

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

PATRICIA MARTÍNEZ-REDONDO
ELISABETE AROSTEGUI SANTAMARÍA



El contenido de esta publicación se ha desarrollado en el marco del Convenio 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.

CITA RECOMENDADA:

Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. *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: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 167 p.

EDITA Y DISTRIBUYE:

© MINISTERIO DE SANIDAD

Centro de Publicaciones

© SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

NIPO: 133-21-118-3

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

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

PATRICIA MARTÍNEZ-REDONDO
ELISABETE AROSTEGUI SANTAMARÍA

Contenido

1. Justificación	7
ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS	8
2. Estado de la cuestión	9
3. Marco teórico	10
4. Conceptualización terminológica	12
4.1. Adicción o Trastorno por Consumo de Sustancias	12
4.2. Violencia de género	13
4.2.1. Un breve recorrido del concepto en España	14
4.2.2. Los debates en torno a la noción de Violencia de Género	15
5. La violencia de género y la violencia de género sobre mujeres drogodependientes en cifras	25
5.1. Cifras en torno a la Violencia de Género	25
5.1.1. La macroencuesta de Violencia contra la mujer del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España	25
5.1.1.1. Algunas cuestiones a reflexionar sobre la encuesta y propuestas de mejora	31
5.1.2. Apuntes sobre la adicción diferencial en las mujeres y su relación con la Violencia de Género	33
5.2. Cifras en torno a la Violencia de Género en mujeres con problemas de adicción	35
5.2.1. Abuso Sexual Infantil (ASI) y Adicción	39
5.2.2. Violencia física y psicológica	41
5.2.3. Violencia, Trastornos de Estrés Postraumático, otras patologías psiquiátricas, autoestima y adicciones	41
5.2.4. Prevalencia vital de la violencia (durante la adicción y en etapas previas)	44
5.2.5. Prostitución, violencia y adicciones	46
5.2.6. VIH, Hepatitis y otras Infecciones de Transmisión Sexual, drogas y violencias	48
5.2.7. Mujeres migrantes	48
5.2.8. Mujeres presas, violencia y adicción	49
5.2.9. Sinhogarismo y violencia	50
5.2.10. Otras violencias	51

6. La literatura específica sobre otras adicciones y trastornos del control de impulsos	52
6.1. Ludopatía y violencia	52
6.2. Otros trastornos del control de los impulsos y violencia	54
7. Mujeres drogodependientes con hijas e hijos	55
8. La percepción de la Violencia de Género por parte de las mujeres drogodependientes	58
9. Recursos de tratamiento	60
9.1. La atención conjunta a los problemas de VG y adicciones	60
9.2. Directrices europeas en la materia	64
9.3. El papel de las Administraciones	66
9.4. Características de los recursos y de las personas profesionales	69
9.4.1. Respecto de los que atienden a las drogodependencias y adicciones	69
9.4.1.1. Sobre los recursos de drogodependencias y la VG	69
9.4.1.2. Sobre el personal de los recursos de drogas	70
9.4.2. Respecto de los recursos de violencia	73
9.4.3. Respecto de los servicios sanitarios	74
ANÁLISIS DE FUENTES PRIMARIAS	77
10. Metodología	78
10.1. Participantes del estudio	79
11. Limitaciones del estudio	82
12. Análisis de la información cualitativa	83
12.1. Prevalencia de la violencia de género en mujeres con problemas de adicción	83
12.2. De la conveniencia o no de recursos específicos	86
12.2.1. Lo indicado de un recurso específico para mujeres con adicciones, víctimas de violencia de género	88
12.2.2. Se diagnostica lo que se busca. Pero hay que saber buscar para encontrar	90
12.3. Sensibilización y formación de los equipos	92
12.3.1. No hay mejor herramienta que una buena base teórica	94
12.4. La articulación de una red que integre transversalmente la perspectiva de género	96

12.5. La diferencia entre la atención integral desde perspectiva de género y la necesidad de recursos residenciales de apoyo al tratamiento y protección frente a la violencia	98
12.5.1. Perfiles de mujeres que no cumplen criterios de adicción, sino de abuso de sustancias	99
12.5.2. Dime en qué red te detectan y ¿trazaremos la más adecuada intervención?	101
12.5.3. Los Recursos de la red de adicciones como zonas y espacios de riesgo desde la perspectiva de la red de violencia y, por tanto, también de consumo	105
12.6. Las mujeres y sus hijos e hijas	108
12.7. Diseño de recursos específicos con atención integral desde perspectiva de género	116
12.8. Otras cuestiones a considerar	118
12.8.1. Mientras los números sean buenos en hombres, “nos vale”	118
12.8.2. Inclusión de la perspectiva de género desde la Administración	119
12.8.3. Garantías en la financiación de los recursos de atención desde perspectiva de género	120
12.8.4. Medir la correlación que confirma que, a mayor número de indicadores de perspectiva de género en el diseño del tratamiento, mejores resultados	122
12.8.5. Espacios de reducción de daños desde Perspectiva de Género	122
12.8.6. Mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad / ejes de exclusión	124
12.8.7. Que la financiación de los recursos no redunde en políticas de exclusión	125
12.9. Transcripción de la entrevista a la Directora del Espai Ariadna	127
ANEXOS	141
ANEXO 1. Cuestionario extraído de Benoit et al. (2016)	142
ANEXO 2. Ejemplos de experiencias más integradoras que trabajan con perspectiva de género	143
ANEXO 3. Protocolos específicos de atención a violencia y adicciones	148
Bibliografía	150

1. Justificación

Este documento responde al encargo de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), en el marco del convenio de colaboración que desarrolla con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD), para elaborar un “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”.

