie de particularidades de carácter organizativo y normativo, sobre todo cuando, como ya se ha señalado, la salida temporal o definitiva del recurso, es decir, la expulsión, no se concibe como opción. Así:

- No se sanciona el consumo dentro del espacio, sino que se establecen lugares concretos de consumo supervisado/acompañado por personal sanitario, donde éste se realiza de forma tranquila, mientras que educativamente se trabaja para reducir los daños asociados al consumo, algunas formas de consumo en particular (y de mayor riesgo, como por ejemplo la de inyectarse en el cuello, genitales, etc.) y/o se trabaja sobre la reducción del propio consumo si así lo desea la usuaria.

En esta modalidad de atención los consumos se convierten en una opción de trabajo, porque se parte de que el problema no está en que la mujer consume, sino dónde,

2. Está ampliamente contrastado desde diversas disciplinas, que el género dista mucho de favorecer/proporcionar un proceso de individuación en las mujeres; antes al contrario, puesto que construye su subjetividad y autoestima en relación con las personas importantes para ella. Para una profundización en esta materia acudir a Lagarde (2001).

cómo, con quién, cuánto, por qué o para qué, etc. se consume. Por ejemplo, se trabaja con ella en si lo que se consume es una sustancia problematizada para ella o no, o si se la administra a través de una vía que es dañina para ella o no. Se trabaja por cambiar lo que resulta perjudicial o dañino (incluido el con quién) para ir dándole valor a los pequeños cambios en ese sentido, afianzando todo lo que redunde en el autocuidado relacionado con el consumo.

El consumo normalmente ha tenido una función en sus vidas, ha sido su herramienta de afrontamiento de las violencias. Así entendido, se asume que una mujer no puede abandonar la herramienta que le ha resultado útil para afrontar sus experiencias dolorosas y traumáticas si no aprende o se dota de otras herramientas alternativas que cumplan con la misma función. Es labor de estos espacios trabajar en la generación o adopción de formas alternativas de afrontamiento, así como en la prevención de las situaciones de violencia y en estrategias de autocuidado. No cuestionar/penalizar el consumo en sí, y trabajar desde ahí, permite abordar cuestiones que si no, quedan invisibilizadas.

- Como ya se ha señalado, en espacios de convivencia donde las mujeres compartan habitación³, cuando una de ellas llega demasiado alterada por la sustancia y/o por las circunstancias que ha vivido fuera del centro —lo cual puede darse de forma más habitual en este tipo de recursos que en los de tratamiento, por las circunstancias vitales en que se encuentran las mujeres—, se aconseja que se proceda con una filosofía y actitud acogedora, en un espacio aparte, acordando con ella que no puede acceder a espacios comunes hasta que esté más relajada (esto se habrá hablado previamente con todas las mujeres convivientes, porque a ninguna le gusta que otra compañera irrumpa en la habitación donde descansa). Se dejará para el día siguiente, cuando la mujer se encuentre mejor, el abordaje de la situación de llegada (qué le alteró, cómo se encuentra, por qué cree que llegó así al recurso, etc.).
- Tampoco se sanciona la agresividad, sino que se trabaja para aprender a canalizarla. Se intenta que aprendan a manejar de otra forma emociones como la ira, la rabia, la frustración, etc. Estos espacios deberían funcionar sobre la base de las relaciones de confianza y apoyo mutuo. Si aparece la posibilidad de que dentro de los centros ocurran episodios de violencia, dejan, *de facto*, de ser espacios de seguridad para todas. Desde esta óptica, la reducción del daño no sólo se aplica a los problemas de abuso de drogas, sino también a los de violencia, ya que, de la misma manera que los consumos eran herramientas de afrontamiento de experiencias traumáticas, la agresividad resulta ser, igualmente, un mecanismo de supervivencia más. Si se les muestra que el uso de la violencia no resulta una herramienta útil dentro del centro, porque en él no están en situación de supervivencia, todo lo contrario, tendrán que aprender otras estrategias más adecuadas para afrontar las situaciones conflictivas para ellas que surgen en estos espacios y que nunca son, de ninguna manera, circunstancias que requieran el uso de la violencia. Se aconseja presentarles y trabajar otras opciones de comportamiento y emocionales para conducirse, que les permitan (sobre)vivir en un “hogar” y hacer de esos espacios lugares más habitables para todas.

3. Lo ideal sería que no se compartieran, o que como mucho hubiera dos personas por habitación. Sin embargo, por razones obvias de arquitectura y presupuesto, la mayoría de las veces esto no será posible, y compartirán espacio más de dos mujeres.

- No se sanciona que roben, se busca la reparación del daño y la restauración de lo robado, si es posible. En caso contrario, se les propone que realicen trabajos que proporcionen un bien común dentro del centro. También se les proporcionan espacios seguros donde puedan guardar sus pertenencias para evitar este tipo de sucesos, que en las circunstancias en las que se encuentran, pueden darse fácilmente hasta que se crea en cada una de ellas la emoción ética que posibilita que “allí dentro no se roba”.
- No hay una normativa rígida de horarios de entrada y salida, sino que se funciona desde las necesidades y demandas concretas que plantea cada mujer. El centro debería configurarse como un lugar al que pueden volver SIEMPRE. Por la noche se cierra (“se echa la llave”) y se recomienda no salir; pero si deciden salir, la intervención o trabajo debe encaminarse a que tengan claro que, pase lo que pase, pueden volver cuando lo necesiten y decidan. En este tipo de trabajo no caben culpas, resquemores, sentir que nos han defraudado, etc.⁴ El trabajo que se considera más adecuado será aquel que profundice con ellas en los “saltos” de las recomendaciones de autocuidados, pero siempre desde un lugar que no les haga sentir vergüenza o rechazo, que no les haga sentir que han “quemado” el recurso. De alguna manera, el vínculo creado permitirá que entiendan que el trabajo sobre esas cuestiones no supone la ruptura de la relación con las profesionales ni con el recurso y que, por ello, sigue siendo un espacio al que pueden volver y del que forman parte.
- Tradicionalmente, en reducción del daño se ha trabajado desde una óptica de organización de los centros que conlleva que todo se rija por horarios y turnos más o menos rígidos, contando con que se va a estar con población con especial conflictividad. Sin embargo, las experiencias de trabajo desde perspectiva de género parten de que es el propio centro el que se debe adaptar a las necesidades concretas de cada mujer y no al revés. Esto pasa por eliminar, por ejemplo, los turnos para la lavandería o las duchas y adoptar al respecto acuerdos entre todas las usuarias que conviven en el recurso (sea éste ambulatorio o residencial). Los espacios no se usan por turnos o numeración (que es lo habitual en otros espacios de “baja exigencia” y emergencia, para organizar más fácilmente todo) sino que se usan y organizan a partir de una lógica del cuidado común, el respeto y la comodidad entre todas y cada una de ellas.
- Hay mujeres que sí acudirán a los espacios de trabajo convencionales con cita previa (con la educadora, la trabajadora social, la psicóloga, enfermería, etc.) y otras que sin embargo, no acudirán, y con quienes para que la intervención pueda darse, tendrá que aprovecharse el espacio de consumo, el momento de fumar, de poner la lavadora, de comer, etc. Lo central es que aquellas con quienes no funcionan los espacios “formales”, no por ello dejan de ser susceptibles de acompañamiento e intervención. Se trata de aceptar en estos espacios que algunas mujeres están en otro momento y el medio de

Las experiencias de trabajo desde perspectiva de género parten de que es el propio centro el que se debe adaptar a las necesidades concretas de cada mujer y no al revés

4. Se hace hincapié en esta cuestión porque, en algunas de estas situaciones, las mujeres realizan consumos de alto riesgo, o se ven en situaciones donde son agredidas y es importante que puedan/deseen acudir al espacio de cobijo que supone un centro de estas características. Y esto debe ser así siempre, sin que las profesionales “desesperen” porque al día siguiente vuelvan a marcharse y colocarse en esa situación de riesgo y/o violencia para ellas.

intervenir con ellas no será el convencional. La metodología que prima, desde ahí, es la que dicta que lo recomendable es aprovechar cualquier momento y espacio para hacerlo educativo (por lo que las educadoras, por ejemplo, no se limitan a permanecer en su despacho, sino que será deseable que transiten la mayoría del tiempo por los espacios comunes y de relación).

Este tipo de organización interna resulta más complicada y ardua para el equipo pero, como se ha señalado, en el caso de las mujeres en las que confluyen múltiples ejes de exclusión, proceder así se torna necesario para favorecer sus procesos de autonomía, capacidad de agencia y, sobre todo, para desarrollar un trabajo de lo personal en clave política de género⁵. De hecho, si realmente se trabaja para favorecer su auto-organización, la experiencia muestra que pueden darse procesos muy interesantes desde el punto de vista grupal y comunitario.

A4.4. Trabajar con la violencia sexual y otras violencias de género graves

Las mujeres que están ubicadas en recursos de reducción del daño han sufrido violencias graves a las que han sobrevivido, pero de las que no han salido indemnes. Posiblemente esas experiencias vuelvan a ocurrir en sus vidas, puesto que los contextos de drogodependencia y marginalidad/exclusión social en los que se desenvuelven, se caracterizan precisamente por elevados niveles de violencia de género explícita, y ellas quedan expuestas a esas violencias cuando los transitan.

Es habitual que, cuando no se dispone de formación ni en género ni en las consecuencias de las violencias/traumas en la vida, la subjetividad y el comportamiento de las mujeres, se tienda a culpabilizarlas, tanto desde los equipos profesionales de los recursos, como por parte de agentes policiales o de la sanidad, por salir del centro e irse a esos contextos de consumo/violencia y, por ende, por “haberse puesto en riesgo” y experimentar finalmente violencias graves. Los equipos de los recursos con perspectiva de género deben estar especialmente preparados para acoger y evitar este tipo de intervenciones que no hacen sino revictimizar a las mujeres por sus decisiones, y sí para priorizar la atención y la oferta de un espacio de descanso y de acompañamiento al hospital o a los recursos o lugares que ella considere necesarios. Sucede que, a veces, ellas no quieren ir a los hospitales o a comisaria a denunciar, porque allí viven situaciones de revictimización dado que se las cuestiona y culpabiliza⁶. El personal que trabaja en estos contextos debería estar preparado para saber acoger y acompañar, para preguntarle/se: ¿qué necesita? ¿descansar en una habitación sola? ¿asistencia médica? ¿acompañamiento psicológico?

5. Esta expresión hace referencia a la toma de conciencia como mujeres del lugar estructural que ocupa el género, y las consecuencias que ello conlleva en la vida de las mismas. Se ha explicado abundantemente en Lagarde (2001), Maquieira y Beltrán (2001), Simón (1999).

6. Esta cuestión es recurrente en los procesos de violencia sexual en mujeres que consumen o abusan de sustancias. Prevalce cierta cultura de la violación, que justifica que una mujer bajo efecto de sustancias “se expone” y “pone en riesgo” al consumir y “puede pasarle algo”. El punto no sería discutir la obviedad de que puede sucederle, sino depositar la atención en que no puede haber una justificación y culpabilización de la mujer por haber consumido. La causa de la violencia sexual es el sistema sexo-género (la violencia de género es consustancial a dicho sistema).

¿no hablar de ello? ¿hablar? ¿dormir? ¿llorar? ¿distrarse? El centro debería dar respuesta a las necesidades que ella manifieste o, dicho de otro modo, lo que ella necesite debería ser el eje de cualquier actuación.

Si no desea acudir a un hospital y se aprecian daños evidentes, como un dolor pélvico intenso, por ejemplo, es necesario ayudarle a tomar la decisión de ir para una revisión, procurando desarrollar un trabajo de mediación entre la mujer y otras/os profesionales. Se sugiere acompañarlas y nunca dejarlas solas. Las mujeres que sobreviven a violencias sexuales remiten demasiado a menudo episodios de revictimización al ser atendidas; hecho que se ve acentuado con mujeres que están en situación de calle y/o prostitución, presentan usos problemáticos de drogas, etc., que han sido agredidas en numerosas ocasiones y “son conocidas” en los hospitales, comisarías, etc.

Muchos de los ataques sexuales que sufren las mujeres se producen en contextos con hombres que conocen y con los que mantienen algún tipo de relación. Como nos explica Inés Hercovich⁷, en estas circunstancias es probable que se dé lo que ella denomina una “negociación de sexo a cambio de vida”. Es decir, en situación de peligro/ataque sexual es posible que las mujeres utilicen como estrategia la negociación del sexo (recordemos: que no es en una relación consensuada, es de ataque/violencia) a cambio de no sufrir más daño o incluso evitar la muerte; sin embargo, frente a ello, los mecanismos que ponen en marcha las/os profesionales suelen ser erróneos, y se tiende o bien a victimizar a la mujer sin escuchar las estrategias que empleó para sobrevivir al ataque (“pobrecita, estaba aterrorizada”), o bien a culpabilizarlas precisamente por emplear estrategias de supervivencia (“si se dejó y no se resistió, tan víctima no fue”). Tanto una como la otra posición denotan la incapacidad para comprender que lo absolutamente cierto es que ella no quería ese tipo de relaciones, y que eso debería bastar para que nunca se produjesen.

A4.5. Servicios de educación de calle y acompañamiento en medio abierto

Ya se ha dicho en un sinfín de ocasiones que es importante contar en cualquier tipo de recurso con un espacio de cobijo físico al que las mujeres puedan acudir. Sin embargo, los servicios de educación de calle y medio abierto también constituyen figuras indispensables según el caso. En el acceso al centro es necesario que las y los profesionales salgan de sus despachos para establecer vínculo con las mujeres en sus espacios de relación, es decir, en la calle, tratando de contactar especialmente con poblaciones de mujeres que no llegan al recurso (espacios de prostitución, explotación sexual y/o trabajo sexual, por ejemplo, en albergues, en el acceso a puntos de tráfico de sustancias, etc.).

Una vez exista el recurso especializado que funcione desde los parámetros sugeridos en esta guía y esté en marcha, el “boca a boca” entre las mujeres resulta determinante. Si se sienten acogidas, respetadas y acompañadas, es decir, han recibido un buen trato en

7. Inés Hercovich. Ponencia pronunciada el 24 de septiembre de 2015, en el contexto de un encuentro TED – Río de la Plata. Fue publicada en noviembre de 2017. Disponible en: https://www.ted.com/talks/ines_hercovich_why_women_stay_silent_after_sexual_assault?language=es#t-838412

el dispositivo, se lo hacen saber a otras mujeres y termina funcionando. De hecho, la metodología de ‘bola de nieve’ ha demostrado ser clave en las intervenciones de reducción de daños.

En cualquier caso, es importante no perder de vista el valor que aporta que un equipo conformado por educadora/s y psicóloga/s⁸, por ejemplo, transite de forma permanente por los lugares por donde “se mueven” estas mujeres y se brinden para atenderlas *in situ*, porque eso facilita que las mujeres vinculen, confíen y posteriormente acudan a recursos fijos (centro de día, albergue, sala de consumo, etc.). Además, este mismo equipo itinerante/ambulatorio puede ser el encargado de acompañar a las mujeres a esos recursos, realizar gestiones y trámites, acudir a revisiones médicas, etc.

A4.6. Espacios de pernocta y alternativa habitacional

La experiencia muestra que una de las principales dificultades para que las mujeres no vuelvan con el agresor es la falta de alternativa de vivienda, de opciones habitacionales o de pernocta. Cuando las mujeres se encuentran con que no tienen a nadie más que a su agresor como vínculo “de apoyo”, es muy fácil que vuelvan con él, más si cabe cuando ni siquiera tienen un espacio alternativo donde quedarse. Aun así, puede que vuelvan con él (esto pasa en muchas relaciones de pareja/expareja también en espacios de tratamiento y entre mujeres que no tienen un problema de adicción), pero no tener alternativa habitacional precipita el proceso, al no percibirse otra solución posible ante la inminencia de volver o llegar a la situación de calle (muchas mujeres prefieren seguir con hombres con los que no quieren estar para evitar acabar en situación de calle).

Por esta razón, los espacios ambulatorios y albergues para mujeres que disponen de enfoque de género no establecen un máximo de tiempo de estancia, los tiempos en el recurso son los que la mujer necesite y desee. De hecho, habrá mujeres que, para alcanzar una mayor autonomía puedan pasar a vivir en una pensión⁹, por ejemplo, mientras que otras seguirán necesitando del espacio colectivo y más protegido que es el albergue o centro de día. Por último, lo dicho permite realizar una última recomendación: que no se debe considerar este tipo de espacios como la alternativa de referencia para mujeres consumidoras que nunca han estado en una situación de exclusión social y residencial grave (es decir, sin hogar o de calle) y que, por ejemplo, van a sufrir un desahucio o no disponen de recursos, porque dependen del agresor a nivel económico. La red de atención a personas consumidoras en situación de calle no es (no debe ser) un recurso de derivación de mujeres que afrontan violencias y necesitan una alternativa habitacional, sino que deberían ser los recursos de larga estancia que existen en las redes de atención a la violencia de género en la pareja/expareja la alternativa en estos casos; unos espacios accesibles para todas las mujeres, también para las consumidoras.

8. Hablamos en femenino por la consigna de que los equipos deben estar compuestos principalmente por mujeres, pero no es en absoluto descartable que pueda haber hombres en el equipo.

9. Que, por lo demás, suelen ser también medios bastante hostiles para las mujeres y a la par de riesgo desde una perspectiva de la violencia de género.

A4. ASPECTOS RECOMENDADOS EN RECURSOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO (RESIDENCIAL Y AMBULATORIO)

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO EN ESTA GUÍA?

De acompañar, sostener, posibilitar cambios y mejoras en la calidad de vida de las mujeres con problemas de adicción y víctimas de violencias de género y que, muchas veces, se encuentran en situación de calle, en situación de prostitución o de explotación sexual, con problemas de salud mental, con traumas por graves violencias sufridas (a las que han sobrevivido y siguen sobreviviendo), y cualesquiera otras circunstancias que podamos añadir/interseccionar en su situación vital.