Esta actuación se enmarca dentro de la acción “Abordaje de la violencia de género en recursos residenciales”, dentro del Área 2 “Atención Integral y Multidisciplinar” del Plan de Acción sobre Adicciones 2018 – 2020, de la Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017 – 2024. Su objetivo es “Favorecer un tratamiento especializado y adecuado a las mujeres adictas víctimas de violencia de género, especialmente aquellas con cargas familiares”.

Como todo “Informe de Situación” de una cuestión, se ha procedido a realizar una revisión de fuentes secundarias de datos, cuyos resultados se exponen en una primera parte del documento. Pero, además, quienes integramos el equipo de trabajo partimos del conocimiento previo de la existencia de protocolos de actuación, programas y recursos residenciales que abordan conjuntamente la violencia de género y las drogodependencias en mujeres, por lo que también se proporcionará en este documento información cualitativa al respecto, a través de entrevistas a profesionales y personas responsables directamente implicadas en su diseño, desarrollo y puesta en práctica. La información extraída de estas fuentes primarias se expone en la segunda parte del estudio.

El objetivo de esta primera actuación persigue:

- Elaborar un informe que permita:
 - Conocer la situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias
 - Conocer propuestas de actuación para el abordaje conjunto de las violencias de género y el abuso de sustancias a partir de la experiencia de responsables de la puesta en marcha y/o gestión de protocolos, recursos y programas de atención a ambas problemáticas

“La violencia de género y la adicción femenina son dos circunstancias que están muy relacionadas y son los aspectos más visibles y dramáticos de una realidad estructural más profunda centrada en la desigualdad por género. Forman parte de las situaciones que puede vivir una mujer o que pueden afectar de mayor manera a una mujer por el hecho de serlo” (Castaños, 2009: 6)

“Es por tanto importante aportar elementos que puedan ayudar al diseño de acciones apropiadas y basadas en la evidencia para el manejo integral de la violencia de género y las drogodependencias” (Folch et al., 2020:2)

ANÁLISIS DE FUENTES SECUNDARIAS

2. Estado de la cuestión

El presente estudio se inscribe en el campo de la investigación documental. Declara la presencia de una sistematización de las producciones existentes, o por lo menos las halladas en una búsqueda rigurosa, sobre una temática concreta.

El punto de partida para elaborar este documento es acceder a los textos relacionados con la temática propuesta para leer, revisar y analizar y, en ocasiones, reflejar textualmente la información requerida en función de las categorías analíticas seleccionadas. En este sentido, el diseño de la investigación se fundamenta, en lo esencial, en identificar esas categorías de análisis para el abordaje de la unidad de estudio; categorías que son dos en este caso: la adicción femenina o lo que el DSM-5 actualmente denomina “Trastornos por uso/consumo de sustancias” que desarrollan, en este caso, las mujeres, por un lado, y la violencia de género por otro.

Las categorías de análisis juegan un papel muy importante en la investigación, pues son los principios rectores que guían todo el proceso de la investigación, ayudando al cumplimiento de los objetivos y al aporte de claridad, minuciosidad y rigor al análisis realizado sobre el objeto de estudio.

Sin embargo, es importante anticipar que antes de proceder a revisar las categorías y su relación para su análisis y estudio, se ha de seleccionar un marco teórico que debe explicitarse, ya que no sólo va a constituir la referencia o eje de interpretación de dichas categorías, así como el propio objeto de la investigación en general, sino que va a condicionar dónde se centra la mirada, desde dónde se van a leer, analizar e interpretar los datos y, por ende, qué perspectiva adoptará el informe final.

3. Marco teórico

Consideramos necesario explicitar y ceder un breve espacio a argumentar las razones por la que se opta por la inclusión del enfoque de género como marco teórico que guía la investigación, por cuanto que suele resultar habitual que esta elección se cuestione, se considere objeto de debate o, directamente, se proceda al cuestionamiento científico de este paradigma.

Sucede, y de forma intencional, que al resultar el término género una categoría y herramienta feminista para visibilizar una estructura de dominación, se intenta hacer ver que es posible una sustitución indiscriminada del feminismo por el género, con lo cual, se asume más como ideología que como paradigma científico, toda vez que, en la medida en que su objetivo último persigue superar la situación histórica de desventaja de las mujeres, es más probable que haya intereses políticos para seguir denostando esta perspectiva (Cobo, 2005).

De forma similar, Maffia (2007) denuncia que después de tantos siglos de desarrollo de epistemología feminista, ésta no ha penetrado suficientemente en las comunidades científicas, y no por falta de argumentos sino por intereses creados. Por eso opina que el paradigma es considerado como una ideología o una crítica social carente, para algunos¹, de los métodos legitimados por la ciencia para evaluar conocimientos.

A juicio de Zalaquett (2012), el paradigma de género también se rebate porque supone un cuestionamiento a los presupuestos básicos de la epistemología tradicional, claramente androcéntrico, dicho sea de paso. Las epistemologías tradicionales, que se consideran las “legítimas”, establecen una línea de demarcación que excluye aquellas epistemologías, como la de género, que ponen en tela de juicio su normatividad, su supuesta neutralidad, etc., por lo que todo lo que no secunde su criterio, ese criterio androcéntrico, es calificado de pseudociencia. Señala la autora que hubo un momento en el que la ciencia escindió su programa cognitivo de su programa político y social; un método de investigación no neutral sino situado que considera el género, la raza, la clase y todas aquellas variables que el método de la epistemología tradicional suprime por considerarlas ideológicas y ajenas a lo científico. Es precisamente ahí donde se sitúa el paradigma de género.

Dicho esto, para explicar el porqué del constante cuestionamiento del género como categoría de análisis, no cabe sino afirmar rotundamente que la noción de género acuñada en el seno del feminismo en los años setenta es uno de los conceptos centrales del paradigma feminista y se ha convertido en un parámetro científico irrefutable en las ciencias sociales (Cobo, 2005).

“El feminismo utiliza el género como un parámetro científico que se ha configurado en estos últimos treinta años como una variable de análisis que ensancha los límites de la objetividad científica” (Cobo, 2005: 255)

Para esta autora es precisamente el concepto de género el que permite destacar algo que sigue resultando hoy por hoy igualmente necesario en el análisis de la realidad: la desventajosa posición social de las mujeres a lo largo de la historia. Así el enfoque de género se convierte en un marco de interpretación de la realidad que visibiliza el género como una estructura de poder y

¹ Hay élites de poder que se reproducen a sí mismas y que son las que deciden qué conocimiento adquiere categoría de científico; cuál será un descubrimiento exitoso y cuál una simple aportación; determinan qué es lo verdadero (en nombre de la ciencia) y qué es acientífico (Zalaquett, 2012)

que, por lo demás, ha generado a lo largo de tres siglos todo un instrumental conceptual y un conjunto de argumentos que permiten explicar las causas de esa subordinación para elaborar acciones políticas orientadas a desactivar los mecanismos de esa discriminación.

En la misma línea, Amorós (1998, en Cobo 2005:18) lo explica así: “puede decirse que la teoría feminista constituye un paradigma, un marco interpretativo que determina la visibilidad y la constitución como hechos relevantes de fenómenos que no son pertinentes ni significativos desde otras orientaciones de la atención”.

Además, la investigación con enfoque de género está especialmente indicada cuando: a) existen lagunas en el conocimiento sobre diferencias de salud y condiciones de vida entre hombres y mujeres que, para ser solucionadas, demandan intervenciones dirigidas de forma diferencial a hombres y mujeres y/o b) cuando es evidente la presencia de diferencias sociales evitables entre los sexos producidas por oportunidades y derechos diferenciados- y asimétricos (añadimos las autoras)- asumidos en el proceso de socialización; y ambos argumentos son aplicables al objeto de esta investigación (Castañeda, 2014).

Por todo lo dicho, el marco teórico adoptado en esta investigación parte del paradigma de género, porque es el que “ilumina determinadas dimensiones de la realidad que no se pueden identificar desde otros marcos interpretativos de la realidad social” (Cobo, 2005:254).

Finalmente, no queda sino recordar que las organizaciones internacionales, gobiernos y autoridades del sector de la salud han llamado a la comunidad científica a realizar investigaciones con enfoque de género (Castañeda, 2014).

En el ámbito de las drogas y las adicciones se adoptará el enfoque de género de forma consecuente con lo dicho anteriormente, porque tal y como señala el Secretario² General de la OEA³, la participación de las mujeres en el fenómeno de las drogas es claramente un problema de desarrollo y de desigualdad y, sin embargo, existen muy pocas investigaciones que aborden el problema mundial de las drogas con un enfoque de género, lo que ha limitado la producción científica y las evidencias que permitan identificar las buenas prácticas en la forma de abordar el problema de las drogas con enfoque de género ni las oportunidades para incorporar consideraciones de igualdad de género⁴ en las intervenciones (Villar, 2014).

Respecto de la Violencia de Género, la explicación de la adopción de ese enfoque deviene de la propia definición del término, por cuanto que esta violencia no es sino la herramienta de control para el mantenimiento de la asimetría, subordinación y desventaja de las mujeres que explica la propia categoría y concepto de género.

2 Discurso de José Miguel Insulza en la Mesa Redonda Mujeres, drogas y derechos humanos en las Américas. 3 de junio del 2013

3 Organización Estados Americanos

4 Hemos reproducido la terminología “Igualdad de género”, ampliamente utilizada en documentos académicos y por organismos oficiales, aunque las autoras de este Informe no somos partidarias de su uso, ya que entendemos que sería más ajustado hablar en términos de equidad y desaparición de las desigualdades de género. Cada vez que aparezca el término “Igualdad de género” será porque la autora citada así lo haya empleado.

4. Conceptualización terminológica

Las categorías seleccionadas, en base a lo redactado en la justificación del informe serían: adicción y violencia de género (VG a partir de ahora). Sobre ambas terminologías existen opiniones contrapuestas y surgen una serie de términos que aparentemente se superponen y que plantean permanentes dudas en relación con la pertinencia de la aplicación de cada noción. Sin duda, más en torno a la VG que respecto del término adicción.

4.1. Adicción o Trastorno por Consumo de Sustancias

Aun cuando todavía en la literatura se utilizan de forma equivalente los términos adicción y Trastornos por uso/abuso/consumo de sustancias, el actual DSM-5 ha supuesto cambios significativos en relación con su predecesor, el DSM IV. Ahora, el capítulo que se ocupa del tema pasa a denominarse *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*⁴ (dejando el término adictivo, como se explica a renglón seguido, para hacer referencia sólo a la ludopatía. Se excluye el término adicción para otras conductas a las que, incluso en contextos científicos se denomina erróneamente “adicciones comportamentales”). Este sería, si acaso, el único aspecto que generaría cierta controversia en el ámbito de las adicciones.

Otros cambios importantes que incorpora el DSM-5 son: a) que cuando trata los trastornos por consumo de sustancias, explícitamente rehúsa utilizar el término “adicción”, como se ha señalado, y que las categorías de “abuso” y “dependencia”, que eran mutuamente excluyentes en las anteriores versiones del DSM, pasan a una conceptualización dimensional; de hecho, el manual concibe una única dimensión subyacente a los trastornos por consumo de sustancias. Teniendo en cuenta lo dicho, consideramos más adecuado sustituir el término adicción por el de Trastorno por uso/consumo de sustancias (a partir de ahora TCS)⁵.