¿SOMOS CONSCIENTES EN REALIDAD DE “LO” QUE TENEMOS DELANTE?



Los espacio para mujeres consumidoras en situación de exclusión residencial de calle/sin hogar, no deberían ser recurso de derivación de mujeres que afrontan violencias y necesitan una alternativa habitacional, sino que deberían ser los recursos de larga estancia que existen en las redes de atención a la violencia de género en la pareja/expareja la alternativa en estos casos; unos espacios accesibles para todas las mujeres, también las consumidoras.



ESQUEMA COMPLETO DE RECOMENDACIONES

A1. ASPECTOS BÁSICOS GENERALES EN TODA MODALIDAD (TRATAMIENTO-REDUCCIÓN DEL DAÑO Y RESIDENCIAL-AMBULATORIO)

TRES CUESTIONES MATERIALES DE BASE

- Equipos no precarizados para una atención sostenible
- Equipos interdisciplinarios
- Supervisión externa
- Dinámicas de autocuidado

- Financiación a largo plazo
- Sostenibilidad económica
- Implicación de la Administración

- Sensibilización y formación de los equipos de intervención
- La necesidad de la especialización y el acompañamiento experto
- La formación en perspectiva de género de los equipos supone un indicador de calidad de los servicios, exigible desde las Administraciones para optimizar la intervención en adicciones y violencia

FILOSOFÍA CENTRAL

- Garantizar espacios de cobijo y recuperación frente a las violencias de género
- Analizar y concebir la intervención en términos de protección, sin supeditarla a que persista la abstinencia

- Óptica integral de comprensión y atención a las mujeres
- Respuesta flexible, pero especializada, capaz de acoger y trabajar con los múltiples factores en interrelación que atraviesan sus vidas, sin que los mismos se conviertan en factores de exclusión y/o expulsión de los recursos/programas

CARACTERÍSTICAS GENERALES

- Espacios no mixtos
- Creación de espacios de seguridad

- Atención en equipos compuestos principalmente por mujeres

- Modelos de atención centrados en proporcionar seguridad y cobijo: establecimiento de un *continuum* de intervención "reducción del daño-tratamiento" según los objetivos de/con cada mujer

- Acompañamiento respetuoso
- Aceptación incondicional

- Trabajar para/desde la reparación del vínculo y la confianza

- Entrevista motivacional y modelo transteórico del cambio con perspectiva de género

Intervención grupal desde perspectiva de género

"Desnaturalización y "visibilización" de la violencia. Desculpabilización y adquisición de conciencia y estrategias que permitan evitar la reproducción de las situaciones de vulneración.

Objetivos finales centrales:

- Empoderamiento, mejora de la autoestima, del autoconcepto y el logro de su independencia.
- Trabajar la falta de pacto intragénero.
- Incorporación del trabajo en trauma.
- Definir el trabajo grupal siguiendo propuestas ya publicadas.

Los grupos de mujeres no son algo "improvisado": hay material de trabajo (metodología, contenidos, estructura...)

El binomio abuso de drogas-violencia en interacción
Sistematizar la información

Atención integral a violencia y abuso de drogas
Enfoque y actuaciones desde perspectiva interseccional

Indicadores de evaluación adaptados
Cambiar el prisma de cantidad por calidad
Reelaboración constante según el proceso
Supervisión externa

Coordinación/articulación "real"
entre servicios de diferentes redes
Coordinación con espacios comunitarios y feministas
Coordinación con UFAM y otros cuerpos de seguridad

A2. ASPECTOS RECOMENDADOS EN TRATAMIENTO RESIDENCIAL

CARACTERÍSTICAS DEL RECURSO

- Recursos en entorno urbano, con servicios de proximidad accesibles (colegios, centros de salud, ocio, comercios, etc.)
- Habitaciones no compartidas, preparadas para convivencia unidades familiares madres + hijos/as y con espacios separados según etapas y objetivos de las mujeres

LA ABSTINENCIA NO ES UN REQUISITO PREVIO

Se trabaja en el recurso desde un lugar de cobijo

CUIDAR EL PROCESO DE ENTRADA Y SALIDA DEL RECURSO

No se deriva o se viene derivada. Se acompañan procesos

CAMBIO DE NORMATIVA Y FUNCIONAMIENTO INTERNO

- Normativa flexible y adaptable ((salvo tres cuestiones no negociables, en relación directa con la generación de un espacio de seguridad, no introducción ni consumo de sustancias dentro del recurso; no violencia; confidencialidad)
- Marco de funcionamiento mediante acuerdos y consensos
- Ausencia de un sistema de sanciones/amonestaciones

ESPACIOS GRUPALES TERAPÉUTICOS Y EDUCATIVOS BIEN DEFINIDOS

que dotan de estructura y marco de funcionamiento

LA PRESENCIA DE HIJOS/AS EN EL TRATAMIENTO

- Habilitación de espacios de convivencia por unidad familiar
- Espacios infantiles dedicados
- Servicios de proximidad
- Plan propio de intervención
- Personal especializado
- Coordinación con otras redes
- Etcétera

ACOMPañAMIENTO RESPETUOSO EN TODAS LAS ÁREAS

En la definición de los objetivos, en la planificación de actividades, en los controles analíticos, en la relación materno-filial...

EL TRABAJO SOBRE OTRAS PROBLEMÁTICAS

que surgen "al poder ser ellas mismas" sin normativa rígida:

- TCA
- Compras compulsivas
- Abuso de juegos en el móvil
- Sobreexposición en redes
- Etcétera

OCIO Y TIEMPO LIBRE DESDE PERSPECTIVA DE GÉNERO

Tiempo para sí. El lugar del placer en su vida como mujeres

ACOMPañAMIENTO POSTERIOR AL ALTA TERAPÉUTICA

La autonomía es un momento que necesita acompañamiento

A3. ASPECTOS RECOMENDADOS EN TRATAMIENTO AMBULATORIO



A4. ASPECTOS RECOMENDADOS EN RECURSOS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO (RESIDENCIAL Y AMBULATORIO)

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO EN ESTA GUÍA?

De acompañar, sostener, posibilitar cambios y mejoras en la calidad de vida de las mujeres con problemas de adicción y víctimas de violencias de género y que, muchas veces, se encuentran en situación de calle, en situación de prostitución o de explotación sexual, con problemas de salud mental, con traumas por graves violencias sufridas (a las que han sobrevivido y siguen sobreviviendo), y cualesquiera otras circunstancias que podamos añadir/interseccionar en su situación vital.

¿SOMOS CONSCIENTES EN REALIDAD DE “LO” QUE TENEMOS DELANTE?



Los espacio para mujeres consumidoras en situación de exclusión residencial de calle/sin hogar, no deberían ser recurso de derivación de mujeres que afrontan violencias y necesitan una alternativa habitacional, sino que deberían ser los recursos de larga estancia que existen en las redes de atención a la violencia de género en la pareja/expareja la alternativa en estos casos; unos espacios accesibles para todas las mujeres, también las consumidoras.



B

**EXPERIENCIAS EUROPEAS E INTERNACIONALES
DE SERVICIOS INTEGRADOS PARA MUJERES**

En este apartado del estudio se ha perseguido plasmar los contenidos de textos académicos, informes y memorias que, tanto a nivel conceptual como a partir de las evaluaciones sobre programas existentes, incluyen sugerencias para el diseño de recursos de tratamiento integrados para mujeres con problemas de abuso de drogas que sobreviven a las violencias de género.

Lo cierto es que existe más literatura que recursos con esas características porque, como se desprende de la revisión, construirlos o complementar los existentes (de drogas o de atención a las violencias) incluyendo todos los servicios que deberían ofertar para ser realmente integrados, sobre todo si se pretende ofrecer esas diversas atenciones *in situ*, es decir, en el propio dispositivo, no es una tarea fácil.

En este apartado, precisamente, se pretende:

1. Mostrar las necesidades de las mujeres potenciales usuarias de los recursos integrados e identificar los servicios que mejor se adecúan a sus demandas.
2. Mostrar las dificultades más comunes que surgen en el diseño de recursos de estas características y las posibles soluciones halladas.
3. Reflejar los datos de las evaluaciones realizadas a algunos dispositivos diseñados en esta línea; ya que la evaluación, a la postre, es la herramienta que permite confirmar la eficacia y pertinencia de tales recursos.
4. Exponer sendos ejemplos de dispositivos integrados para mujeres con problemas de abuso de drogas y otros ejes de exclusión en intersección, uno de los cuales está orientado a la abstinencia y otro a la reducción de daños.
5. Otras cuestiones de interés.

B1

LAS NECESIDADES DE LAS MUJERES CON USOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS DESDE UNA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

Si bien en el anterior *Informe de situación* (2021) se mencionaron los diversos ejes de vulneración que atravesaban a las mujeres con problemas de drogas y violencias, y se analizó en extensión cada uno de esos elementos de exclusión, en éste se ha de reflejar el avance en la comprensión de la intersección de todos esos elementos y en la necesidad de que cualquier intento de intervención pasa por organizar una respuesta integrada de todos ellos. La revisión de la literatura, sobre todo la estadounidense, refleja que desde los noventa, ya se percibía que el abordaje del binomio drogas-violencia debía ampliarse necesariamente y contemplar el impacto de esa díada sobre la salud (entendida de forma holística, integrando la salud mental, física, emocional, sexual y reproductiva, etc.)¹ de las afectadas, así como el de otras problemáticas derivadas de esa interacción. Este análisis de intersecciones permite entender cómo la convergencia de discriminaciones impacta en el acceso de las mujeres menos favorecidas a sus derechos, oportunidades, servicios de salud, vivienda, derechos humanos, ofertas laborales, privilegios de servicio, etc., lo que desencadena una realidad de desigualdades que somete a estas personas a un mayor riesgo de experimentar violencias.

A continuación, se parte de lo más sencillo, o sea, de la comprensión de la relación de los dos elementos centrales (drogas-violencia), para ir añadiendo progresivamente otros elementos en relación hasta reflejar la complejidad del tema en cuestión. Buena parte de la información que aparecerá proviene de un extenso artículo de Stocco, Simonelli, Capra y De Palo (2012) que juzgamos importante, ya que este equipo, además de investigar, es parte del personal de la plantilla “Casa Aurora”, que constituye uno de los ejemplos de re-

1. Como se podrá observar, a pesar de una concepción holística de la salud, hay tres apartados que separan varias dimensiones de la misma, en aras de centrarse en cada uno de los aspectos que se destacan. Sin embargo, en ningún momento hay que perder de vista que todos estos apartados están interconectados y en relación. Abordarlo de forma separada en aras de una claridad en la exposición de los mismos no significa que se conciban de forma independiente unos de otros. La conexión entre trauma-consumo-salud es evidente y no siempre las enfermedades o ausencia de salud tienen un origen localizado en el abuso de sustancias. Muchos problemas “físicos” y también a nivel de aparato reproductor/genitales pueden estar relacionados con vivencias traumáticas, y como ya se ha expuesto profusamente en el *Informe de situación* y en esta guía, el propio abuso de sustancias puede tener su origen en estas vivencias traumáticas.

curso integrado para mujeres con problemas de drogas, supervivientes de violencias y con criaturas, orientado a la abstinencia, que se mostrará al final de este apartado de revisión de experiencias y evidencias europeas e internacionales.

B1.1. Respetto de la relación consumo de drogas y violencia

Las últimas y más recientes perspectivas en el análisis de la relación entre el abuso de drogas y las violencias de género que experimentan las mujeres interpretan que ambas problemáticas tienen un efecto recíproco, de tal manera que la experimentación de violencias presentes o pasadas, que entre las mujeres consumidoras presentan una enorme incidencia, aumenta el riesgo de desarrollar un comportamiento adictivo, mientras que éste intensifica la probabilidad de ser revictimizadas, con la más que probable consecuencia de que las mujeres aumenten su consumo y así sucesivamente (El-Bassel *et al.*, 2005).

B1.2. Consumo, violencias y salud mental

Las intervenciones integradoras más actuales, igualmente, no sólo están atendiendo a la interacción entre el abuso de drogas y la violencia, sino que también incluyen el trabajo sobre otro aspecto que está adquiriendo un reconocimiento creciente: el impacto de ese binomio sobre la salud mental de las mujeres.

Un alto porcentaje de mujeres con problemas de abuso de drogas han padecido diversas experiencias vitales de trauma, abandono o desamparo, negligencia, etc., en su historia

Un alto porcentaje de mujeres con problemas de abuso de drogas han padecido diversas experiencias vitales de trauma, abandono o desamparo, negligencia... y la probabilidad de padecer TEPT es sumamente alta

de vida pasada y/o en la actual. Como consecuencia de ello, la probabilidad de padecer un Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) es sumamente alta. En comparación con los varones que han pasado por experiencias traumáticas, la probabilidad de desarrollo de TEPT es cuatro veces mayor entre las mujeres.

Las mujeres drogodependientes, comparadas con los hombres que abusan de las drogas, también tienen mayor probabilidad de ser diagnosticadas de patología

dual y más dificultades que los hombres cuando son tratadas por esa patología. Los trastornos más comunes en ellas son los afectivos (depresión, cambios de humor, baja autoestima, pérdida de interés o placer en actividades placenteras, tristeza), los trastornos de ansiedad (ansiedad excesiva con efectos físicos y emocionales como aprensión, nerviosismo o miedo) y los de personalidad (trastornos de estrés postraumático, intentos de suicidio y trastornos de la conducta alimentaria), derivados estos últimos de conflictos emocionales.

Se visibiliza la realidad que supone el hecho de que, en las casas de acogida de la red de violencia de género, suele ser criterio de no inclusión el padecimiento de un trastorno

mental grave que altere de forma importante la adaptación y la convivencia con otras mujeres y sus hijos e hijas. Por tanto, nos encontramos con una exclusión residencial y de protección por el hecho de tener un diagnóstico de trastorno de salud mental. En esta línea se pueden establecer dos criterios, los servicios especializados o la inclusión de todo tipo de personas y sus dificultades.

“La sobrecarga de los servicios de salud mental, las grandes listas de espera y la escasez de recursos producen una atención escasa, parcial y poco coordinada, con largos tiempos de espera y discontinuidad en la intervención, sesiones terapéuticas muy distanciadas entre sí, ausencia de trabajo interdisciplinar y de coordinación profesional e interinstitucional” (FMP, 2021:10).

Un tercio de las mujeres drogodependientes con patología psiquiátrica pueden haber experimentado abusos sexuales no tratados durante la infancia (Malacrea, 2006). Los objetivos principales de un tratamiento para el diagnóstico dual deben implicar principalmente la reducción de los síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias y, en este caso, además, trabajar sobre esos traumas de origen y otros posteriores que devienen habitualmente del consumo y sus circunstancias, atravesadas sin duda por el género.

B1.3. Drogas, violencias, salud mental y salud física

Las mujeres que tienen problemas de abuso de drogas y sobreviven a violencias, sobre todo agresiones de carácter físico y sexual, tienen una serie de problemas físicos específicos que incluyen consecuencias en su estructura musculo-esquelética, en tejidos blandos, traumas genitales y derivas de otro tipo.

En cuanto a las drogas, las consecuencias del abuso en el cuerpo de una mujer ocurren antes y son de mayor intensidad que en los hombres. Sin embargo, las mujeres buscan tratamiento más tarde que ellos, por lo que llegan en situación de mayor deterioro en todos los niveles y el tratamiento se torna mucho más complejo.

Las mujeres que abusan de las drogas en particular, si son obligadas a realizar conductas sexuales, es decir, si son agredidas sexualmente, o si comercian con sexo para consumir drogas u obtener dinero, es más probable que mantengan otras relaciones sexuales sin protección y/o asuman los riesgos derivados de tener parejas sexuales que no miran por la salud de las mujeres, lo cual aumenta su probabilidad de adquirir VIH u otras infecciones de transmisión sexual.

Por otro lado, también padecen las mismas consecuencias cuando las mujeres consumen por vía parenteral, porque estadísticamente muestran más propensión que los hombres a pedir prestado o compartir equipos de inyección, especialmente con sus parejas sexuales. Las mujeres comparten agujas con más personas de su red social que los hombres. El comportamiento de riesgo de infecciones debe considerarse no sólo con referencia al VIH, sino a otras enfermedades como las hepatitis B y C.

Estudios realizados en nueve países de la UE demostraron que la prevalencia media de VIH era 50 puntos porcentuales superior en ellas que en ellos (EMCDDA, 2006). La corre-

lación entre el uso de drogas por vía parenteral, el ejercicio de prostitución/trabajo sexual y las prácticas sexuales sin protección condujeron a un riesgo significativamente mayor de infección por VIH entre las mujeres (UNODC, 2004).

B1.4. Drogas, violencias, embarazo (salud ginecológica y reproductiva)

El fenómeno del abuso de sustancias afecta a un elevado número de mujeres fértiles. Desde el paradigma de la reciprocidad, resulta igualmente probable que sigan, a pesar de su estado, recibiendo violencias. Se constata que, para muchas mujeres, el embarazo y la maternidad suponen una motivación para iniciar un tratamiento y detener el uso de drogas, enfatizando la relevancia de este aspecto para la construcción de los nuevos modelos asistenciales para las mujeres (Brentari *et al.*, 2011). El problema surge cuando el abordaje de la adicción se desarrolla desde su culpabilización o conceptualización como “malas mujeres y malas madres”, lo que redundará en un abuso de la sustancia.

Se recomienda que se provea de formación específica en intervención motivacional breve a las/os profesionales, en la línea de lo que se ha expuesto en esta guía en el bloque anterior.

Se ha demostrado que la acogida de hijas e hijos en los recursos de tratamiento, donde también se implementan herramientas de atención específicas para ellas y ellos (programas propios), previene la deserción de las mujeres del tratamiento o, lo que es lo mismo, aumenta la adherencia al mismo por parte de ellas (McComish *et al.*, 2000; Grella *et al.*, 2000).