En cualquier caso, en cuanto a los términos adicción o drogodependencia, que siguen vigentes en los artículos científicos, o respecto de la denominación más actual de Trastorno por consumo de sustancias (TCS), se comprueba que apenas existen disputas o equívocos en su interpretación, salvo la referenciada anteriormente, e incluso pese al cambio conceptual mencionado. Al considerar que con todos esos términos se hace referencia a psicopatologías, luego, a cuestiones sanitarias, independientemente de que estén asociadas a otras circunstancias y problemas de carácter social, se acepta mayoritariamente que serán los protocolos propios de ese ámbito, el DSM-5⁶ o el CIE-10⁷, los que definan o establezcan los criterios para el correcto uso e interpretación de esas categorías y su empleo por parte de quienes, desde diferentes perfiles profesionales, prestan atención al problema.

Esto significa que, incluso cuando tradicionalmente se ha considerado que la adicción o el TCS es un problema de salud pública de origen multicausal que requiere para su solución de intervenciones inter o multidisciplinares, es posible afirmar que prácticamente todas las personas-agentes-partes sociales y sanitarias implicadas aceptan la definición incluida en los manuales psiquiátricos como punto de partida común y consensuado⁸.

5 La publicación del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* en su 5ª edición (DSM-5) por la *American Psychiatric Association* denomina al problema objeto de este estudio *Substance Use Disorders*. En su traducción literal, las siglas serían Trastornos por Uso de Sustancias (TUS). Sin embargo, en nuestro contexto la acepción más extendida es la de Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS), aunque en algunos textos académico aparezcan las siglas TUS. En cualquier caso, hacen referencia a la misma patología. En este texto se ha optado por las siglas TCS, que como se ha mencionado, está más extendida.

6 <https://www.bibliopsi.org/docs/guia/DSM%20V.pdf>

7 https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf

8 Otra cuestión será la concepción diferencial de la adicción femenina, que conlleva valoraciones sociales y profesionales diferentes a la masculina y que será objeto de atención más adelante.

4.2. Violencia de género

A pesar de que exista igualmente una definición de Violencia de Género (VG) desde hace casi 30 años, elaborada desde un organismo internacional, la ONU⁹, la noción sigue estando cargada de ideología (Palacios, 2011) y arrastra importantes problemas para ser aceptada, tal y como se ha explicado que ocurre con el género como categoría analítica y paradigma de interpretación de la realidad. A posteriori se explicitarán todos los debates en torno a la conceptualización de la VG, porque serán muy probablemente los que surjan en cualquier intento de consensuar cualquier documento o protocolo de actuación que incluya este concepto.

Como punto de partida, en cualquier caso, en esta investigación se tomará como referencia la definición mencionada; la incluida en la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la violencia contra la mujer, de 20 de diciembre de 1993, proclamada por su Asamblea General y que en su artículo 1 define la violencia contra las mujeres como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino (en original en inglés: gender based) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

El artículo 2 especifica qué actos de violencia contra la mujer se incluyen bajo ese epígrafe, aunque sin limitarse a ellos:

- La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, incluida la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educativas y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Finalmente, el texto añade que los Estados “deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla” (*Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993).

Una de las cuestiones importantes a destacar en esta Declaración es que refleja el origen de la violencia y su carácter instrumental; algo que se visibiliza en su preámbulo cuando enfatiza que: “la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales e impide total o parcialmente a la mujer gozar de dichos derechos y libertades”, añadiendo posteriormente que “la violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer. Así mismo considera que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre” (En Palacios, 2011:25).

⁹ La *Organización de Naciones Unidas* agrupa a 192 países, es la organización internacional con la más extensa y variada estructura legal y que mantiene una fuerte influencia política y normativa sobre el actuar de sus Estados miembros (Palacios, 2011).

4.2.1. Un breve recorrido del concepto en España

A juicio de las autoras, una de las mejores sistematizaciones de la evolución y los logros del feminismo en cuanto a la VG en nuestro país, siendo consecuencia de esa lucha la consecución de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de protección integral contra la violencia de género; “una legislación que convirtió a España en referencia mundial” (Osborne, 2009:18) es precisamente la que recoge esta misma autora en su libro *Apuntes sobre violencia de género* (2009).

Parfraseando a la autora es posible manifestar en este documento que, para que se produjera el salto del macronivel de decisión que representa la ONU a la política del día a día de cada país, y concretamente en España, tuvieron que ocurrir una serie de acontecimientos que impulsaron el desarrollo legislativo hasta proclamar la referenciada Ley.

En 1997, casi a punto de comenzar el siglo XXI, ocurrió un hecho clave: Ana Orantes fue asesinada a manos de su marido. La mujer apareció en televisión denunciando el maltrato al que la había sometido él durante toda su vida. A los pocos días su marido la asesinó prendiéndole fuego con gasolina. “El crimen sacudió las conciencias, no dormidas, pero sí aletargadas, en la sociedad española, que se puso en marcha de forma colectiva para combatir esta lacra” (Ibid: 9). Este desgraciado hecho, como se verá más adelante, fue uno de los impulsores de dicha Ley.

Pero ¿cuáles fueron otros hitos previos?

Desde los años ochenta la lucha feminista favoreció una gran movilización en torno al problema de las agresiones sexuales, que centró sus reivindicaciones en la denuncia de este tipo de violencia, solicitó recursos y desculpabilizó a las mujeres, mientras señalaba a los responsables de las agresiones (es decir: a los hombres que las cometían) y al silencio cómplice como culpables de estos actos. La demanda feminista, que agrupó a distintos sectores sociales, institucionales y de la judicatura, condujo a la reforma del Código Penal, que todavía entonces recogía estos delitos bajo la nomenclatura de “delitos contra la honestidad”. El nuevo Código Penal (a partir de ahora C.P) pasó a denominarlos “delitos contra la libertad sexual”.

Tras la reforma del C.P, el movimiento feminista como tal se “desmoviliza” en torno a esta cuestión, y ya en los 90 el foco de su lucha se centra en la emergencia de los problemas del maltrato contra las mujeres-pareja, soterrados en la privacidad del hogar. Así, “el tema de las agresiones sexuales, que fue puntero en los años ochenta, se mantiene en un discreto segundo plano a partir de los noventa, en que cede la triste primacía al del maltrato y asesinatos de mujeres” (Ibid:10).

Cuando el feminismo cede el testigo a las organizaciones que se dedicaban de forma específica a ofertar apoyo y asesoramiento a las mujeres que se separaban y se divorciaban, como hacía la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas desde una orientación feminista, se destapa la problemática de estas mujeres respecto de la violencia de pareja (de hombre a mujer); una realidad que se encontraban cotidianamente en los procesos legales de separaciones matrimoniales. El contacto con esta realidad oculta y emergente, junto a las insuficiencias de la ley, que no previó esta nueva problemática en las reformas legales citadas, empuja a estos sectores feministas a denunciar públicamente el maltrato femenino y a formular demandas en torno a la necesidad del tratamiento y condena de esos actos. “Así se fue creando paulatinamente el caldo de cultivo suficiente para que sectores sociales fueran tomando conciencia de la gravedad de esta situación” (Ibid:32).

Fruto de la intensa movilización, los medios de comunicación de masas acaban por interesarse por el fenómeno. Pero es a partir de 1997 cuando se da el salto del entorno feminista a los me-

dios de comunicación de masas tras la referida denuncia de Ana Orantes, hecha en televisión, de su crónica situación de maltrato y su posterior brutal asesinato a manos de su ex marido. Es entonces cuando también se produce un salto cualitativo en la preocupación pública sobre estos temas, confluyendo las movilizaciones feministas, el reposicionamiento de los medios de comunicación, el de los sectores jurídicos, y menos el de los sanitarios, pero sí de las instituciones ocupadas de los asuntos de género lideradas entonces por el Instituto de la Mujer.

En este sentido, la implicación de los medios de comunicación en la segunda mitad de los años noventa en la difusión y denuncia de estos hechos influyó en ese salto cualitativo que faltaba para la inclusión del maltrato de pareja (de hombre a mujer) en el primer plano de la agenda sociopolítica española.

En lo referente al impulso legislativo, y siguiendo la sistematización con la que Osborne (2009) facilita una lectura evolutiva de los principales hitos en nuestro país, se señala que fue en la VIII Legislatura de corte socialista cuando se aprueban dos leyes complementarias que, como se ha resaltado, llegarían a convertirse en referentes a nivel internacional: la primera es la mencionada Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género, y la segunda, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

El nacimiento de esta última supuso, por un lado, a) evidenciar por parte del Estado de que los objetivos marcados en los diferentes textos legislativos previos no habían sido suficientes para que en la realidad se aplicara el principio de "Igualdad de Género" entre hombres y mujeres. Por eso esta Ley supuso la creación de una legislación propia en torno a la Igualdad de Género con un marco normativo en el que el tratamiento de esa igualdad fuera integral. Y b) por otro lado, la Ley de 2007 pretendió promover la concreción y aplicación de la Ley estableciendo los criterios de actuación de todos los poderes públicos en una gran diversidad de ámbitos de la vida social para que esa igualdad no quedara simplemente en un enunciado, sino que llegara a ser una realidad (Montenegro, 2016).

Dos años después de la aprobación de la Ley de 2007, concretamente el 12 de mayo de 2009, el Comité de Ministros del Consejo de Europa proclamó la llamada Declaración de Madrid, con el título "Convirtiendo la igualdad de género en una realidad", muy acorde con la Ley 2007 en ese intento de trasladar a lo concreto la filosofía de las leyes. En dicha declaración se ponía de manifiesto que el estatus legal de las mujeres había ganado con el tiempo, pero que pasados 20 años desde la Declaración sobre la igualdad de mujeres y hombres (Consejo de Europa, 1988) seguía siendo un reto para los Estados miembros salvar la distancia entre la igualdad legal y la real (Salazar, 2018).

A juicio de Salazar (2018), buena parte de las debilidades de las políticas de igualdad de género en España derivan de la incorrecta aplicación del principio en el que dicen basarse, el denominado principio de mainstreaming o de transversalidad de género. En la mayoría de las ocasiones su introducción no ha pasado de ser meramente retórica.

4.2.2. Los debates en torno a la noción de Violencia de Género

Tal y como se ha señalado existen definiciones de la VG en diversas declaraciones, convenciones y normativas estatales, nacionales e internacionales. Otras vienen propuestas desde diversas disciplinas y estudios de carácter feminista. Por otro lado, existe un desarrollo legislativo que, en

su espíritu, recoge y penaliza las conductas que tratan de mantener la desequivalencia estructural entre hombres y mujeres e insta a superarla promulgando la igualdad. A pesar de todo ello, muchos años después persisten los debates, opiniones y consideraciones ideológicas en torno al concepto de género y de violencia de género; algo que nos parece necesario reflejar en este texto porque, a pesar de todo lo descrito, siguen muy presentes las resistencias por parte de muchísimas personas, instancias, sectores, agentes sociales, etc., incluso de ámbitos comprometidos con las personas a las que afecta la VG y donde tan importantes resultan los consensos a la hora de intervenir.

Gimeno y Barrientos (2008) concluyen que el concepto mismo ha sido sometido a una gran confusión en el Estado español y que a pesar de su amplio uso la noción está lejos de ser precisa e inequívoca a nivel popular. “A menudo, en la literatura se la ha confiado a un entendimiento casi intuitivo y/o se la ha caracterizado en términos fuertemente político-ideológicos, sin preocuparse por su claridad conceptual” (Poggi, 2019:286).