Aspectos clave a tener en cuenta en madres gestantes y que usan sustancias:

- Confidencialidad y respeto de los derechos humanos.
- Crear primero un vínculo terapéutico (mediante la empatía) que genere confianza en la gestante y facilite la declaración honesta de sus consumos.
- Atención a la complejidad y la naturaleza multifactorial de estos problemas.
- Evitar el estigma, la discriminación y la exclusión, y promover el apoyo de la unidad familiar, de la comunidad y también de la inclusión social, reforzando el vínculo con los servicios de atención a la infancia, de ocupación, educación y vivienda.

La amenaza de retirada de custodia que dificulta los procesos de recuperación de las mujeres añade un factor estresante que contribuye a que recaigan

Las mujeres embarazadas que mantienen un consumo abusivo de drogas forman un subgrupo que requiere atención y cuidados específicos, tanto para ellas como para sus bebés. Resulta indiscutible que el desarrollo de estas criaturas está en riesgo incluso antes de su nacimiento pero, en general, se interviene con ellas desde un lugar de amenaza de retirada de custodia que dificulta los procesos de recuperación de las mujeres y añade un factor

estresante que contribuye a que recaigan y, por tanto, a que se cumpla la máxima de que “no pueden ser (buenas) madres”. Es aconsejable ofrecer apoyo real y especializado.

Los tratamientos integrados han de incluir necesariamente, y como aspectos de especial relevancia, el trabajo sobre todo del embarazo y la maternidad, es decir, dirigir una atención específica a los aspectos prenatal y posnatal desde un lugar de apoyo incondicional y trabajo del vínculo de la madre con la criatura antes de nacer, generando espacios de seguridad donde la madre pueda sentir que no está sola.

Cicchetti y Rizley (1981) identifican dos categorías de factores de riesgo que pueden afectar al correcto desarrollo de las/os bebés: los factores de riesgo endógenos, que son anomalías físicas o del comportamiento y trastornos psicológicos que dificultan el cuidado del niño o niña por parte de la madre, y los factores de riesgo exógenos, que son los múltiples elementos posnatales relacionados con el contexto ambiental en el que se desarrollan las criaturas.

B1.5. Drogas, violencias, maternidad

Uno de los elementos que aparece mencionado en los textos y ejemplos sobre recursos integrales para mujeres es la importancia de que las criaturas sean acogidas, junto con sus madres, en los tratamientos.

Nacida la criatura, importa, y mucho, atender a la relación/vínculo madre-hija/o, y tratar de favorecer y generar un estilo de crianza de calidad, puesto que las dificultades de las mujeres para llevar a cabo las funciones de crianza surgen bastante temprano, y no exentas de las presiones externas (de todo tipo) por su condición de mujeres con un problema de abuso de sustancias. Algunos autores hablan de que les cuesta reconocer y satisfacer las necesidades de sus hijas/os (Fiks, Johnson y Rosen, 1985), dadas sus propias características, circunstancias y experiencias vitales. Aunque recomendamos acercamientos que permitan espacios libres de juicio, que partan de entender, precisamente, que sus circunstancias vitales pueden dificultar mucho la crianza.

Es necesario habilitar espacios grupales compartidos:

- Con objetivos claros y siempre que sean deseados.
- Haciendo visibles y fortaleciendo sus capacidades y habilidades parentales preservadas.
- Identificando y rehabilitando las capacidades y habilidades que pudieran estar dañadas.
- Facilitando el aprendizaje de nuevas habilidades.

Los dispositivos deben desarrollar un trabajo en red que involucre al equipo de profesionales del recurso, servicios sociales e instituciones y entidades sociales conveniadas, particularmente las que se relacionan con las y los menores, para establecer sinergias y dotar al programa integrado de un marco de referencia eficaz y eficiente.

La perspectiva desde la que se puede abordar esta cuestión puede variar en función del modelo de atención. Por ejemplo, la teoría del apego, que es una referencia incuestiona-

ble en psicología evolutiva y del desarrollo infantil (Bowlby, 1969), no sólo hace hincapié en la importancia del desarrollo afectivo-relacional de las criaturas durante los primeros años de vida, tanto en poblaciones que no están en situaciones de vulnerabilidad como en las que sí las padecen y acumulan más factores de riesgo, sino también en la influencia de dicho desarrollo afectivo en el logro de mayores cotas de bienestar y adaptación de las y los menores al contexto.

Sin embargo, en el trabajo sobre el vínculo madre-hija/o y la adopción de estilos de crianza más adecuados es necesario contemplar el estilo vincular (apego) experimentado por las propias usuarias, ya que habitualmente ha resultado ser inseguro, es decir, carente de seguridad emocional, negligente, conflictivo, etc., o simplemente no ha existido o ha estado asociado a experiencias de trauma y abandono. Todo ello representa un potencial factor de riesgo para los hijos/as de las usuarias, debido al proceso de transmisión intergeneracional del apego, según el cual el mundo representacional de la madre tiene un papel fundamental en la co-construcción de un vínculo con la criatura (Van IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 1997).

Se han observado resultados efectivos en aquellos recursos residenciales de tratamiento habitados por madres usuarias de drogas y sus hijos e hijas: mayor permanencia, finalización de tratamientos y seguimiento posterior (Villagrà y González, 2013).

A pesar de lo positivos que resultan estos datos, la realidad es desalentadora. Se hace necesaria la coordinación de los servicios de atención a drogodependencias y los servicios de protección del/la menor. En aquellos programas que integran diferentes articulaciones de recursos de atención a la unidad familiar, en consonancia se observa el aumento de los tiempos de permanencia en los tratamientos por parte de las madres y se da la reducción del consumo, además de aumentar el número de casos de retorno familiar (Eimbinder, 2010; Ruiz-Olivares y Chulkova, 2016, en Salamanca, 2020).

Por lo dicho, a las madres no se les culpa o castiga por sus insuficiencias y dificultades, sino que se les ofrece la oportunidad de experimentar una regresión al papel de “hijas necesitadas”, que van a ser atendidas por los diversos perfiles profesionales presentes en el recurso y los de las figuras comunitarias con quienes colabora el recurso de tratamiento. La posibilidad de experimentar sentimientos encontrados hacia sus “progenitores” institucionales parece permitir a estas mujeres rastrear los lazos relacionales y representacionales truncados durante su infancia y adolescencia, favoreciendo una revisión de su propio pasado, lo que resulta muy beneficioso para la construcción de su relación actual de madre-hija/o.

De acuerdo con este modelo teórico, sentir seguridad y protección es la primera y más importante tarea del desarrollo temprano durante el primer año de vida de las criaturas y uno de los principales factores de protección en el proceso de adaptación al medio ambiente.

Se deben garantizar condiciones de vida estables, experiencias afectivas de calidad y rutinas sanas a las y los menores. Los recursos donde madres y criaturas permanecen en el mismo contexto durante períodos largos (tiempo/duración) se convierten en espacios de vinculación física y psicológica que promueven la creación de relaciones afectivas nuevas y más adecuadas.

B1.5.1. El estatus de las y los menores en los recursos integrados

En sus inicios, los tratamientos de mujeres con problemas de abuso de drogas separaban a éstas de sus hijas/os, que eran encomendados en el mejor de los casos a abuelas/os o familiares, y en el peor, custodiados en instituciones gubernamentales. Posteriormente, y hasta hace poco, los recursos residenciales acogían a mujeres/madres drogodependientes con hijas/os, pero tendían a derivar a entidades externas todo lo relativo a las/os menores (intervenciones sanitarias, psicológicas, pedagógicas, etc.), ya que tampoco se exigía a los recursos de tratamiento que desarrollaran esa labor². En esta segunda etapa, la madre era considerada la única persona de la que se debía hacer cargo la comunidad terapéutica. Actualmente se asume que el consumo de las madres representa una situación de crianza de riesgo que afecta profundamente a la calidad de la relación madre-hijo/a, pero también se asume que, idealmente, niñas y niños deberían ser criadas/os siempre por sus madres, si éstas se ven capaces y lo desean, por lo que las tendencias más actuales en el diseño de recursos integrados/res propugnan que la oferta terapéutica se extienda a las hijas e hijos de las mujeres usuarias adecuándose a la edad, etapa evolutiva, necesidades de desarrollo y circunstancias individuales de ellas y ellos, toda vez que niñas y niños se consideran, al igual que sus madres, protagonistas, clientas/es, población usuaria de pleno derecho de los recursos, al

En los recursos integrados, las criaturas cuentan con un programa de intervención diseñado en función de su edad, etapa evolutiva, necesidades y circunstancias de desarrollo.

Son, al igual que sus madres, usuarias/os del recurso.

mismo nivel que sus madres. Las y los menores cuentan en los programas con su propio plan de intervención.

A nivel administrativo, como se hace para con las mujeres, se asume y garantiza una partida presupuestaria destinada a la atención de las y los menores como población usuaria/destinataria de las intervenciones del recurso. Además de los fondos solicitados/disponibles para cada madre, hay que garantizar los fondos para cada menor.

En los recursos integrados, las criaturas cuentan con un programa de intervención diseñado en función de su edad, etapa evolutiva, necesidades y circunstancias de desarrollo. Son, al igual que sus madres, usuarias/os del recurso.

B1.6. Subgrupos de mujeres: problemas, necesidades y respuestas

Elaboramos este apartado siguiendo la revisión bibliográfica a nivel europeo, donde se corrobora que mujeres con un trastorno mental, mujeres con discapacidad/diversidad funcional, mujeres mayores, mujeres en situación administrativa irregular ("sin papeles"), etc. están muy lejos de ser acogidas y atendidas en sus especificidades. Algunos subgrupos de mujeres que consumen drogas tienen por tanto necesidades específicas, en particular las mujeres que han experimentado traumas o están experimentando violencia,

2. En Italia, concretamente en la región de Véneto, donde se ubica el recurso "Casa Aurora", existe una normativa para las comunidades terapéuticas que atienden a madres drogodependientes con hijas/os, la cual exige implementar un plan de intervención terapéutica, y evaluarlo, no sólo respecto de la relación madre-hija/o, sino también de cada persona individualmente (mujer/madre por un lado e hija/o por otro).

mujeres con patología dual y mujeres que están embarazadas, con hijas/os, de minorías étnicas, involucradas en el comercio sexual y/o en prisión. Resulta muy frecuente la superposición entre estos elementos, por lo que las mujeres atravesadas por varios de ellos en interacción presentan mayores necesidades.

B1.6.1. Mujeres con experiencias de trauma

Partiendo de la base de que la experiencia de violencia puede generar trauma, encontraremos que las mujeres que han experimentado traumas necesitan intervenciones realizadas en entornos física y emocionalmente seguros (Brentari *et al.*, 2011) y enfoques multisectoriales, o al menos respuestas coordinadas con diferentes servicios sociales y de salud que colaboren para proporcionarlos (Haider, 2008).

No se puede intervenir en trauma sin la formación y experiencia adecuadas para ello, y tampoco podemos seguir con tratamientos que no incorporen esta dimensión en su intersección con la problemática de adicción de las mujeres.

B1.6.2. Mujeres con patología dual

Aproximadamente la mitad de las personas consumidoras tienen trastornos de salud mental concurrentes (EMCDDA, 2015). La exclusión de personas con diagnóstico dual de los programas o servicios de atención a las drogodependencias puede tener un mayor impacto en las mujeres que en los hombres, ya que algunos trastornos psiquiátricos, como la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático, así como el uso de medicamentos psicoactivos es más prevalente entre ellas (UNODC, 2016).

El consumo de sustancias y los trastornos de salud mental deben abordarse simultáneamente utilizando un enfoque multidisciplinar, con profesionales del sector de las adicciones y de la salud mental trabajando coordinadamente hacia objetivos comunes (EMCDDA, 2016).

B1.6.3. Mujeres embarazadas y mujeres con hijas/os

Se estima que, en Europa, anualmente, aproximadamente 30.000 mujeres embarazadas consumen opiáceos y el número de mujeres embarazadas con problemas de abuso de otras sustancias puede ser de magnitud similar (Gyarmathy *et al.*, 2009). Esto es preocupante ya que el consumo de drogas durante el embarazo se asocia con una variedad de efectos adversos en la mujer embarazada, en el feto y en el/la recién nacido/a (EMCDDA, 2012).

Por otra parte, el embarazo y la maternidad pueden constituirse como factores que motiven a las mujeres a acceder al tratamiento y ayudarles en su recuperación (EMCDDA, 2009). Sin embargo, el estigma, la vergüenza y la culpa (UNODC, 2016) y el miedo de que les retiren la custodia puede impedir que algunas busquen ayuda y/o la atención sanitaria y social que necesitan (Arsova Netzelmann *et al.*, 2015; UNODC, 2016). Las mujeres también pueden encontrar dificultades para ir al tratamiento debido a las responsabilidades

familiares, los conflictos familiares o por carecer de servicios de cuidado, tipo guardería, para sus hijos/as (INPUD, 2014).

Las intervenciones para mujeres embarazadas deben abordar un amplio espectro de necesidades y brindar intervenciones coordinadas en las áreas de uso de drogas, atención ginecológica/reproductiva, atención de enfermedades infecciosas, de la salud mental y del bienestar personal y social (Gyarmathy *et al.*, 2009).

Los programas de atención multidisciplinar ofrecen intervenciones a las mujeres que abusan de drogas y a sus hijas/os, desde el embarazo hasta que nacen, e incluso hasta los 11-12 años en algunos países (EMCDDA, 2012).

Los servicios ambulatorios también deben abordar cuestiones prácticas, como servicio de guardería.

En los servicios residenciales se debe proporcionar un alojamiento acogedor para las criaturas y permitirles permanecer con sus madres (EMCDDA, 2009).

B1.6.4. Mujeres involucradas en el comercio sexual

Es muy frecuente que el ejercicio del trabajo sexual o situación de prostitución esté relacionado con el consumo de drogas (Roberts *et al.*, 2010). Las estimaciones de mujeres usuarias de drogas inyectables involucradas en el comercio sexual llegan al 20-50% en Europa oriental (Rhodes *et al.*, 2002).

Estas mujeres se enfrentan a multitud de barreras para acceder al tratamiento, por lo que requieren de esfuerzos específicos para promover su acceso a los recursos (Drug Scope y AVA, 2013).

Medidas como la adaptación del horario de atención vespertino, la utilización de servicios móviles de cercanía que vayan hasta donde están las mujeres trabajando, el cuidado de sus hijas e hijos y el apoyo a través de dispositivos abiertos, en cuanto a horario, o los conocidos servicios de “café y calor” pueden ayudarles a acercarse a los programas de intervención (DrugScope y AVA, 2013).

Estas mujeres reciben respuestas más estigmatizadas y negativas en mayor medida que otras que también consumen drogas (UNODC, 2016).

Se recomienda un enfoque sin prejuicios y empático, el apoyo de pares y los espacios integrados sólo por/para mujeres.

Las mujeres que se encuentran en situación de prostitución tienen más probabilidades de sufrir violencia y muchas tienen un poder limitado para tener relaciones sexuales seguras o prácticas seguras de inyección, lo que las coloca en un mayor riesgo de infecciones (Azim *et al.*, 2015).

Se debe poner a disposición de las mujeres inmersas en el comercio sexual una mayor variedad de intervenciones, desde el intercambio de agujas hasta el tratamiento y el apoyo con el empleo y la vivienda (DrugScope y AVA, 2013).

B1.6.5. Mujeres de “minorías étnicas”

Las minorías étnicas son diversas y practican diferentes religiones y tradiciones. Sus miembros varían en términos de duración de la residencia en la región actual. Así, pueden ser, desde inmigrantes recientes, personas refugiadas y/o solicitantes de asilo que no dominan el idioma local, hasta residentes de larga duración o personas que nacieron en la región de cónyuges migrantes. Además de las cargas económicas, la exclusión social y la sobrerrepresentación en el sistema de justicia penal, algunas mujeres de minorías étnicas también pueden ser migrantes que han sufrido prácticas de trata de mujeres con fines de explotación sexual o laboral y haber experimentado traumas como resultado de las guerras y las violencias ejercidas sobre ellas en los lugares que han dejado (Fountain *et al.*, 2002). Estas mujeres pueden encontrar barreras adicionales para acceder a los tratamientos, incluidas las dificultades del idioma, aspectos del tratamiento que son incompatibles con sus prácticas religiosas o culturales (UNODC, 2016), imposibilidad de elección del tratamiento por su estatus migratorio, así como la experimentación real o percibida de racismo y discriminación (Roarty y Saggars, 2009).

En los tratamientos debe tomarse en cuenta la diversidad étnica, cultural y religiosa de las mujeres (UNODC, 2016). Para ayudarlas a acudir y participar en el tratamiento se debe establecer una adecuada coordinación con profesionales mediadoras/es culturales (UNODC, 2016), servicios de interpretación, provisión de servicios en el idioma nativo de las mujeres, si resulta posible, así como atender a los elementos de su cultura en el establecimiento de relaciones y vínculos dentro y fuera del recurso (CSAT, 2013).

B2

DIFICULTADES PARA EL DISEÑO DE RECURSOS INTEGRADOS Y POSIBLES SOLUCIONES

A través del estudio realizado por Brown, Caplan, Werk, Seraganian y Singh (2000) en Quebec, Canadá, sobre la complejidad para proporcionar respuestas adecuadas a las mujeres con problemas de drogas y de violencia y sus hijas/os, se procederá en este punto a identificar las dificultades más comunes para alcanzar dicho objetivo.

En dicho informe se reconoce que hay un interés cada vez mayor por procurar un acercamiento entre las redes de violencia y las de drogodependencias, dado que la fragmentación de servicios e intervenciones dificulta el desarrollo de herramientas y prácticas comunes, además de influir negativamente en el análisis y la comprensión de un fenómeno que concurre en la mayoría de las mujeres que acuden a ambos servicios.

La intervención se limita, la mayoría de las veces, a la derivación de esa persona a otro recurso.

El documento refleja los resultados de una encuesta realizada a 80 entidades de intervención sobre las drogodependencias y recursos de atención a mujeres que experimentan violencia para identificar las dificultades que presenta la prestación de un servicio integral.