En cuanto a lo que cabría considerar como aspectos comunes a las nociones adicciones y violencia de género, es que con ambos términos se alude a problemáticas de salud pública. Pero, si bien es cierto que la adicción siempre ha sido categorizada así y que la OMS, en 1996, considera la VG como problema prioritario de salud pública, la controversia surge entre algunas autoras al juzgar que considerar la VG como problema de salud contribuye a deslegitimar esa violencia, porque también así se difumina la responsabilidad de la estructura social en el origen del problema (De Miguel, 2005).

Parece, pues, que la única coincidencia entre ambos términos sería la de considerarlos problemas de extensión global, omnipresentes a nivel mundial (PAHO, 2013), aunque el alcance mundial de la VG, a diferencia de la adicción, sólo persiste sobre las mujeres (ONU, 2018-19). Supone la violación más común de los derechos humanos en el mundo sobre las mujeres, algo que no sucede con la adicción.

A partir de esta coincidencia parcial, se abre un camino más sencillo para trabajar con el término adicción o TCS y otro más complejo y con muchas ramificaciones para hacerlo con la violencia de género y su conceptualización, que pasaría por ser la primera tarea a consensuar en este documento, tal y como se ha enunciado.

Las controversias más significativas son las que se presentan a continuación:

Barrere (2008) y Tubert (2003), por ejemplo, señalan que la utilización del “género” aplicado a la violencia resulta más “neutra” que los términos “violencia contra las mujeres” o “violencia machista”, lo cual, a juicio de estas autoras, favorece que el concepto violencia de género derive finalmente en un eufemismo que, bajo una supuesta neutralidad, pierde por el camino la connotación de poder entre los sexos, es decir, que deja de poner de relieve el origen de la dominación masculina sobre las mujeres, en tanto que bando invisible y oprimido.

En sentido contrario, para De Miguel (2005) se observan más pros que contras en el uso del término VG, que juzga más unificador que otros que no contienen en su definición el origen del problema. Para ella, el propio término género ya designa, porque incluye en sí mismo, en su propia definición, las desigualdades entre hombres y mujeres.

Contribuye a esta confusión conceptual la insistencia de algunos medios de comunicación en emplear como sinónimos términos que no lo son (violencia doméstica, machista, sexista, patriarcal), lo cual denota una enorme falta de rigor respecto de un tema con fuertes implicaciones sociales,

más si cabe cuando impide que la enorme masa poblacional a la que llegan los *mass media* acceda a una correcta comprensión de los términos y al origen que explicaría las diferencias entre diferentes terminologías (Peris, 2013).

Esta ceremonia de la confusión, según Rubio (2010, en Peris, 2013) no es algo casual, sino que la multiplicidad de conceptualizaciones tiene una clara finalidad, la de confundir más que clarificar, y así, “al introducir múltiples conceptos que crean la apariencia de confusión, se trata de disolver el esfuerzo teórico de conceptualización feminista” (2013: 177).

Ya en 1996, Blansch detectó que la falta de consenso en torno a la categoría género se prestaba como vehículo para transportar intereses ajenos a su sentido original, favoreciendo además la obstaculización de los avances en la igualdad de oportunidades de hombres y mujeres y el respeto de los derechos de las mujeres.

Osborne (2009:403) ratifica esta intencionalidad achacando esta estrategia “al androcentrismo y a la misoginia que el patriarcado genera para producirse y reproducirse a lo largo de los años”. Por todo ello, la lucha contra la VG puede resultar menos eficaz de lo que se pretende (Gimeno et al, 2009).

Añadiendo más a este debate, Puleo (2005) considera incluso que sería deseable sustituir el término patriarcado (que se sigue utilizando en muchas definiciones o textos feministas), por el de sistema de género (o de sexo-género, Rubin, 1975), por cuanto que el patriarcado aparece definido en el diccionario de la Real Academia como una “organización social primitiva” en la que la autoridad recaía en el varón jefe de cada familia; o “gobierno o autoridad de un patriarca”. A su vez, “patriarca” es definido como “persona que por su edad y sabiduría ejerce autoridad en una familia o en una colectividad”. Estas acepciones no son útiles para trasladar actualmente lo que el concepto de género, y por extensión el de violencia de género, ponen de relieve.

En esa definición de patriarcado, prosigue Puleo (2005), no se vislumbra rastro alguno de la reelaboración feminista del término y de su fuerte impacto en las ciencias sociales contemporáneas; un protagonismo del feminismo que también reclama De Miguel (2005). Con el término patriarcado se invisibiliza el concepto de género como construcción cultural de las identidades y relaciones entre hombres y mujeres, aunque sí resulte útil para la comprensión de la organización jerárquica (que ha sido la patriarcal por excelencia). Se aceptaría su utilización siempre y cuando no se abandone el talante crítico feminista que pone de relieve la persistente desigualdad entre hombres y mujeres.

Siguiendo con la línea argumental que mantienen Rubio (2010) y Osborne (2009) en torno a la intencionalidad que subyace a la confusión terminológica, nuevamente es Puleo (2005:3) quien añade que:

“a esta fuerte resistencia a aceptar un término (género) que apunta al carácter estructural, cultural, histórico y sistemático de la organización patriarcal, puede aplicarse el concepto de Pierre Bourdieu de violencia simbólica como mecanismo que dificulta la lucha cognitiva tendente a alcanzar la autoconciencia y la autonomía de un grupo oprimido. En nombre de las normas lingüísticas, se obstaculiza el uso de instrumentos conceptuales capaces de desafiar la relación de subordinación. Se priva así de significantes y significados adecuados a quienes intentan transformar las relaciones sociales”.

Para ejemplificar lo dicho respecto de la diversidad terminológica y las consecuencias de la misma, se comprueba que, intencionadamente o no, se usan de forma indistinta términos como

violencia de género o violencia machista, lo que denota un desconocimiento de aspectos relevantes que es preciso entender para poder diseñar las estrategias preventivas y de intervención adecuadas. Y es que conceptos diferentes supondrán métodos de intervención también distintos (Yugueros, 2014).

Hoy día, aún, al hablar de violencia de género nuestro imaginario representa a una mujer y su agresor en el contexto de su relación de pareja. A esto contribuyó la restricción del ámbito de actuación (y no al espíritu más amplio que pretendía trasladar la Ley, recogido en su preámbulo) de la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre (Gimeno et al, 2009), sobre todo antes de la firma de El Pacto de Estado contra la Violencia de Género de 2017¹⁰. En cualquier caso, tal y como señala Bodelón (2009), dicha Ley podría considerarse un punto de partida para la reflexión; “un elemento que ha permitido empezar a poner en contacto los debates feministas y los debates jurídicos” (Ibid:85).

Otro sesgo deriva de la mención expresa de la Ley al contexto y el vínculo afectivo. Esos “episodios” han sido también denominados “violencia doméstica” o “violencia familiar”, quedando reducidos por ello a la categoría de “casos” de carácter individual adscritos al contexto privado, toda vez que no se tienen en consideración todas las manifestaciones posibles de la violencia de género que han sido definidas por los movimientos de mujeres y los organismos internacionales como la ONU, el Consejo de Europa y la Unión Europea (Bodelón, 2009). En el capítulo 3 de la Guía de Aplicación Práctica de la Ley Orgánica (edición revisada de 2016) se explica con claridad las causas de la reducción de la Ley a ese ámbito de pareja y expareja, pero su preámbulo deja claro que el concepto se refiere a toda violencia fundamentada en un sistema social de subordinación de las mujeres (el sistema de género), de carácter estructural y que se comete contra las mujeres, por el hecho de ser mujeres, por parte de los hombres. De facto, y como se verá más adelante, las leyes autonómicas en materia de VG amplían los supuestos de actuación a muchas otras violencias.

También han contribuido a un posicionamiento social de cierto “desapego y distancia” respecto de las víctimas las diversas explicaciones dadas a esos hechos; lecturas provenientes de otras tantas disciplinas como, por ejemplo, la sociológica y la psicológica, que han fundamentado el origen de esos hechos “en características individuales, como la personalidad, la psicopatología u otras, bien de las mujeres que padecen la violencia, bien de los varones que la cometen” (Bosch y Ferrer, 2013:55).

Afortunadamente, tal y como señala Amorós (2008), cuando los asesinatos de mujeres dejaron de ser “anécdotas” o “casos aislados” y se sumaron bajo una “rúbrica unificadora”, pasaron a adoptar la categoría de violencia de carácter estructural causada por el sistema de dominación de los hombres sobre las mujeres. Así, la violencia contra las mujeres deja de ser un suceso o un problema personal entre agresor y víctima para definirse como violencia estructural sobre el colectivo femenino (Millet, 1975).

Es precisamente este aspecto estructural el que integra y da especificidad a la violencia de género por: a) reconocer que esta violencia engloba todas las demás y no solo la de la pareja/expareja, b) servir como instrumento de control de los hombres sobre las mujeres y c) reconocer que la sociedad entera está estructurada sobre dicha organización.

10 <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/FolletoPEVGcastweb.pdf>.

El 27 de diciembre de 2017 se firmó el Pacto de Estado en materia de Violencia de Género que regirá en España en los próximos 5 años. Entre otras cuestiones se amplía el ámbito de actuación a los tipos de agresiones a las mujeres recogidos en el Convenio de Estambul, ratificado por España, centrando la atención en las formas de violencia de género fuera del contexto de pareja o expareja. Así, se señala que se prestará especial atención a la violencia sexual, a la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, etc. (ver documento completo en el enlace)

Sólo desde la inclusión de estos parámetros es posible entender correctamente la Violencia de Género, asumiendo que para comprender este fenómeno se debe analizar el modo en que el género opera como una forma de opresión subyacente a la propia estructura de nuestras sociedades o la forma en que se reparte el poder (Villavicencio y Zúñiga, 2015), así como que la violencia es el instrumento que mantiene dicha desigualdad subyacente o estructural.

Violencia y género resultan, por ello, un binomio inseparable (Expósito, 2011).

A pesar de todo lo dicho hasta aquí, falta reiterar que la VG se ejerce sobre las mujeres por el mismo hecho de serlo, porque siguiendo con la ceremonia confusional, se denuncia que la omisión del aspecto de desigualdad jerárquica (que denota el desconocimiento del auténtico significado del concepto género) favorece que se hable de una violencia mutua y equivalente entre mujeres y hombres, o lo que es lo mismo, que se considere que los varones son también víctimas de esta violencia (Barrere, 2008). En la misma línea, Juliano (2004) identifica que es precisamente por ese carácter relacional del término género por lo que sucede eso. Si sólo se contempla la diferencia y no la asimetría, el carácter relacional de la noción género hace parecer que esa violencia, desde lo parcial que implica ver sólo lo diferente, puede dirigirse por igual de parte de los hombres a las mujeres tanto como de parte de las mujeres a los hombres, es decir, que nuevamente surgen argumentos para reiterar la existencia de una violencia mutua y equivalente si no se contempla la otra parte del concepto, la que añade la desequivalencia como parte necesaria del concepto de género, o lo que es lo mismo, el error de considerar mutua la VG persistirá en la medida en que no se contemple explícitamente la desigualdad jerárquica entre mujeres y hombres. Es por ello que la autora sugiere el uso del término violencia (masculina) contra las mujeres.