Los resultados que se exponen pretenden ser un listado de cuestiones sobre las que sería necesario reflexionar conjuntamente en entidades de los dos ámbitos (drogas-violencia) que pretendan unificar servicios:

- 1) En general, cada uno de los dos entornos (drogodependencias y violencia) subestima la incidencia del doble problema entre sus usuarias, es decir, minusvalora la enorme frecuencia con la que una y otra problemática aparecen relacionadas.
- 2) La falta de experiencia de cada entorno respecto del “otro” problema dificulta la detección del mismo y, consecuentemente, su abordaje conjunto.
- 3) Incluso, cuando se detecta el problema, la intervención se limita, la mayoría de las veces, a la derivación de esa persona a otro recurso. No se realiza una intervención conjunta ni coordinada de ambos problemas y que, por otra parte, tienen la mayor parte de las veces un origen común.

- 4) Salvo excepciones, existen muy pocos vínculos formales o informales entre los dos ámbitos de intervención afectados por el problema dual.
- 5) Existen profundas diferencias ideológicas entre ambos contextos, particularmente en cuanto a la drogodependencia como causa de la violencia, la responsabilidad del varón intoxicado frente a su comportamiento violento o el papel y responsabilidad que asume la mujer en su victimización: por ejemplo, se calcula que aproximadamente en el 60% de las encuestas respondidas por profesionales provenientes de los entornos de tratamiento del abuso de drogas atribuyen la responsabilidad de la violencia a la intoxicación del varón.

Con los resultados de las encuestas, el estudio identificó dos obstáculos principales para la implementación de una intervención concertada entre los entornos de drogodependencia y los de violencia:

- a) Los escasos recursos económicos, lo que ha suscitado la competencia entre las entidades de sendos ámbitos por la financiación y la asignación de recursos.
- b) La desconfianza mutua que mantienen ambos contextos en cuanto a la compatibilidad de las ideologías de tratamiento aplicadas en cada entorno.

Ambas dificultades se amplían al revisar el estudio de Dubé *et al.* (2006), quienes añaden a las mencionadas estas otras limitaciones:

- c) Las diferentes visiones filosóficas según la organización a la que se pregunta.
- d) Creencias y actitudes del personal de cada ámbito de tratamiento.
- e) La ausencia de cualificación, formación y experiencia del personal de cada ámbito en las materias que son objeto de trabajo en el “otro” contexto.

Se requiere que el personal tenga actitudes apropiadas (no críticas, no discriminatorias y sí de apoyo) y competencias adecuadas para promover el acceso al tratamiento de las mujeres para que participen y hagan uso de los servicios que se ofertan. Esto incluye la capacitación del personal, generar conciencia en torno a las necesidades de las mujeres (UNODC, 2016) y la importancia de incorporar la perspectiva de género en el servicio y en las prácticas del personal (Rolando *et al.*, 2016).

El personal que dirige o es responsable de los recursos, así como la totalidad del equipo, deberá disponer de conocimientos y habilidades en áreas diferentes a las del abuso de drogas, toda vez que el resto de los recursos específicos que pretendan ofertar un servicio integral para las mujeres habrán de capacitarse en los temas relacionados con la drogodependencia femenina (Brentari *et al.*, 2011).

Los conocimientos y habilidades del personal se adquieren a través de una adecuada formación teórico-práctica y la supervisión de sus prácticas. También es necesario que los recursos comunitarios que colaboran con el servicio (que no proporcionan intervención *in situ*) adquieran cierta capacitación para identificar a las mujeres que pueden beneficiarse de los tratamientos para poder derivarlas (UNODC, 2004).

Otras limitaciones:

- Problemas concurrentes no identificados. La drogodependencia y la violencia suelen ir acompañadas de otra serie de problemas (sanitarios, mentales, familiares, etc.) que no se tratan convenientemente si la intervención se desarrolla desde ámbitos separados y no se entiende que son consecuencias de un problema en interacción.
- Riesgos persistentes seguidos de complicaciones en el tratamiento, cuando, por ejemplo, no se valora en el entorno de la drogodependencia el riesgo de victimización de la mujer al acudir allí y coincidir con la pareja agresora u hombres que han ejercido o pueden continuar ejerciendo violencias, por una parte, o cuando en los entornos de violencia, por otro lado, no se tratan los síndromes de abstinencia o no se trabaja sobre la recaída o sobre los problemas sanitarios derivados del consumo, aumentando el riesgo de abandono del tratamiento, o lo que es lo mismo, reduciendo la adherencia.
- Ausencia de estrategias de detección de los problemas específicos relacionados con el “otro” ámbito y que impiden el trabajo simultáneo sobre el binomio. Suele ser habitual que en la recogida de la historia clínica no aparezcan preguntas que permitirían sacar a la luz el consumo en el contexto de la violencia o las violencias en el ámbito del trabajo del abuso de drogas.
- Estrategias de derivación que a menudo son punitivas, porque las diferentes normativas de cada ámbito no parten de un marco interpretativo común. Todo lo que va más allá de su ámbito, se “expulsa”.

En la mencionada publicación se sugiere trabajar sobre cuatro aspectos, de los que derivan, a su vez, una docena de acciones secundarias.

- 1) Elevar el nivel de conciencia y habilidad de las y los profesionales que trabajan en puntos de entrada naturales de las mujeres con problemas de abuso de sustancias y violencias de género.
 - Incluir en los programas de formación dirigidos a profesionales de la salud, elementos conceptuales y clínicos relativos al tratamiento coordinado de las drogodependencias y las violencias de género.
 - Promover la formación continua de profesionales que trabajan en los puntos de entrada naturales, como los servicios de Atención Primaria y los recursos terapéuticos de atención a las drogodependencias y los de intervención sobre la violencia.
- 2) Promover, tanto en los entornos de tratamiento de las drogodependencias como en los de violencia, la implementación de protocolos de tamizaje o identificación y los de evaluación que, aunque puedan ser breves, resulten ser efectivos, válidos y sensibles a los problemas concurrentes.
 - Integrar los instrumentos de cribado y análisis existentes entre las herramientas de evaluación ya utilizadas en los entornos de intervención.
 - Fomentar el uso de un protocolo de evaluación estandarizado para medir la efectividad de las intervenciones realizadas.

- 3) Fomentar proyectos innovadores destinados a desarrollar estrategias viables de tratamiento integral.
- Promover proyectos de investigación que involucren tanto a la comunidad académica responsable de la formación clínica, como al personal del ámbito de tratamiento de la violencia y de las drogodependencias para que desarrollen investigaciones ligadas a sus prácticas conjuntas.
 - Ofrecer asistencia institucional y financiera para la realización de proyectos de investigación y desarrollo sobre enfoques de tratamiento integrado.
- 4) Aplicar cambios organizativos y de transferencia de tecnología y conocimientos para promover cambios en las prácticas clínicas en cada uno de los dos escenarios.
- Interesarse por los beneficios y consecuencias negativas del cambio para las personas usuarias de los recursos.
 - Considerar las percepciones sobre la disponibilidad de los “otros” recursos necesarios para apoyar la innovación propuesta.
 - Tener en cuenta los miedos, ansiedades y resistencias que suelen acompañar a un enfoque orientado al cambio.
 - Involucrar en la propuesta de cambio a las personas directamente afectadas por el nuevo enfoque integral que se propone desarrollar.

En este punto dedicado a identificar las dificultades que surgen a la hora de crear recursos o servicios integrados, también se expone la revisión realizada por Collins *et al.* (2002) en torno a la relación que mantienen los servicios de tratamiento de los problemas con el alcohol y/u otras drogas y los de intervención sobre la violencia contra las mujeres en Estados Unidos.

El capítulo comienza haciendo referencia a una investigación desarrollada en Illinois por Bennett y Lawson (1994), quienes encuestaron tanto a profesionales de entidades dedicadas al tratamiento de abuso de sustancias como a personal de organismos de intervención sobre la violencia, al objeto de conocer la relación que mantenían ambos contextos: tipo de vínculo, dificultades o barreras para la cooperación, etc.

En la iniciativa participaron profesionales de 45 programas de violencia de Illinois y una muestra aleatoria de 150 programas oficiales de intervención en drogodependencias. En total contestaron 388 profesionales.

La mayor parte de las y los profesionales de ambos contextos reconocieron los beneficios potenciales que podía brindar a las mujeres un modelo de atención integrado. Sin embargo, Bennett y Lawson (1994)¹ señalaron que “la experiencia en la detección y el manejo del binomio era mínima en los recursos de cada ámbito de tratamiento” y que, además, aparecía otro problema a tener en cuenta: la ausencia de una práctica sistematizada encaminada a detectar violencias en los tratamientos de drogodependencias y en los pro-

1. Es nuestro deber señalar que esta investigación data de 1994. ¿Qué cabe preguntarse con respecto a que actualmente podríamos afirmar más o menos lo mismo?

blemas de adicción en los programas de violencia. Sólo se halló dicha práctica en un 10% del total de dispositivos encuestados y, en éstos, la indagación consistía en plantear una o dos preguntas como mucho. Parece evidente que la recogida de esos datos no está incluida ni forma parte del historial clínico de las usuarias en los recursos de ninguno de los dos ámbitos de tratamiento. Ni lo asumen las entidades ni los equipos de profesionales. Por ejemplo, en los programas de drogodependencias sólo se preguntaba por las experiencias de violencia si la usuaria los refería en el desarrollo de la entrevista inicial.

- Aunque un porcentaje considerable de programas, tanto de drogodependencias como de atención a las violencias, indicaron que tenían en plantilla una figura "especialista" para identificar y trabajar ese "otro" problema (un 35% de los programas de drogodependencias y el 24% de los programas de violencia lo afirmaron), esa figura carecía de formación específica y entrenamiento en el abordaje del problema. Su experiencia, habitualmente, se basaba en haber recibido casos similares en momentos previos o, en los programas de autoayuda del ámbito de las drogodependencias, las personas "especialistas" eran mujeres ex-usuarias que habían experimentado ellas mismas las violencias o mujeres y hombres ex-usuarios/as y actualmente facilitadoras/es grupales en cuyos grupos se habían verbalizado esos episodios. La escasez o la ausencia de recursos personales y técnicos apropiados para trabajar los problemas que no son específicos de cada ámbito es un problema común en ambos contextos (violencia y drogodependencias). Los programas de violencia no suelen tener la experiencia para reconocer la presencia de un problema de alcohol u otras drogas e, incluso, si se reconoce, no suelen disponer de la experiencia programática para abordarlo. De hecho, muchos de los programas de violencia no aceptan mujeres con problemas activos de consumo porque consideran que interfiere con sus objetivos y pone en riesgo la seguridad de las y los menores que viven en la unidad. El caso es que se debería comprender que resulta especialmente difícil para las mujeres que consumen permanecer en abstinencia cuando están inmersas en una relación de violencia.

De igual manera, en la mayoría de recursos de drogodependencias no se indaga ni se interviene sobre las violencias porque no cuentan con personas formadas para trabajar sobre esa problemática, ni la que experimentan las usuarias ni la que ejercen los usuarios que atienden en el programa². En los tratamientos de drogodependencias, como ya se ha señalado, tampoco se atiende ni se garantiza la seguridad de las usuarias, que pueden/suelen coincidir en esos dispositivos con sus parejas, usuarias también, o con hombres provenientes de los contextos de consumo (traficantes, clientes de prostitución, etc.) que han ejercido violencia sobre ellas y las pueden seguir ejerciendo porque ellas carecen de las mínimas garantías de seguridad.

- Aproximadamente el 70% de los programas de los dos ámbitos afirmaron disponer de algún convenio formal con el programa complementario. Sin embargo, sólo alrededor

2. En nuestra experiencia y la de las profesionales entrevistadas, sabemos además que muchos/as profesionales consideran que abordar las violencias puede desestabilizar a la mujer y llevarla a una recaída, y los objetivos de los programas suelen ir orientados a priorizar la abstinencia. Hay mujeres que han hecho tratamientos de drogas residenciales de varios meses sin abordar nada de violencias ni abusos sexuales. En los recursos de drogodependencias es importante explorar de forma intencional estos temas (desde el acompañamiento respetuoso) y no esperar "a que salga" pues muchas mujeres con problemas de adicción, como ya hemos señalado, relacionan la violencia con la adicción (la sitúan como causa), y se culpabilizan a sí mismas de la violencia recibida, por ser mujeres adictas.

del 20% del personal de drogas confirmó que, *de facto*, se reunía “a veces” o “con frecuencia” con el personal de violencia, en comparación con casi el 70% del personal de violencia, quienes indicaron que sí se reunían con personal de los programas de drogas.

- Casi una de cada cuatro personas profesionales del tratamiento de drogodependencias (23%) reconoció que no había derivado nunca a ninguna usuaria de su recurso a algún dispositivo de atención a la violencia. En comparación, entre el personal del ámbito de la violencia sólo el 5% reconoció no haber remitido nunca a ninguna usuaria a tratamientos de drogodependencias.

Dicho de manera más general, el dilema es que, aunque la investigación y la evidencia siguen mostrando que los problemas de abuso de drogas y violencia están altamente interrelacionados, y a su vez vinculados con otros muchos, los sistemas de atención se cen-

Aunque la investigación y la evidencia muestran que los problemas de abuso de drogas y violencia están altamente interrelacionados, los sistemas de atención se centran en cada uno y funcionan de forma independiente.

tran en cada uno de los problemas de forma específica y funcionan de forma independiente.

Respecto de la diversidad de problemas que interaccionan con el binomio drogas-violencia, se reconoce que su inclusión genera una situación un tanto compleja a la hora de integrar los servicios, pero debe promoverse un enfoque

ampliado para brindar la mejor atención a las afectadas.

La mencionada complejidad, a juicio de Collins *et al.* (2002), surge a partir de los siguientes elementos:

- 1) Las necesidades de las propias mujeres que experimentan violencia, por un lado, y la de sus hijas e hijos por otro, además de las que requiere la unidad madre-bebé, o las mujeres embarazadas, y que son principalmente necesidades derivadas de los problemas de acceso a una vivienda, la subsistencia y la seguridad.
- 2) La necesidad de tratamiento del abuso de drogas de las mujeres que también experimentan violencia.
- 3) Las dificultades que plantea la organización de los propios servicios. En este apartado se mencionan:

3.1. Los problemas de incompatibilidad en cuanto al enfoque, perspectiva, filosofía³ y objetivos⁴ de los tratamientos en cada ámbito.

3. En cuanto a la filosofía, el principal problema que se halló en el estudio, considerado el factor de más peso a la hora de establecer una relación de cooperación entre recursos, se relacionó con la interpretación de la responsabilidad del hombre en el problema de la violencia. En los programas de violencia se enfatiza la responsabilidad personal de los hombres en el ejercicio de esas violencias, mientras que en los de drogodependencias hay una mayor tendencia a considerar la adicción como una enfermedad, restando implícitamente la responsabilidad de su conducta a los varones mientras su dependencia ha estado activa. En este ámbito, la adicción es vista como una condición generalizada que tiene amplios efectos negativos fisiológicos, psicológicos y conductuales que pueden incluir la violencia. Eliminada la adicción, asumen que desaparecen los problemas de violencia. Existe evidencia de que el maltrato no cesa a menos que el problema se aborde explícitamente (Levy y Brekke, 1990). El 65% de las respuestas provenientes de profesionales de recursos de violencia y el 45% de recursos de drogas, apuntaron este factor como origen de la dificultad para vincularse.

4. En cuanto a los objetivos, suele ocurrir que, en muchas ocasiones, las propias afectadas asumen la violencia como consecuencia lógica de su conducta “impropia”, por lo que su prioridad es la deshabitación. La prioridad de los recursos de violencia es la seguridad de las mujeres.

3.2. La disparidad de normativas que emanan de estas diferentes filosofías y que, de hecho, rigen en cada modalidad de tratamiento (por ejemplo, es necesario abordar la inadmisión de las mujeres con consumos activos en los recursos de violencia, así como garantizar su seguridad y el acceso de las criaturas en los recursos de drogodependencias).

3.3. La ausencia de mecanismos y logística para vincular los servicios.

3.4. Las dificultades de financiación y la dotación de recursos de otra índole (humanos, técnicos...), en cada ámbito y que, si ya es por sí misma escasa, resulta aún menor para apoyar una vinculación que, como se ha mencionado, puede resultar inicialmente compleja.

En tiempo de restricciones presupuestarias, los programas para mujeres suelen ser los primeros en carecer de financiación, porque las mujeres constituyen una minoría entre todas las personas que acuden a tratamiento. Es necesario asegurar su financiación a largo plazo.

También se ha sugerido que los programas sensibles al género cuestan más (Burgdorf *et al.*, 2004), aunque no hay pruebas suficientes para corroborarlo. Para hacerlo, es necesario examinar la rentabilidad de las intervenciones integrales que satisfacen las necesidades de las mujeres en los diversos contextos donde se dispensan tales servicios y garantizar, con ello, que las intervenciones proporcionadas son efectivas y económicamente viables.

- 4) Las dificultades institucionales o gubernamentales. Los programas de tratamiento de la violencia y los de drogodependencias, a menudo, forman parte de la cartera de servicios de diferentes secciones, direcciones o departamentos de las Administraciones Públicas, de distintas delegaciones de gobierno, etc., y así, también recorren itinerarios burocráticos y de financiación diferentes. Puede ocurrir lo mismo a nivel local, regional, municipal, etc. Estos límites formales hacen que la tarea de construir un dispositivo conjunto sea más difícil. Las personas responsables de cada ámbito, en primera instancia, han de reconocer la necesidad de generar dispositivos integrados, acordar luego la financiación y convenir un sinfín de aspectos para generar un proyecto conjunto, lo cual puede suponer un problema cuando por encima de una decisión técnica, la iniciativa requiere el consenso de instancias políticas de diferente signo.

A menudo, los vínculos de cooperación dependen de la buena voluntad de las partes interesadas y se producen a nivel individual. Para abordar ese desafío, es necesario, como paso inicial, lograr la colaboración en políticas y estrategias a niveles más altos (Benoit y Jauffret-Roustide, 2016) y garantizar que esas políticas y prácticas incorporen la perspectiva de género.

Por todo lo dicho, resulta menos probable encontrar programas integrados, atendidos por equipos únicos y organizados en una sola unidad que aborden conjuntamente las necesidades de las mujeres que presentan problemas de violencia, drogas, problemas de salud mental, etc., que recursos de uno u otro ámbito que, aun entendiendo que son problemáticas relacionadas, sólo pueden contar con apoyos y derivaciones externas para tratar los temas que no son específicos de su servicio.

El reconocimiento de que existe una interrelación entre el abuso de drogas, la violencia y otros muchos problemas ha llevado a un movimiento hacia la integración de servicios

en EEUU; algo que Agranoff (1991, en Collins *et al.*, 2002:397) conceptualizó como “la búsqueda del desarrollo de sistemas que respondan a las múltiples necesidades de las personas en situación de riesgo y vulnerabilidad”.

En 1992, Schlenger *et al.* desarrollaron un estudio sobre la vinculación de los tratamientos de las drogodependencias y los servicios de atención médica primaria a partir del cual se obtuvieron algunas ideas interesantes para ser replicadas en el diseño de programas integrales de atención al binomio drogas-violencia. Su estudio también desarrolló una clasificación de los enfoques básicos de vinculación que se estaban implementando entonces e identificó cuatro modelos diferentes:

- 1) Centralizado: donde los servicios de tratamiento del abuso de drogas y atención primaria (en este caso aplicable al contexto de violencia) se ofrecen en un solo lugar, que es lo que se conoce como "ventanilla única".
- 2) Descentralizado, donde se ofrecen diferentes servicios en diferentes lugares dependiendo de sus necesidades de servicio.
- 3) Mixto: donde se ofrece un número limitado de servicios de drogodependencias y abordaje de las violencias en un solo lugar, pero la mayoría de servicios se brindan en recursos externos específicos de cada problemática.
- 4) Transitorio: la ubicación de los servicios cambia a lo largo del proceso de tratamiento de las personas usuarias.

Además, los hallazgos de la evaluación de vinculación nacional sugirieron algunos beneficios importantes cuando los servicios estaban integrados en un sólo recurso. En particular, estos:

- a) Ofertar un recurso integrado hizo que las mujeres lo percibieran más accesible, lo que redundó en el aumento de la demanda y la adherencia al tratamiento.
- b) Se identificó un aumento de las interacciones formales e informales entre profesionales del equipo, lo que contribuyó a un enfoque más holístico del tratamiento.

En el estado actual de desarrollo de recursos únicos e integrados se considera que el enfoque más adecuado es la gestión de casos. Ese modelo está dirigido a identificar y evaluar las necesidades de cada persona y organizar los servicios en torno a sus necesidades particulares, con un seguimiento y monitorización del proceso de cada mujer por parte de un/a profesional.

Sugerencias:

- 1) Deben abordarse y superarse las diferencias filosóficas de ambos enfoques de tratamiento para que se produzca la vinculación entre recursos. Para ello será necesario adoptar un marco o modelo de referencia común teórico, explicativo, que incluya los aspectos socioculturales en la interpretación y resolución del binomio.
- 2) Desde esa perspectiva, uno de los elementos centrales del tratamiento de las mujeres es su empoderamiento.
- 3) Las normativas de ambos recursos deberán adaptarse a los objetivos y circunstancias de las mujeres usuarias.

- 4) Ha de garantizarse la continuidad de los servicios a través de una financiación regular.
- 5) Será necesaria una evaluación rigurosa de los servicios integrados para evaluar su eficiencia y efectividad.

Recomendaciones a la hora de iniciar un proceso con el objetivo de vincular recursos y ofrecer modelos integrales de tratamiento.

A partir del contacto con los recursos de los dos ámbitos, se procederá a:

- 1) Diagnosticar las actitudes y creencias en torno a la relación entre el abuso de drogas y la violencia de género, así como a la vinculación de esa diada con otras problemáticas.
- 2) Documentar los resultados de ese diagnóstico para identificar los temas concretos que dificultan u obstaculizan el establecimiento de vínculos, relaciones de coordinación, etc.
- 3) Centrarse en los factores estructurales que probablemente afecten a los esfuerzos para vincular los servicios, como por ejemplo la ubicación y organización burocrática de los dos servicios, el método y el nivel de financiación de los servicios por parte de cada instancia responsable (delegación, departamento, etc.) y trabajar conjuntamente con sus responsables.
- 4) En última instancia, la evaluación de la eficacia y efectividad de los servicios integrados será lo que determine su continuidad, por lo que sería necesario comenzar por desarrollar una evaluación rigurosa de programas, procesos y resultados sobre los pocos recursos unificados que existen.
- 5) Esa evaluación se deberá complementar con otra que ha de incluir a las mujeres usuarias de los recursos y que deberá girar en torno a la satisfacción con el tratamiento, el logro de resultados respecto de los objetivos: en lo relativo al consumo/abuso de drogas, en lo relativo al empoderamiento y desarrollo de estrategias de autogestión de la salud y la seguridad y en lo concerniente al resto de problemas íntimamente relacionados con los previos: salud mental, vivienda, inserción laboral, etc.

Como se ha señalado en apartados previos, la evaluación es necesaria desde el inicio en todos los momentos del proceso porque, repetimos, es lo que permite ir más allá de los supuestos conceptuales para validar empíricamente la efectividad de un dispositivo.

En Chicago, Andrews, Cao, Marsh y Shin (2011) se propusieron ese objetivo. Las autoras partieron del presupuesto de que, si bien eran muy pocos los servicios integrados que atendían conjuntamente a mujeres inmersas en el binomio drogodependencia-violencia y sus derivadas, problemáticas interrelacionadas que ya se han referido en otros apartados, eran menos aún las iniciativas de evaluación del impacto, efectividad y eficiencia de los recursos que aplicaban dicho modelo para las mujeres receptoras.

También se ha mencionado que se han hallado estudios, de carácter conceptual principalmente, que sugieren mayores beneficios de toda índole (económicos, sociales, organizativos, etc.), y para todas las partes intervinientes, cuando se oferta a las mujeres servicios que atienden de forma integral todos los aspectos que se relacionan con su situación de violencia y consumo de drogas, pero también se ha reconocido que es tan relevante o más, confirmar esos postulados a partir de la evaluación cuantitativa y cualitativa de proceso y resultados, incluso de los pocos servicios que adoptan ese modelo o de los recursos que han procedido a mejorar su oferta incluyendo más servicios adaptados a las necesidades de las mujeres que atienden.

Es por ello que, tomando como base la encuesta longitudinal NTIES sobre programas de tratamiento de las drogodependencias en poblaciones desatendidas¹ (una encuesta que se desarrolla en las principales áreas metropolitanas de los Estados Unidos sobre recursos que reciben fondos del Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias), las autoras dise-

1. Incluye minorías raciales y étnicas, jóvenes, personas residentes en viviendas públicas, personas beneficiarias de asistencia social y varones involucrados en el sistema de justicia penal, entre otras poblaciones y colectivos.

ñaron una evaluación de la implementación, impacto y eficacia de algunos programas integrales para mujeres (que recogían sus experiencias de violencias, drogas y problemas de salud mental, principalmente) para tratar de proporcionar y aportar conocimientos al respecto. Participaron en el estudio 1.123 mujeres, de las cuales un 46,3% había experimentado violencia.

En primer lugar, revisaron las evidencias conceptuales existentes al respecto, hallando que:

1. Dada la mayor concurrencia de problemas entre las mujeres consumidoras (obviamente de violencia, pero también de salud mental, médicos, problemas relacionales, familiares y de crianza, ausencia de apoyos y red, etc.), comparadas con los varones drogodependientes, resultaba más probable que ellas valorasen más y mejor el acceso a servicios integrales y que éstos fueran más beneficiosos para ellas, por encima de los recursos específicos de drogas o de violencia.

2. A partir de la afirmación precedente respecto de la concurrencia de una mayor gama y complejidad de problemáticas entre las mujeres, se comprobó que ellas también eran más propensas que ellos a utilizar, consultar y hacer uso de más y más diversos servicios (terapias, asesoramiento familiar, vivienda y asistencia financiera, inserción laboral, etc.).

3. Diferentes investigaciones encontraron que la recepción de servicios integrales por parte de las mujeres mejoraba los resultados de su tratamiento de drogodependencias.

3.1. El estudio de campo cuasi-experimental realizado por McLellan et al. (1998) encontró que las mujeres que habían recibido una oferta de tratamiento en un recurso, si no totalmente integrado sí mejorado respecto de los tratamientos específicos al uso (ya que en esa experiencia mejorada se incluían exámenes médicos, asistencia para la vivienda, clases de crianza y servicios de empleo, entre otros), comparadas con las mujeres del grupo control, mostraron en un plazo de 6 meses mejorías significativas respecto del consumo, que se redujo notablemente o cesó. En lo relativo a su salud física y mental, las mujeres atendidas en el recurso con más servicios informaron de menos problemas de salud física y mental.

3.2. Otro estudio (Marsh *et al.*, 2004) determinó que la recepción de servicios integrales en los que se trabajaba sobre la salud mental, además de la violencia y el abuso de drogas, se asociaba a una mayor reducción del uso de sustancias después del tratamiento.

3.3. En el estudio de Logan *et al.* (2002) se comprobó que la inclusión de la terapia familiar era particularmente importante para las mujeres consumidoras con antecedentes de violencia. Las mujeres se beneficiaron de los programas que incluyeron servicios centrados en la familia, porque esta experiencia mejoró el apoyo social disponible para ellas al reconectarlas con sus familiares. La disponibilidad de apoyo por parte de la familia se ha relacionado, a su vez, con una salud mental mejor y un menor consumo de sustancias. La separación entre la mujer y su familia, además de producirse, acaso, por el consumo, es consecuencia, en otras muchas ocasiones, de las estrategias utilizadas por los maltratadores, que las aíslan de familiares y amistades hasta dejarlas solas, sin apoyos ni recursos.

- 3.4. Los servicios que también incluyen elementos relacionados con el empleo (estrategias orientadas hacia la búsqueda de empleo, habilidades específicas, etc.) se han relacionado con la adherencia al tratamiento de todas las mujeres, pero resultan especialmente beneficiosos para las mujeres con experiencias de violencia, porque les permite avanzar en su proceso hacia la autonomía, liberándose de la dependencia financiera de sus parejas abusadoras (Logan *et al.*, 2002). En la misma línea, los recursos que se interconectan con servicios que facilitan y ayudan en el acceso a la vivienda resultan igualmente importantes para estas mujeres (Amaro, Nieves, Johannes y Cabeza, 1999).
- 3.5. Finalmente, las mujeres con hijas/os también pueden beneficiarse de los servicios integrales para desarrollar habilidades y modelos de crianza de calidad, porque les permite mejorar el vínculo con sus hijas e hijos y enfrentar con mayores garantías de éxito los problemas de custodia relacionados con el consumo de sustancias que son comunes entre las mujeres inmersas en relaciones de pareja violentas (Amaro *et al.*, 1999).

En segundo lugar, las autoras procedieron a plantear una serie de hipótesis a partir de la revisión de la literatura;

- Hipótesis 1: Las mujeres con antecedentes de violencia presentarán, en el momento de acceso al servicio, un consumo de drogas más elevado (adicción más severa medida a través del Instrumento ASI; *Addiction Severity Index* o Índice de Severidad de la Adicción, en español) que las mujeres sin dichos antecedentes.
- Hipótesis 2: Las mujeres con antecedentes de violencia en el año posterior al alta en el servicio, mantendrán un uso de drogas más elevado que las mujeres sin antecedentes de violencia.
- Hipótesis 3: Las mujeres con antecedentes de violencia, durante el proceso terapéutico, harán un mayor uso de los servicios que oferta el recurso integrado que las mujeres sin dichos antecedentes.
- Hipótesis 4: La relación entre la recepción de servicios integrales y la reducción del uso de sustancias después del tratamiento será positiva para todas las mujeres, pero será más beneficiosa y positiva para las mujeres con antecedentes de violencia.

La **variable dependiente** fue el consumo de sustancias tras el alta (post-tratamiento).

Las **variables explicativas**: las características organizativas del tratamiento.

Para que un recurso fuera conceptualizado como “integral” y formara parte de la evaluación, debía ofertar los siguientes servicios:

- a) Servicios de acceso (transporte y guardería).
- b) Programas terapéuticos para el abuso de sustancias (tratamientos profesionalizados o de autoayuda, etc.).
- c) Servicio médico y de prescripción de medicamentos para los problemas de abuso de alcohol u otras drogas.

- d) Terapias/grupos de familiares y de habilidades para la vida (talleres/grupos/programas de crianza de las/os hijas/os, de violencia, asertividad, habilidades sociales, planificación familiar, sexualidad, maternidad).
- e) Servicios de salud física (servicios de prevención del VIH, VHC, servicios de ginecología y salud reproductiva).
- f) Servicios de salud mental (tratamiento de salud mental).
- g) Otros servicios concretos (escuela, habilidades laborales, vivienda, capacitación en el idioma para personas extranjeras, ayuda para la gestión de otros beneficios, como la pensión alimenticia, manutención, ayuda legal para la custodia de hijas e hijos, etc.).

Al final del tratamiento se preguntó a las usuarias si habían recibido cada uno de estos servicios y en qué medida habían hecho uso de cada uno de ellos. La medida se calculó sumando el número de servicios utilizados por cada persona comparándolo con un valor medio estándar asignado que permitiera la comparación.

Las variables de control: características del servicio que, en investigaciones previas, demostraron ser predictivas respecto del consumo drogas post-tratamiento. Esas variables fueron:

- a) Acreditación: el reconocimiento oficial del servicio como recurso sanitario o la carencia de dicho reconocimiento.
- b) Modalidad: tipo de recurso (de reducción de daños, libre de drogas, ambulatorio, centro de día, recurso residencial, etc.).
- c) Propiedad: titularidad pública, privada, conveniada, con/sin ánimo de lucro, de gestión gubernamental, municipal, autogestionado, etc.
- d) Disponibilidad de servicios *in situ*: número de servicios que se prestaban en el mismo recurso, en las instalaciones del tratamiento.
- e) Frecuencia de la terapia o asesoría profesional o de pares: frecuencia de recepción de terapia, asesoramiento o ayuda individual por cada persona usuaria.

Variables individuales de cada usuaria: son las características individuales que refiere cada usuaria en la entrevista inicial en el momento del ingreso; raza, pertenencia a minoría étnicas, edad, nivel educativo, historial de violencia, estado de salud, nivel económico, fuente de ingresos, consumo de drogas, experiencias previas de tratamiento, consumo en el último mes (sustancias, cantidad, vía) y duración del tratamiento.

El modelo estadístico desarrollado, que se puede consultar en el artículo referenciado, investigó los efectos principales de las variables explicativas, las variables organizativas e individuales y las interacciones entre el historial de violencia y las características del servicio.

Variable moderadora: la experimentación o no de violencia ejerció de variable moderadora, ya que podría influir de manera diferencial en el peso de la relación entre las variables explicativas (servicios recibidos) y la variable dependiente (uso de sustancias después del tratamiento).

Los **resultados** que hallaron fueron los siguientes:

En cuanto a las variables individuales. Comparadas con las mujeres sin historial de violencia, las que tenían antecedentes de violencia iniciaron el tratamiento con un nivel educativo ligeramente inferior y tenían una mayor probabilidad de haber recibido tratamiento previo por sus problemas de abuso de drogas (el 70% de las mujeres supervivientes de violencia refirieron alguna experiencia previa en tratamiento de drogodependencias).

En cuanto a las características organizativas del tratamiento. Las mujeres con historial de violencia se diferenciaron de las mujeres sin ese antecedente en cuanto a la modalidad de los tratamientos previos de drogodependencias. El porcentaje de ingresos en programas de metadona entre las mujeres victimizadas era la mitad (8,3%) del volumen de mujeres sin antecedentes de violencia que acudieron a ese tratamiento (15,6%). Además, las mujeres victimizadas tenían más probabilidades que las mujeres sin antecedentes de violencia de haber acudido a tratamientos residenciales de larga estancia o tratamientos ambulatorios.

En todas las modalidades de tratamiento, las mujeres con historial de violencia tenían más probabilidades que otras mujeres de recibir los servicios *in situ*, es decir, en las propias instalaciones del recurso integrado.

Las mujeres con y sin antecedentes de violencia también diferían en los patrones de uso de los servicios. Las que habían experimentado violencia usaron más veces una mayor cantidad de servicios, comparadas con las otras. En general, los servicios más demandados por las primeras fueron los de acceso (transporte, guardería), los de salud mental, toda vez que acudieron a un mayor número de consultas médicas.

En cuanto a la relación entre la recepción de servicios en recursos integrados y uso de sustancias después del tratamiento. Los hallazgos indican que la recepción de servicios integrales en los tratamientos de drogodependencias está asociada con una reducción del consumo de drogas (medido un año después del alta en el tratamiento) en todas las mujeres de la muestra. Trabajar sobre los problemas de drogas se asoció estadísticamente con la reducción del uso de sustancias después del tratamiento en toda la muestra.

Lo que diferenció a las mujeres con problemas de drogas e historial de violencia de las mujeres drogodependientes sin antecedentes de maltrato fue que, para las primeras, la reducción del uso de drogas post-tratamiento se asoció estadísticamente con la recepción de servicios integrados; concretamente con los de carácter familiar (servicios de terapia/grupos familiares que incluían talleres de crianza de hijas/os, terapia para abordar la violencia, grupos terapéuticos de familiares, talleres de asertividad, habilidades sociales, planificación familiar y talleres de sexualidad, maternidad, etc.). En la reducción del consumo de drogas de las mujeres sin historial de violencia, medida 12 meses después del tratamiento, no hubo asociación estadística entre la oferta y uso de tales servicios y el cese del consumo.

En conjunto, los hallazgos de este estudio destacan el importante papel que ejercen los servicios integrales en el tratamiento del abuso de sustancias especialmente para las mujeres que afrontan violencias.

El estudio no pudo confirmar las hipótesis 1 y 2, pero sí se ratificaron cuestiones recogidas en las hipótesis 3 y 4, en la medida en que las mujeres drogodependientes con historial de violencia accedían/elegían en mayor medida servicios integrales de tratamiento comparadas con las mujeres con problemas de abuso de drogas que no contaban con un historial de violencia.

Implicaciones para el diseño de recursos de tratamiento integrados. Los hallazgos de este estudio destacan al menos tres implicaciones para quienes deseen organizar tratamientos integrados dirigidos a mujeres con problemas de abuso de drogas, afrontan violencia y otras problemáticas en interacción:

1. Es posible que las mujeres que desean salir de una relación de violencia y peligro no puedan beneficiarse de los programas tradicionales de tratamiento de las drogodependencias hasta que no se hayan satisfecho sus necesidades inmediatas de seguridad y subsistencia. Si las mujeres carecen de una vivienda estable, de fuentes de ingresos regulares y están abrumadas por las consecuencias de la violencia sobre sus hijas/os, parece probable que no puedan centrar su atención en atender a su problema con las drogas. Por lo tanto, los servicios integrales diseñados para responder a las necesidades de seguridad y subsistencia de las mujeres y sus hijas/os que trabajan paralelamente sobre el consumo son más efectivos para subpoblación de mujeres.
2. Vistos los resultados del estudio, será necesario que los recursos de atención a las drogodependencias integrados incluyan, cuando menos, aquellos servicios que han mostrado mantener una vinculación estrecha con la reducción del consumo de drogas en mujeres que han sobrevivido a la violencia. Se trata de los servicios que incluyen el abordaje de los problemas de salud mental, la atención médica y los servicios que facilitan el acceso al tratamiento (transporte y guardería) y de intervención sobre la díada madre-hija/o.

Para mejorar los resultados del tratamiento, éste ha de adaptarse, incluir nuevas prácticas de planificación y nuevos programas y servicios, además de incluir la evaluación en todas las fases del proceso.

3. En aras de medir la eficacia de los recursos integrados, será necesario apostar por la evaluación empírica de los servicios que ofertan e identificar empíricamente cuáles de esos servicios se asocian en mayor medida con resultados positivos para las mujeres usuarias.

También se necesita más investigación para examinar las experiencias reales de las mujeres en tratamiento al objeto de comprender cómo la recepción de estos servicios por parte de las mujeres con historial de violencia conduce a una disminución de su uso de sustancias.

Finalmente, será importante hablar con las propias mujeres y preguntarles por los servicios que consideran más útiles en su proceso de recuperación. Varios estudios han entrevistado a mujeres implicadas en el binomio drogas-violencia (Amaro y Hardy-Fanta, 1995; El-Bassel *et al.*, 2001; Gilbert *et al.*, 2001), pero ninguno se ha centrado específicamente en analizar su opinión en torno a la necesidad, o no, de recibir servicios integrales.

Los hallazgos del anterior estudio brindan un apoyo a la afirmación de que existe una relación estadísticamente significativa entre la recepción de servicios integrales y el uso de sustancias entre las mujeres que experimentan violencia, luego se ratifican las siguientes premisas conceptuales:

- 1) Las mujeres que afrontan violencia se benefician más de los recursos integrados que aglutinan *in situ*, en sus instalaciones, una mayor variedad de servicios de apoyo, porque así aumentan sus probabilidades de éxito en la intervención sobre sus problemas de adicción.
- 2) Como resultado de sus experiencias de violencia, estas mujeres presentan necesidades más complejas a la hora de ingresar en los tratamientos.
- 3) Estos resultados son congruentes con la literatura sobre la alta prevalencia de violencias y trauma entre las mujeres en tratamiento por abuso de sustancias, lo que enfatiza la necesidad de proporcionar recursos que, además de trabajar sobre el consumo, proporcionen a las mujeres seguridad y respuesta a sus necesidades de subsistencia inmediatas, toda vez que proporcionan servicios familiares (proporcionando espacios de seguridad para hijas/os, atienden el vínculo madre-hija/o, etc.) y acceso a los apoyos sociales que requieren esas mujeres.

Diversos estudios centrados en las diferencias de género en los tratamientos de abuso de drogas (Blume, 1990; Lex, 1991; Marsh y Miller, 1985; Nelson-Zlupko, Kauffman y Dore, 1995; Oppenheimer, 1991; Reed, 1985; Wallen, 1992; Wilsnack, Wilsnack y Klassen, 1984, en Nelson-Zlupko *et al.*, 1996) identificaron la importancia de ofertar *in situ*, en las propias instalaciones en las que se ubicaban esos tratamientos, servicios especializados para abordar las necesidades únicas de las mujeres. Al analizar los artículos mencionados, Nelson-Zlupko *et al.* (1996) identificaron la idoneidad de incluir en los recursos integrados componentes tales como: grupos de asertividad, talleres de autoestima, grupos de terapia sólo para mujeres, seminarios especializados y/o talleres continuos sobre crianza, sexualidad y habilidades de planificación de la vida, así como servicios de salud ginecológica y reproductiva.

Amaro y Hardy-Fanta (1995) sugieren que las mujeres con hijas e hijos se benefician más de los recursos que acogen a madres con hijas/os y que trabajan sobre esta diada (talleres de crianza, asesoramiento familiar, apoyo para abordar problemas de custodia, etc.). También obtienen mejores puntuaciones, son más beneficiosos, los recursos que contemplan y trabajan sobre necesidades futuras, como los de vivienda, la inserción laboral, la independencia económica y otros servicios concretos que resultan importantes para que las mujeres puedan alcanzar una vida estable (Amaro *et al.*, 1999).

Zankowski (1987) describió el impacto de la reestructuración y adaptación de un programa de drogodependencias a las necesidades de las mujeres en un recurso hospitalario mixto, comparando las tasas de retención de ellas y ellos antes y después del cambio.

El cambio implicó la capacitación y sensibilización del personal para identificar y responder adecuadamente a las necesidades de las usuarias. Se añadieron servicios especializados específicos, como seminarios dirigidos a las mujeres sobre sexualidad, crianza de

hijas e hijos y desarrollo de habilidades para la vida, entrenamiento en asertividad, actividades de ocio para mujeres, terapia familiar para abordar específicamente las relaciones interpersonales, consultas y servicios de psiquiatría para tratar otros diagnósticos prevalentes en mujeres usuarias de drogas, reuniones de Alcohólicos Anónimos sólo para mujeres y otros grupos integrados sólo por usuarias femeninas que fomentaran la creación de apoyo y red entre ellas. Los resultados mostraron que, al año de introducir los cambios, las tasas de retención de mujeres aumentaron un 25%, igualando por primera vez las de los pacientes varones.

Un estudio realizado por Copeland y Hall (1992) en Australia, comparó las tasas de abandono de 160 usuarias en tratamiento por sus problemas con las drogas a) en un centro especializado para mujeres o b) en dos centros tradicionales de tratamiento de drogodependencias.

Las tasas de abandono se redujeron significativamente entre mujeres lesbianas, mujeres con antecedentes de abuso sexual en la niñez y aquellas con hijas o hijos a su cargo cuando participaban en un programa especializado para mujeres comparadas con las que participaban en alguno de los dos programas tradicionales de tratamiento. Este estudio agrega una valiosa contribución a la literatura, al reflejar la diversidad de las respuestas al tratamiento dentro de los subgrupos de mujeres.

Greif y Drechsler (1993) exploraron el impacto de incluir un servicio educativo sobre crianza y ejercicio de la maternidad para mujeres en un tratamiento convencional de metadona, al considerar esta cuestión una prioridad para las mujeres. Seis usuarias asistieron a los grupos en los que se abordaron temas como la importancia de la coherencia, del mantenimiento de una estructura estable y de pautas diarias en la crianza de hijas e hijos; miedos relacionados con las deficiencias de su propia crianza; la culpa por el descuido de los hijos e hijas en el pasado debido al uso de drogas, así como lo relativo a los ataques verbales de niñas y niños enojados y los problemas relacionados con la crianza de adolescentes.

Los cambios informados por las usuarias incluyeron la mejora del vínculo entre ellas y sus hijas/os, la adopción de estilos de crianza más efectivos y una mayor confianza en sus habilidades para ello. Si bien este estudio proporciona información descriptiva del impacto de un servicio especializado considerado particularmente valioso para las mujeres en tratamiento por problemas con las drogas, sus resultados son limitados debido al tamaño de la muestra y la falta de grupos de control para proceder a la comparación.

A partir de esas evidencias, Nelson-Zlupko *et al.* (1996) también se propusieron evaluar, pero esta vez de forma cualitativa y mediante entrevistas en profundidad, a 24 mujeres drogodependientes respecto de su experiencia en tratamientos especializados (para mujeres) y no especializados (tradicionales).

Las preguntas se dirigieron a conocer las experiencias de tratamiento de esas mujeres, los servicios específicos proporcionados en estos programas, su frecuencia de uso y la utilidad que atribuían a cada uno de ellos, el impacto de los servicios en los resultados del tratamiento y otras cuestiones como la duración del proceso, logro de la abstinencia y capacitación en otras áreas de funcionamiento vital.

A partir de una extensa revisión de la literatura, identificaron los servicios que aparecían sugeridos conceptualmente o estaban implementados, *de facto*, en algunos dispositivos.

Tabla 1. Servicios especializados necesarios/ofertados en un servicio integral (en orden de frecuencia)

Servicios	Disponibles en el propio recurso	No disponibles en el recurso (externalizados)	Desconocido
Terapia individual	93%	1%	6%
Terapeutas mujeres	93%	4%	3%
Dispensación de medicación	84%	13%	3%
Atención médica in situ	75%	14%	11%
Terapeutas profesionales (no ex/usuarios/os)	74%	10%	16%
Evaluación psicológica	63%	22%	15%
Programas centrados en el abuso de drogas	62%	27%	11%
Terapeutas masculinos	61%	36%	2%
Ayuda con el transporte	59%	28%	13%
Grupos solo de mujeres	56%	34%	10%
Terapia familiar	55%	33%	12%
Grupos de trabajo sobre problemas de las mujeres	51%	37%	12%
Gestión de ayudas para obtener alimentos, vivienda, ropa, etc.	47%	36%	17%
Actividades recreativas	45%	45%	10%
Ayuda para encontrar trabajo o inscribirse en recursos de formación	43%	26%	31%
Asistencia económica de emergencia	42%	31%	27%
Educación en salud reproductiva	41%	47%	12%
Facilitadoras/es ex/usuarios/os	40%	33%	27%
Grupos de sexualidad	37%	46%	17%
Educación en torno a la crianza	35%	43%	22%
Reuniones de los 12 pasos	35%	51%	14%
Grupos mixtos	31%	61%	8%
Guardería in situ	29%	63%	8%
Ayudas para el cuidado de niñas/os	21%	43%	36%
Otros servicios mencionados			
– Prueba de embarazo obligatoria	Sólo mención	Sólo mención	Sólo mención
– Grupos de supervivientes de incesto			
– Alojamiento			

Fuente: Nelson-Zlupko *et al.* (1996).

Dado que las mujeres encuestadas habían pasado anteriormente por una media de cuatro tratamientos de drogodependencias y conocían los servicios que dispensaban esos recursos, se les pidió que identificaran los servicios que estaban más presentes en esos dispositivos.

Como se deduce a partir de la tabla, los 5 servicios más disponibles en los tratamientos de abuso de drogas fueron, en orden de importancia:

1. Terapia individual.
2. Dispensación de medicación.
3. Atención médica (obligatoria en los centros de tratamiento de drogas que reciben financiación).
4. Evaluación psicológica.
5. Intervención sobre el abuso de drogas.

Las participantes indicaron que había terapeutas mujeres casi en la totalidad de los tratamientos y que los terapeutas masculinos estuvieron en el 63% de esas experiencias previas en tratamiento. Sin embargo, añadieron que no siempre pudieron elegir que fuera una mujer o un hombre quien les brindaba el servicio.

Tras ello se pidió a las mujeres que conformaron la muestra, usuarias de un tratamiento especializado (para mujeres) integral (diversidad de servicios *in situ*) de Philadelphia, que calificaran cada servicio de los de la lista en función de su grado de utilidad en su proceso de recuperación utilizando una escala del 1 (muy útil) al 5 (muy poco útil). Después de calificar cada servicio, se les formularon preguntas abiertas para que opinaran sobre los servicios que les resultaron útiles en su proceso, en qué medida experimentaron cambios a partir de ser usuarias de dichos servicios, si modificó sus pensamientos y creencias en torno a la necesidad de tratamientos integrados y especializados para mujeres con problemas de drogas, ideas y sentimientos que mantenían sobre los programas de drogodependencias y sobre el proceso de recuperación en general, etc.

A nivel **cuantitativo** estos fueron los **resultados**:

**Tabla 2. Grado de utilidad de cada servicio
(en orden de eficacia)**

Servicios	Muy útil	Neutro	Poco/nada útil
Ayuda con el transporte	86%	5%	9%
Gestión de ayudas para obtener alimentos, vivienda, ropa, etc.	83%	7%	10%
Actividades recreativas	83%	4%	13%
Atención médica in situ	82%	11%	7%
Reuniones de los 12 pasos	81%	4%	15%
Grupos de trabajo sobre problemas de las mujeres	80%	4%	16%
Dispensación de medicación	76%	5%	19%

Servicios	Muy útil	Neutro	Poco/nada útil
Ayuda para encontrar trabajo o inscribirse en recursos de formación	12%	12%	12%
Asistencia económica de emergencia	76%	10%	14%
Terapia familiar	76%	4%	20%
Grupos solo de mujeres	75%	19%	6%
Educación en salud reproductiva	75%	11%	14%
Terapeutas mujeres	74%	12%	14%
Programas centrados en el abuso de drogas	74%	19%	6%
Facilitadoras/es ex/usuarios/os	74%	8%	18%
Guardería in situ	72%	6%	22%
Grupos de sexualidad	71%	23%	6%
Educación en torno a la crianza	70%	10%	20%
Terapia individual	69%	7%	24%
Ayudas para el cuidado de niñas/os	54%	8%	38%
Evaluación psicológica	53%	26%	21%
Terapeutas masculinos	48%	18%	34%
Grupos mixtos	46%	27%	27%

Y a nivel **cualitativo**, estos fueron los **resultados** más relevantes:

La terapia individual es el servicio que más influye en la decisión de las mujeres de permanecer en el tratamiento o abandonarlo.

Muchas mujeres identificaron la terapia individual como el servicio más importante del tratamiento. Afirmaron que, por encima de todo, lo que valoraban del tratamiento era que alguien "estuviera allí para ellas", escuchara sus dificultades y les brindara apoyo.

La identidad de género/sexual de quien les dispensaba esa atención, si bien resultaba importante, quedaba en segundo plano frente a elementos como el de que el/la terapeuta las tratara con dignidad, respeto y preocupación genuina.

Según las participantes, eran calificados como "malas/os" consejeras/os² quienes no disponían de habilidades de escucha activa, ofrecían poco tiempo para hablar, mostraban poco respeto o compasión por sus clientes y resultaban incapaces de individualizar los planes de tratamiento de las usuarias.

2. Se distingue entre terapeutas y consejeros/as. Terapeutas son profesionales con formación académica en el trabajo sobre las drogodependencias. Consejeras/os hace referencia a exusuarios/as que, tras finalizar el tratamiento, pueden adoptar funciones de facilitación, dinamización o consejería grupal.

También hubo quien consideró que había terapeutas (no consejeros/as) “malas/os”, lo cual provocaba que ellas participaran menos en el tratamiento o que, incluso, se plantearan abandonarlo. Por el contrario, asociaron las experiencias de mayor participación en el tratamiento a contar con terapeutas “buenas/os”, a quienes también asociaban con mayores tasas de éxito en el tratamiento en términos de abstinencia.

Las características de las/os terapeutas con buenas valoraciones fueron: profesionales que les dispensaban un trato respetuoso, creían en sus fortalezas y capacidades (de las usuarias), consideraban que las mujeres a las que atendían tenían múltiples necesidades y confiaban en ellas (usuarias).

“[las/os buenas/os terapeutas] te ven como una persona y una mujer, no sólo una adicta. Ven que tienes muchas necesidades. Y tratan de idear algún tipo de plan.”

“No puedo pensar en un mejor sentimiento que el de alguien que cree en ti más de lo que tú crees en ti misma, para que puedas aprender a creer en ti misma.”

Según las participantes, mujeres atendidas en dispositivos de atención, el respeto básico por parte de quienes las asisten en espacios individuales (terapeutas, consejeros/as) resulta uno de los factores más importantes en la decisión de permanecer en el tratamiento.

Las participantes del estudio describieron la alta probabilidad de ser acosadas sexualmente, no sólo por otros usuarios en recursos “mixtos”, sino también por los facilitadores varones (en recursos de autoayuda son ex-usuarios) en los dispositivos tradicionales de tratamiento del abuso de drogas, lo cual correlacionó con el cese y abandono del proceso por parte de muchas usuarias³.

“Tuve un terapeuta masculino. Quiso que le hiciera el amor en su escritorio. Así que dejé el tratamiento.”.

“Había dos tipos allí que estaban enamorados y que querían salir conmigo, y como empezaron a coquetear conmigo, a hablar para...ya sabes, yo no quería hablar y empecé a no querer ir.”

El cuidado infantil es central en la recuperación de la mujer con hijas/os.

Otro de los temas importantes surgidos en las entrevistas con las usuarias fue el de las/os hijas/os y la importancia que ellas otorgaban a los servicios de cuidado y ayuda para la crianza, tanto si éstos se dispensaban fuera del recurso como si lo procuraban en las propias instalaciones del tratamiento en el que estaban inmersas.

Los aspectos más valorados del servicio fueron la guardería, talleres de habilidades para la crianza, apoyo terapéutico para enfrentar las dificultades en el ejercicio de la maternidad, etc.

3. Recordemos que las usuarias tenían, de media, experiencia en cuatro programas de drogodependencias anteriores al que cursaban en el momento de la entrevista.

La mayoría de las participantes indicaron que esa ayuda era necesaria; sin embargo, eran pocos los recursos que la proporcionaban. Cuando ese servicio se ofrecía fuera del recurso, se topaban con enormes listas de espera, las guarderías estaban lejos, limitaban la edad de admisión de niñas y niños o tenían un coste elevado. Esto provocó que muchas de las mujeres/madres faltaran a las citas terapéuticas o de otros servicios. Cuando los dispositivos contaban *in situ* con guardería, se confirmó que, en ocasiones, el horario era limitado, la extensión en el tiempo breve y también incluían ciertas limitaciones de edad para acceder a ellas, luego resultaban inútiles porque no se adecuaban a las necesidades de las usuarias. Finalmente, cuando las guarderías formaban parte de los servicios de un recurso integral especializado (para mujeres), las participantes los consideraron uno de los servicios más útiles en términos de calidad de la asistencia del programa de drogodependencias.

"[El cuidado de niñas/os] me ayuda en la recuperación, porque no puedo hacer ciertas cosas que necesito para mí misma cuando los tengo conmigo, y especialmente cuando voy a la terapia, porque no me siento cómoda con que escuchen todo lo que digo."

"Es difícil para mí llegar aquí [al tratamiento] sin el centro [de cuidado infantil]. Es un lugar al que puede ir mi hijo y puedo tener mi propio espacio."

Además de ese servicio, disponer de talleres y/o grupos enfocados al desarrollo de habilidades para la crianza, fue otra de las necesidades que obtuvo mayor consenso entre las usuarias.

Muchas de ellas admitieron que las demandas excesivas de sus hijas/os (de cuidado, poner límites, gestionar emociones, etc.) les provocaban un nivel de estrés importante y que, como no tenían habilidades para manejarlas, se habían convertido, en ocasiones, en motivo de recaída. Así, cuando se les brindó ayuda para adquirir habilidades específicas para afrontar mejor esas demandas, las participantes percibieron más probabilidad de éxito en su recuperación:

"Creo que es muy importante que recibamos educación sobre nuestros hijos durante el proceso de recuperación, porque la recuperación tiende a ser un momento estresante, y disponer de estrategias para tratar con nuestros hijos, hace que sea mucho más fácil, en lugar de preocuparme por si me voy a romper o me voy a desquitar con mi hijo."

"[La ayuda para la crianza] minimiza mucho el estrés en tu vida, lo que te facilita lidiar con las cosas del día a día. A veces tienes que lidiar con otras cosas, ¿sabes?"

Una de las mujeres habló de la amenaza a la que se enfrentan muchas mujeres drogodependientes; perder la custodia de sus hijas/os como resultado del consumo de drogas. Ella misma describió cómo los talleres de crianza podrían ayudar a prevenir ese problema.

"Había muchas mujeres [en el programa] cuyos hijos les habían sido arrebatados, pero si hubieran tenido ayuda para lidiar con sus hijos, podrían haber tenido otras opciones para lidiar con sus hijos antes de que los tribunales se los quitaran."

Prevenir la pérdida de la custodia fue el objetivo principal de muchas de las mujeres entrevistadas en la investigación, pero sólo un tercio de ellas había recibido educación para la crianza en los tratamientos de abuso de drogas por los que había pasado anteriormente.

En la mayoría de los tratamientos se desarrollaban grupos mixtos que no daban cabida a que las mujeres se expresaran abiertamente en torno a sus necesidades y experiencias. Se sugiere que existan grupos integrados sólo por mujeres.

Las participantes percibieron claramente que sus necesidades diferían de las de los varones, pero que esas necesidades no se abordaron o se minimizó su importancia en los grupos mixtos.

"Creo que las necesidades de las mujeres son diferentes. Tenemos hijos con los que estamos involucrados. Muchos hombres tienen hijos, pero no están involucrados con ellos. Nuestras vidas afectan a nuestros niños pequeños."

"Yo y otras mujeres tenemos hijos, y siempre terminamos hablando de eso, pero no sucede cuando tienes un hombre en el grupo."

Las participantes afirmaron que en los grupos mixtos de los programas de tratamiento convencionales, terminaban sintiéndose (y eran tratadas) como miembros masculinos, como si fueran hombres, porque tanto el grupo como quien lo lideraba redirigía los temas que ellas querían trabajar y resultaban importantes para ellas, conminándolas a "centrarse en su dependencia", como si hablar de alguno de esas cuestiones relevantes para ellas, sus hijas o hijos, por ejemplo, fuera una excusa para no hablar de su adicción.

Para estas mujeres, afrontar todo lo relativo a las hijas e hijos y su crianza era parte fundamental de su recuperación, hasta el punto de que su abstinencia dependía de contar o no con apoyo y ayuda para gestionar las frustraciones derivadas de su papel de madres.

Las participantes también expresaron sentirse cosificadas cuando surgían temas de sexualidad en grupos mixtos:

"Necesitaba aprender sobre ginecología y esas cosas. Seguía quedándome embarazada y necesitaba un lugar para sentirme bien, para hablar sobre lo que me estaba pasando, pero me miraban como si quisiera sexo o algo así."

Varias mujeres afirmaron haber recibido insinuaciones y que se sintieron invadidas o acosadas sexualmente durante las sesiones grupales mixtas; recibieron de parte de sus compañeros de grupo, desde invitaciones abiertas para tener relaciones sexuales, hasta sentirse "desnudadas" con sus miradas.

Más de una cuarta parte de las encuestadas consideraron poco o nada útiles los grupos mixtos en su proceso de recuperación y prácticamente todas expresaron una mayor comodidad al participar en grupos integrados sólo por mujeres.

La eficacia de los servicios dirigidos a las mujeres disminuye en los tratamientos que no apoyan ni favorecen a las mujeres, es decir, se reduce la utilidad de esos servicios si no incorporan, la sensibilidad de género o la perspectiva de género.

Los tratamientos deben incorporar la perspectiva de género.

A lo largo de este estudio queda claro que el simple hecho de ofrecer servicios especializados, tipo guardería o grupos de terapia sólo para mujeres, no resulta suficiente si no se eliminan los elementos negativos que experimentan las mujeres (acoso sexual, cosificación, silenciamiento o minimización de los problemas de las mujeres, etc.), lo que suele correlacionar con el abandono, por parte de ellas, del programa de tratamiento. Las mujeres del estudio evaluativo que habían recibido tratamiento tanto en programas especializados para mujeres como en programas convencionales, eligieron los primeros.

Expresaron la importancia de ser tratadas como personas y no sólo como “adictas” o “putas” y hablaron de la frecuencia con la que eran estereotipados negativamente en los tratamientos convencionales:

"Todos, incluso los hombres adictos, piensan que eres una puta sólo porque consumes drogas. Incluso cuando estás abstinente, no ven que estás tratando de hacer algo por ti misma".

Las participantes enfatizaron constantemente el valor de ser tratadas con dignidad y respeto tanto por el personal como por los usuarios de los tratamientos.

Otros temas que surgieron en las entrevistas y a los que dieron importancia las mujeres fueron:

- a. La dispensación de medicación relacionada con el abuso de drogas:

"No podría haber hecho nada sin la metadona para detener mi ansiedad."

- b. La raza:

"Me ayudó hablar de la pertenencia a una minoría."

- c. Las políticas de género:

"Las mujeres no son tratadas como iguales. Ni ahí fuera ni en la mayoría de los programas de tratamiento."

- d. El cuidado de la salud prenatal:

"Usé crack durante todo mi embarazo y mi bebé nació con muy poco peso. Tengo mucha culpa por eso, incluso ahora."

- e. La realización de pruebas rutinarias de embarazo:

"Me hubiera gustado haberlo sabido tan pronto como quedé embarazada. Se supone que deben hacer una prueba de embarazo todos los meses, pero estaba de 5 meses para cuando me lo dijeron. Yo quería haber podido tomar la decisión de quedarme con el bebé o no, pero al final me lo quitaron."

Hubo ciertos aspectos en el diseño de los programas de tratamiento que a casi todas les parecieron poco útiles, como, por ejemplo, la ausencia o el exceso de actividades "Tenía demasiado tiempo libre" o "Era como una cárcel"; la ubicación del recurso "Estaba en un vecindario realmente malo, donde yo solía ir a comprar drogas. Todos los días estaba preocupada por si me pasaba algo malo de camino hacia allí."

Cuando se les preguntó sobre los servicios que incluirían en el tratamiento, si pudieran diseñarlo ellas, la mayoría de las respuestas se aglutinaron en torno a: los grupos sólo para mujeres, contar con “buenas/os” terapeutas, educación y habilidades de crianza y guardería. Y finalmente, cuando se les preguntó qué servicios no incluirían en su programa

de tratamiento ideal, los servicios mencionaron con mayor frecuencia fueron: "malos terapeutas" y los grupos de terapia mixtos.

Como conclusión, se afirma que la superposición de servicios para las mujeres carece de efectividad si no se acompaña de todo un "paraguas" filosófico sensible al género que las proteja, las apoye, comprenda y responda a sus necesidades y promueva el empoderamiento de las usuarias.

Respecto de las herramientas utilizadas, es importante destacar que el uso de métodos cualitativos para explorar las experiencias y opiniones de las participantes enriqueció significativamente la comprensión de los hallazgos cuantitativos y ayudó a interpretar de forma más adecuada los mismos. Permitió comprobar la utilidad que atribuían ellas a los servicios que suelen ofertarse en los tratamientos dirigidos a las mujeres, pero lo más importante fue que este enfoque cualitativo permitió a las mujeres sentirse escuchadas y reconocerse/las como expertas de sus experiencias y de su propia vida.

La limitación principal provino del tamaño de la muestra.

Para poder concluir la adecuación de los recursos a las mujeres, la evaluación de los servicios y sus programas debe incorporar la perspectiva de género y las herramientas propias del paradigma de género al objeto de reducir las brechas de conocimiento⁴.

Además, resulta necesario promover la transferibilidad de las intervenciones y servicios que resultan ser eficaces en otros lugares y proceder a la adaptación que requiere su réplica en cada contexto. Por lo tanto, se debe alentar la investigación sobre temas, servicios y programas específicos que respondan a las diversas necesidades que presentan las mujeres que abusan de drogas y sobreviven a violencias y otras problemáticas en interacción para garantizar que reciban una respuesta de calidad basada en la evidencia.

Por último, añadimos posibles indicadores de evaluación expuestos en Aguilera (2022):

- Número de Intervenciones registradas diarias destinadas a ofrecer bienestar.
- Número de intervenciones registradas con la finalidad de establecer vínculos y sororidad entre las mujeres.
- Número de estrategias de reducción de daños generadoras de salud en el uso de drogas de las mujeres.
- Porcentaje de mujeres que expresan experiencias de consumo realizadas en su historia de vida.
- Porcentaje de mujeres que realizan interacciones de refuerzo y apoyo entre iguales.
- Porcentaje de mujeres que realizan interacciones basadas en habilidades interpersonales.

4. El género como parámetro científico se ha configurado en estos últimos treinta años como una variable de análisis que ensancha los límites de la objetividad científica. Hay que adoptarlo como referente necesario si no se quiere tener una visión distorsionada del mundo ni una conciencia sesgada de nuestra especie.

Pasamos a describir otras cuestiones importantes procedentes de la revisión de experiencias e investigaciones.

En Estados Unidos y Canadá, principalmente, se contempla la provisión de servicios integrados también para hombres. Allí, además de considerar a las mujeres (que padecen episodios de violencia y problemas de abuso de sustancias) y sus hijas/os como destinatarias de la intervención, incluyen a los hombres que ejercen violencias (victimarios) en la ecuación.

Se trata de incidir sobre las personas que ejercen violencias, que en una elevada proporción son varones con problemas de consumo que asisten a tratamiento y, por tanto, están disponibles y localizados para trabajar con ellos en ese sentido dual (drogas-ejercicio de violencias).

Respecto del tratamiento de estos hombres, también se observa que la práctica habitual pasa por que los recursos que les atienden en el trabajo de la violencia les deriven a un programa de abuso de sustancias para tratar el problema de adicción. Es raro que los programas de violencia para hombres traten simultáneamente la toxicomanía.

En los servicios integrados dirigidos a hombres agresores con problemas de abuso de drogas, los objetivos centrales del trabajo se enfocan en la rendición de cuentas respecto de su conducta y el cambio de actitudes.

Ahora bien, los servicios de los programas de violencia proporcionados a las mujeres que experimentan violencia y a los delincuentes que la ejercen difieren. La programación para las mujeres hace hincapié en la seguridad, el refugio, los servicios de cuidado infantil, la defensa legal, etc. La programación para agresores masculinos enfatiza el manejo de la ira y los conflictos, la aceptación de la responsabilidad por el comportamiento violento, el cumplimiento de las responsabilidades familiares, etc.

Debido a los diferentes enfoques del programa, la perspectiva óptima para vincular los servicios de abuso de sustancias y violencia puede diferir para víctimas y victimarios. Por ejemplo, el tratamiento simultáneo del abuso de sustancias y de la violencia experimentada funciona bien, y de hecho se recomienda hacerlo así, conjuntamente, con las mujeres, dada la interrelación entre uno y otro problema, mientras que un enfoque en sucesión, en el que el problema del abuso de sustancias se aborda primero y el ejercicio de violencia después, puede ser mejor en el caso de los agresores, puesto que los problemas cognitivos derivados del uso de drogas puede afectar al proceso de trabajo intensivo que exige la deconstrucción de sus ideas en torno al género y el cambio de actitudes y conductas respecto de la violencia.

Como curiosidad, nos parece oportuno añadir que, en diversos países de Europa, se está planteando una mayor implementación y expansión de servicios para las mujeres a través de métodos de tratamiento o intervención *online*, es decir, a través de internet.

Se han definido como “intervenciones de tratamiento de drogas estructuradas, específicamente elaboradas o adaptadas, ofrecidas y comunicadas a través de internet” (EMCDDA, 2014), que pueden ampliarse para proporcionar una serie de actividades centradas en las mujeres y que pueden usarse solas o como complemento de otras intervenciones.

Esta metodología de intervención puede atraer a algunos grupos de mujeres, como las que no cuentan en los tratamientos de drogodependencias con todos los servicios que necesitan, las que se enfrentan a barreras logísticas y estructurales para acceder al tratamiento, las que pueden tener problemas de transporte, problemas con horarios inflexibles del tratamiento, mujeres que no disponen de ayuda para el cuidado de hijos e hijas o las mujeres que temen ser vistas cerca de los recursos e identificadas como drogodependientes.

Otra cuestión interesante es el hecho de que actualmente se considere que, para abordar completamente el problema del uso de drogas entre las mujeres, se proceda a examinar el uso indebido de medicamentos, luego, que se plantee el ejercer cierta política y estrategias orientadas a la revisión de la medicalización excesiva de las mujeres por parte de las y los profesionales de salud.



BIBLIOGRAFÍA

Agranoff, R. (1991). Human services integration: Past and present challenges in public administration. En: J.J. Collins, L.A. Kroutil, J. Roland y M. Moore Gurrera (2002). Issues in the Linkage of Alcohol and Domestic Violence Services. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 387-405.

Aguilera-Martínez, P. (2022). Programa de prevención indicada «Ba-da-lho-ca»: Una propuesta de intervención en sororidad ocupacional dirigido a las mujeres que hacen uso de los servicios REDAN de la Red de Asistencia a las Drogodependencias en Barcelona (Catalunya). *Pedagogia i Treball Social*. Vol. 11. Núm. 1: 7-28.

Amaro, H. y Hardy-Fanta, C. (1995). Gender relations in addiction and recovery. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27(4), 325–337. <https://doi.org/10.1080/02791072.1995.10471698>

Amaro, H.; Nieves, R.; Johannes, S.W. y Cabeza, Z.L. (1999). Substance abuse treatment: Critical issues and challenges in the treatment of Latina women. En: C.M. Andrews, D. Cao; J.C. Marsh y H.-C. Shin (2011). The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 17(5) 550-567.

Andrews, C.M.; Cao, D.; Marsh, J.C. y Shin, H.C. (2011). The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 17(5) 550-567.

Arostegui Santamaría, E. y Martínez-Redondo, P. (2018). *Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Deusto. Universidad de Deusto.

Arostegui, E.; Martínez-Redondo, P. y Moro, Á. (2021). *Estudio exploratorio con perspectiva de género sobre factores asociados al juego patológico: la visibilización de las mujeres en el contexto tradicional y de las prácticas juveniles en el panorama tecnológico*. Madrid. UNAD. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente.

Arpa, S. (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Arsova Netzelmann, T.; Dan, M.; Dreezens-Fuhrke, J.; Kalikov, J.; Karnite, A.; Kucharova, B. y Musat, G. (2015). Women using drugs: a qualitative situation and needs analysis. Cross-country rapid assessment and response. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Azim, T.; Bontell, I. y Strathdee, S.A. (2015). Women, drugs and HIV. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Barnes, M.; Matka, E. y Sullivan, H. (2003). Evidence, understanding and complexity: evaluation in non-linear systems. *Evaluation*, 9(3), 265-284.

Bartholomew, N.; Rowan-Szal, G.; Chatham, L. y Simpson, D. (1994). Effectiveness of a specialized intervention for women in a methadone program. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Bennett, L. y Lawson, M. (1994). Barriers to cooperation between domestic-violence and substance abuse programs. En: J.J. Collins, L.A. Kroutil, J. Roland y M. Moore Gurrera (2002). Issues in the Linkage of Alcohol and Domestic Violence Services. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 387-405.

Benoit, T. y Jauffret-Roustide, M. (2016). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. Strasbourg. Council of Europe.

Bernal, R. y Peña, X. (2011). *Guía práctica para la evaluación de impacto*. Bogotá. Universidad de los Andes.

Bloom, B.; Owen, B. y Covington, S. (2003). Gender responsive strategies research practice, and guiding principles for women offenders. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Blume, S.B. (1990). Chemical dependency in women: Important issues. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Bosch Fiol, E.; Ferrer Pérez, V. y Alzamora Mir, A. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s*. 6, 121-136.

Bowlby, J. (1969). Attachment: Attachment and Loss. En: P. Stocco; A. Simonelli; N. Capra, N. y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Brentari, C.; Hernández, B. y Tripodi, S. (2011). Attention to women drug users in Europe, DCDII guidelines, European Project "Democracy, Cities and Drugs Project II". En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Brown, T.G.; Caplan, T.; Werk, A.; Seraganian, P. y Singh, M.-K. (2000). *Toxicomanía et violence conyugale: une interaction complexe*. Quebec. Canada.

Burgdorf, K. et al. (2004). The prevalence and prognostic significance of sexual abuse in substance abuse treatment of women. *Addictive Disorders and Their Treatment*, 3(1), 1-13.

Campbell, N. (1999). Regulating 'maternal instinct': Governing mentalities of late twentieth century US illicit drug policy signs. En E. Ettorre (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15(5-6), 327-335.

Castaños, M.; Meneses, C.; Palop, M.; Rodríguez, M. y Tubert, S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid. Instituto de la Mujer.

Cavalcanti, L. (2005). La relación entre globalización y reducción de daños. *Eguzkilo*, 19, 83-89.

Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspective on the etiology, Intergenerational transmission and Sequelae un Child Abuse and Neglect. En: P. Stocco; A. Simonelli; N. Capra y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Collins, J.J.; Kroutil, L.A.; Roland, J. y Moore-Gurrera, M. (2002). Issues in the Linkage of Alcohol and Domestic Violence Services. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 387-405.

Copeland, J. y Hall, W. (1992). A comparison of predictors of treatment drop-out of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Covington, S. (2008). Women and addiction: a trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 5, 377-385.

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. Feminist Theory and Antiracist Politics*. Chicago. University of Chicago Legal Forum.

CSAT (Center for Substance Abuse Treatment) (2013). Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Des Jarlais, D.C.; Feelemyer, J.P.; Modi, S.N.; Arasteh, K. y Hagan, H. (2012). Are females who inject drugs at higher risk for HIV infection than males who inject drugs: an international systematic review of high seroprevalence áreas. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Dienemann, J.; Glass, N. y Hanson, G. (2007). Counseling with Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Issues in Mental Health Nursing* 28,913-925.

DrugScope and AVA (2013). The challenge of change: improving services for women involved in prostitution and substance use. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Dubé, M.; Rinfret-Raynor, M. y Drouin, C. (2006). Étude exploratoire du point de vue des femmes et des hommes sur les services utilisés en matière deviolence conjugale. *Érudit. Santé mentale au Québec*, 30(2), 301-320.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Introducción. En: E. Echeburúa y P. Corral (Eds.) *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.

Einbinder, S. (2010). A qualitative study of exodus graduates: Family-focused residential substance abuse treatments as an option for mothers to retain or regain custody and sobriety in Los Angeles. En A. Salamanca Fernández (2020). Gaslighting. Violencias psicológicas en parejas que usan o abusan de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 45, 23-34.

El-Bassel, N.; Gilbert, L.; Rajah, V.; Foleno, A. y Frye, V. (2001). Social support among women in methadone treatment who experience partner violence: Isolation and male controlling behavior. *Violence Against Women*, 7, 246-274.

El-Bassel, N.; Gilbert, L.; Wu, E.; Go, H. y Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate. *American Journal of Public Health*, 95(3), 465-460.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems*. Lisbon. Paper presented at meeting of European Drug Situation.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009). Women's voices: experiences and perceptions of women facing drug problems in Europe. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012), Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2014), Internet-based drug treatment. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015), Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2016). Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe: perspectives on drugs. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Ettorre, E. (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15(5-6), 327-335.

FMP (Federación de Mujeres Progresistas) (2021) *Espacio de encuentro: Violencia de género y problemas de salud mental grave*. Madrid. Federación de Mujeres Progresistas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España.

Ficks, K.B.; Johnson, H.L. y Rosen, T.S. (1985). Methadone-Maintained Mothers: Three-Year Follow-up of Parental Functioning. En: P. Stocco; A. Simonelli; N. Capra y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Fountain, J.; Bashford, J.; Underwood, S.; Khurana, J.; Winters, M.; Patel, K. y Carpentier, C. (2002). Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Gilbert, L.; El-Bassel, N.; Rajah, C.; Foleno, A. y Frye, V. (2001). Linking drug-related activities with experiences of partner violence: A focus group study of women in methadone treatment. En: C.M. Andrews, D. Cao; J.C. Marsh y H.-C. Shin (2011). The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 17(5) 550-567.

Gilchrist, G.; Blázquez, A.; Pons Rabasa, A.; Coronado, M.; Colom, J. y Torrens, M. (2015). Sex differences in barriers to accessing substance abuse treatment, a qualitative study. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Greenfield, S.F. (2016). *Treating women with substance use disorders: The women's recovery group manual*. N.Y y Londres. Guilford Publications.

Greenfield, S.F.; Brooks, A.J.; Gordon, S.M.; Green, C.A.; Kropp, F.; McHugh, R.K. ... y Miele, G.M. (2007a). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 86(1), 1-21.

Greenfield, S.F.; Cummings, A.M.; Kuper, L.E., Wigderson, S.B. y Koro-Ljungberg, M. (2013). A qualitative analysis of women's experiences in single-gender versus mixed-gender substance abuse group therapy. *Substance use & misuse*, 48(9), 750-760.

Greenfield, S.F.; Sugarman, D.E.; Freid, C.M.; Bailey, G.L.; Crisafulli, M.A.; Kaufman, J.S. ... y Fitzmaurice, G.M. (2014). Group therapy for women with substance use disorders: Results from the Women's Recovery Group Study. *Drug & Alcohol Dependence*, 142, 245-253.

Greenfield, S.F.; Trucco, E.M.; McHugh, R.K.; Lincoln, M. y Gallop, R.J. (2007b). The women's recovery group study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and alcohol dependence*, 90(1), 39-47.

Greif, G.L. y Drechsler, M. (1993). Common issues for parents in a methadone maintenance group. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in re-

covery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Grella, C. (2015). Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Grella, C.E.; Joshi, V. y Hser, Y.I. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. En: P. Stocco; A. Simonelli; N. Capra, N. y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Gyarmathy, V.A.; Giraudon, I.; Hedrich, D.; Montanari, L.; Guarita, B. y Wiessing, L. (2009). Drug use and pregnancy – challenges for public health. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Haider, H. (2008). Violence against women interventions. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

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. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/243186>

Hegarty, K.L.; O'Doherty L.J. y Gunn, J. (2008). A brief counselling intervention by health professionals utilising the "readiness to change" concept for women experiencing intimate partner abuse: The weave project. *Journal of Family Studies*, 14, 376-388.

Hill Collins, P. (1990). Black feminist thought in the matrix of domination. *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*, 138(1990), 221-238.

INPUD (International Network of People Who Use Drugs) (2014). A war on women who use drugs. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Labrador, F.J.; De Luis, P. y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid. Pirámide.

Lagarde, M. (1989). *El cautiverio de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1990.

Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la autoestima de las mujeres*. Cuadernos Inacabados, 39. Madrid. Horas y horas.

Levy, A.J. y Brekke, J.S. (1990). Spouse battering and chemical dependency: Dynamics, treatment, and service delivery. En: J.J. Collins, L.A. Kroutil, J. Roland y M. Moore Gurrera

(2002). Issues in the Linkage of Alcohol and Domestic Violence Services. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 387-40.

Lex, B.W. (1991). Some gender differences in alcohol and polysubstance users. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Logan, T.K.; Walker, R.; Cole, J. y Leukefeld, C. (2002). Victimization and substance abuse among women: Contributing factors, interventions, and implications. En: C.M. Andrews, D. Cao; J.C. Marsh y H.-C. Shin (2011). The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 17(5) 550-567.

Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women: What we know, what we need to know. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2(2), 120-141.

Malacrea, M. (2006). Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine. En: P. Stocco; A. Simonelli; N. Capra y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Maquieira, V. y Beltrán, E. (eds). (2001). *Feminismos. Debates teóricos contemporáneos*. Madrid. Narcea

Marsh, J.C.; Cao, D. y D'Aunno, T. (2004). Gender differences in the impact of comprehensive services in substance abuse treatment. En: C.M. Andrews, D. Cao; J.C. Marsh y H.-C. Shin (2011). The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 17(5) 550-567.

Marsh, J.C.; Cao, D. y D'Aunno, T. (2004). Gender differences in the impact of comprehensive services in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(4), 289-300.

Marsh, J.C.; D'Aunno, T. A. y Smith, B.D. (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. En: C.M. Andrews, D. Cao; J.C. Marsh y H.-C. Shin (2011). The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 17(5) 550-567.

Marsh, J.C. y Miller, N.A. (1985). Female clients in substance abuse treatment. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Martínez-Redondo, P. (2009). *Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid. Horas y horas la editorial.

Martínez-Redondo, P. (2010). *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*. UNAD. Madrid.

Martínez-Redondo, P. (2019). "Uso de drogas, adicciones y violencia desde perspectiva de género", en *Género y Adicciones*, INFONOVA. Revista profesional y académica sobre adicciones. Asociación Dianova España, nº 35.

Martínez-Redondo, P. (2021). "Quién le puso a mi vida tanto género (y yo, sin saberlo)..." en Álvarez Pérez, R. y Mimbrero, C. (Eds). *Mujeres, drogodependencias y experiencias subjetivas de privación de libertad*. Dykinson, S.IL Editorial.

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*. Madrid. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad.

Martínez-Redondo, P. y Luján-Acevedo, F. (2020). *Hombres y adicciones. Intervención desde Perspectiva de Género*. Madrid. UNAD.

Matud, M.; Gutiérrez, A. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. En: E. Bosch Fiol et al. (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s*, 6, 121-136.

McComish, J.F.; Greenberg, R.; Ager, J.; Chruscial, H. y Laken, M. (2000). Survival analysis of three treatment modalities in a residential substance abuse program for women and their children. En: P. Stocco; A. Simonelli; N. Capra y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

McLellan, A.T.; Hagan, T.A.; Levine, M.; Gould, F.; Meyers, K. y Bencivengo, M. (1998). Supplemental social services improve outcomes in public addiction treatment. En: C.M. Andrews; D. Cao; J.C. Marsh y H.-C. Shin (2011). The Impact of Comprehensive Services in Substance Abuse Treatment for Women With a History of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 17(5) 550-567.

Miller, W.R. y Rollnick, S. (1991). *Entrevista motivacional: preparar a las personas para cambiar el comportamiento adictivo*. Nueva York. Guilford Press.

Najavits, L.M. (2007). Seeking safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. En K.A. Witkiewitz y G.A. Marlatt (Eds.). *Therapists' guide to evidence-based relapse prevention: Practical resources for the mental health* 141-167. San Diego, CA. Elsevier Press.

Nelson-Zlupko, L.; Kauffman, E. y Dore, M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Nelson-Zlupko, L.; Dore, M.; Kauffman, E. y Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1).

NIDA (National Institute on Drug Abuse) (2016). Substance use in women. Research report series. En S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

O'Malley, P. y Valverde, M. (2004). Pleasure, freedom and drugs: The uses of 'pleasure' in liberal governance of drug and alcohol consumption. En: E. Ettore (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15(5-6), 327-335.

ONU Mujeres (2015). *Iniciativas Programáticas Insignia de ONU Mujeres. Women Flagship Programmes Booklet*. Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2015/UN-Women-Flagship-Programmes-Booklet-es.pdf>

Oppenheimer, E. (1991). Alcohol and drug misuse among women: An overview. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Otero, I.B. (2009). Mujeres y violencia: El género como herramienta para la intervención. *Política y cultura*, 32, 105-126.

Pinkham, S.; Stoicescu, C. y Myers, B. (2012). Developing effective health interventions for women who inject drugs: key areas and recommendations for program development and policy. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Prego, C.; Condon, F.; Galizia, V. y Da Cunha, M. (2019). *Protocolo de actuación de los Servicios de atención a mujeres en situación de violencia basada en género de las Comunas Mujer*. Montevideo. División Asesoría para la Igualdad de Género Intendencia de Montevideo.

Prochaska, J. y DiClemente, C. (1985) Toward a comprehensive model of change. En: *Treating addictive behaviors*. Miller, W. y Heather, N. N.Y & London. Plenum Press.

Reed, B.G. (1985). Drug misuse and dependency in women: The meaning and implications of being considered a special population or minority group. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Reis Machado, J.; Da Silva, M.V.; Cavellani, C.L.; Monteiro, M.; Teixeira, V. y Miranda, R. (2014). Mucosal immunity in the female genital tract, HIV/AIDS. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Rhodes, T.; Platt, L. y Filatova, K. (2002). Behavior factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Rice, J. y Rice, D.G. (1973). Implications of the women's liberation movement for psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 130(2), 191-196.

Roarty, L. y Saggars, S. (2009). Evaluation of services to culturally and linguistically diverse (CALD) women with comorbid mental health and drug and alcohol issues. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Roberts, A.; Mathers, B. y Degenhardt, L. (2010). Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Roca-Cortés, N.; Porrúa, C.; Yepes, M.; Codina, N.; Fernández, A.; Ruiz, S. y Cremades M. (2016). *Recuperación de las mujeres en situación de violencia machista de pareja. Descripción e instrumentación*. Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona.

Rolando, S.; Rena, A.; O'Neil, A.L.; Beccaria, F. y Smith, C.J. (2016). Exploring the level of gender mainstreaming in the working agenda of substance use treatment centres in Italy. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Ruggiero, V. (1999). Drugs as a Password and the Law as a Drug: Discussing the Legalisation of Illicit Substances. En: E. Ettorre (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15(5-6), 327-335.

Ruiz-Olivares, R. y Chulkova, M. (2016). Psychological intervention in substance abusing women: A theoretical review. En: A. Salamanca (2020). Gaslighting. Violencias psicológicas en parejas que usan o abusan de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 45, 23-34.

Salamanca Fernández, A. (2020). Gaslighting. Violencias psicológicas en parejas que usan o abusan de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 45, 23-34.

Schlenger, W.E.; Kroutil L.A.; Roland, E.J. y Dennis, M.L. (1992). National Evaluation of Models for Linking Drug Abuse Treatment and Primary Care: Descriptive Report of Phase 1 Findings. En: J.J. Collins, L.A. Kroutil, J. Roland y M. Moore.Gurrera (2002). Issues in the Linkage of Alcohol and Domestic Violence Services. *Recent Developments in Alcoholism*, 13, 387-405.

Selbekk, S.A. (2016). Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families' involvement in alcohol and other drug treatment. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Sherman, S.; Latkin, C. y Gielen, A. (2001). Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Simón Rodríguez, E. (1999). *Democracia vital: mujeres y hombres hacia la nueva ciudadanía*. Madrid. Narcea.

Stocco, P.; Simonelli, A.; Capra, N. y De Palo, F. (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Sullivan, C.M. y Allen, N.E. (2001). Evaluating coordinated community responses for abused women and their children. In S.A. Graham-Bermann y J.L. Edleson (Eds.) (2001). *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (269–282). Washington, DC. APA Book.

Teeman, D.; South, N. y Henderson, S. (1999). Multi-impact drugs prevention in the community. En E. Ettorre (2004). Revisioning women and drug use: gender sensitivity, embodiment and reducing harm. *International Journal of Drug Policy*, 15(5-6), 327-335.

Tuchman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

UNODC (United Nations Office on Drug and Crime) (2004). Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned. En: P. Stocco; A. Simonelli; N. Capra, N. y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2004). Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2016). *UNODC Annual Report*. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/AnnualReport2016/2016_UNODC_Annual_Report.pdf

Van IJzendoorn, M.H. y Bakermans-Kranenburg, M.J. (1997). Intergenerational transmission of attachment: A move to the contextual level. En: P. Stocco, P.; A. Simonelli; N. Capra

y F. De Palo (2012). Research and intervention for drug-addicted mothers and their children: new perspectives. *Addictions-From Pathophysiology to Treatment*, 425-452.

Velázquez, T.; Rivera, M. y Custodio, E. (2015). El acompañamiento y el cuidado de los equipos en la Psicología Comunitaria: Un modelo teórico y práctico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 5(2), 307-334.

Villagrà, P. y González A. (2013). Acceptance and commitment therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*. 2013; 25:307-12.

Villagrà, P.; González, A.; Fernández, P.; Casares, M.J.; Rodríguez, F. y Martín, J.L. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. En Alicia Salamanca (2020). *Gaslighting. Violencias psicológicas en parejas que usan o abusan de drogas*. *Revista Española de drogodependencias*, 45, 23-34.

Walker, L. (1994). Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist. En: E. Bosch Fiol et al (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s* 6, 121-136.

Wallen, J. (1992). A comparison of male and female clients in substance abuse treatment. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Wilsnack, R.W.; Wilsnack, S.C. y Klassen, A.D. (1984). Women's drinking and drinking problems: Patterns from 1981 national survey. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59

Zankowski, G.L. (1987). Responsive programming: Meeting the needs of chemically dependent women. En: L. Nelson-Zlupko; M. Dore; E. Kauffman y K. Kaltenbach (1996). Women in recovery: their Perceptions of Treatment Effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

Zermiani, M.; Gomma, M.; Simeoni, E. y Serpelloni, G. (2013). Evaluation of care services provided to female patients by Drug Addiction Department: a national explorative survey. En: S. Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges, and implications for policy and practice*. Lisbon. EMCDDA. European Monitoring Centre of Drug and Drug Abuse.

Zink T.; Elder N. y Jacobson J. (2004) Medical Management of Intimate Partner Violence Considering the Stages of Change: Precontemplation and Contemplation. *Annals of Family Medicine*, 2(3), 231-239.