Con relación a esta cuestión Osborne (2009) ratifica que este argumento también se utiliza cuando se quiere minimizar la gravedad del fenómeno de la violencia masculina contra las mujeres. Se dice que la mujer agrede al hombre con parecida o mayor frecuencia, incluso con medios más severos, negando cualquier diferencia entre la violencia perpetrada por las mujeres y la efectuada por los hombres.

Considera la autora que no se trata de negar que hombres y mujeres puedan ser agresivos, en general y con los sexos respectivos, porque no aceptarlo puede reforzar los argumentos de quienes desean seguir manteniendo y extendiendo mitos poco veraces, pero también es necesario añadir que los hombres agreden mucho más que las mujeres; que agreden mucho más a otros hombres que a las mujeres, pero que, sin embargo, en la esfera de la intimidad o de lo privado los hombres agreden mucho más a las mujeres que a otros hombres y de forma más violenta que lo que lo hacen las mujeres que se comportan agresivamente con ellos, siendo la de ellas una violencia “de menor intensidad. De ahí que las consecuencias de la violencia masculina sean más letales” (Osborne, 2009:34).

Este debate ha generado un problema importante en el ámbito académico, principalmente en el área de la psicología, que tiene como objetivo la medición o psicometría de la violencia de pareja y/o del noviazgo adolescente, por ejemplo. Argumentos como los manifestados sobre la mutualidad de las agresiones han conseguido la difusión internacional del término bidireccionalidad de la VG y su extensión entre investigadoras/es.

Nardi (2018) achaca este error conceptual a décadas de investigaciones de origen anglosajón que, desde una enorme “ceguera de género” han desarrollado instrumentos de medida que han pretendido confirmar prevalencias similares o superiores de violencia ejercida por chicas/mujeres

sobre chicos/ hombres. Sobra señalar que el uso de esa metodología e instrumentos de investigación derivan de un marco conceptual carente de perspectiva de género y de la incompreensión del término central: género.

Otro de los mitos que contribuyen a minimizar la gravedad del fenómeno de la violencia masculina contra las mujeres es el de que las mujeres también ejercen VG sobre otras mujeres (Osborne, 2009).

A este respecto conviene erradicar la idea de que la violencia ejercida por mujeres hacia otras mujeres sea violencia de género. No lo es y hay que clarificarlo. No es VG porque no se da la característica de ser estructural o parte de un sistema de dominación y de una división del trabajo cuyos fundamentos la promueven y hacen que sea tolerada socialmente (Osborne, 2009). Esta afirmación es el argumento aplicable a los casos en los que, por ejemplo, se dice que ejercen VG las mujeres que ocupan posiciones jerarquizadas respecto de las mujeres víctimas en una red de trata de mujeres o de las mujeres que protegen a quienes abusan sexualmente o físicamente de sus hijas/os. Este complejo fenómeno forma parte de la violencia simbólica (Bourdieu, 1994), que no por simbólica deja de ser material.

Lo que sí puede afirmarse es que esas mujeres forman parte de la reproducción de la VG sobre otras mujeres (Martínez-Redondo, 2019). Jónasdóttir (1993, en Osborne, 2009) resalta la insuficiencia de un análisis que sólo concibe el patriarcado como constituido por la vía de la solidaridad entre los varones. Lo considera una condición necesaria pero no suficiente para explicarlo en su totalidad. Para ello es necesario asumir que las mujeres son parte activa de la estructura básica del patriarcado y no un mero recurso sobre el que actúan y al que utilizan los hombres. La concepción que las mujeres tenemos tanto de los hombres como de las mujeres es el reflejo del sexismo estructural asumido e internalizado en el proceso de socialización, dado que, como manifiesta Izquierdo (2007, en Osborne, 2009) no somos entidades autónomas que razonan al margen de sus circunstancias.

Desde una perspectiva feminista, la principal línea de defensa es la misma, es decir, que la violencia que ejercen las mujeres no forma parte de un sistema más general de dominación y control de las mujeres hacia los varones, como sí ocurre con la violencia que ejercen los hombres sobre las mujeres (Gondolf, 2014).

Los argumentos de Jónasdóttir e Izquierdo, los recoge de forma muy clara De Miguel (2005:234), quien considera que estos ejemplos y otros mitos que siempre se mencionan en los debates se producen porque:

“El propio sistema de género está tan firmemente interiorizado, y sus modos de socialización son tan perfectos, que la fuerte coacción estructural en que se desarrolla la vida de las mujeres, violencia incluida, presenta para buena parte de ellas la imagen misma del comportamiento libremente deseado y elegido. Estas razones explican la crucial importancia (...) de que las mujeres lleguen a deslegitimar «dentro y fuera» de ellas mismas un sistema que se ha levantado sobre el axioma de su inferioridad y su subordinación a los varones. La teoría feminista tiene entre sus fines conceptualizar adecuadamente como conflictos y producto de unas relaciones de poder determinadas, hechos y relaciones que se consideran normales o naturales, en todo caso, inmutables”.

La cuestión sigue siendo que, en cuanto se menciona el término surgen una serie de ideas que siguen introduciéndose en el imaginario social de una manera confusa y sin duda contraproducente a la hora de avanzar hacia la solución de esta lacra social (Gimeno et al., 2009).

Como se ha manifestado al principio del texto, y teniendo en cuenta que se ha adoptado el marco teórico feminista en la elaboración de este informe, la conceptualización de la VG que se adopta es la reconocida por la ONU en 1993, fundamentada en multitud de acuerdos internacionales y que ha propiciado la puesta en marcha de políticas públicas para la erradicación de la violencia contra mujeres y niñas.

La Violencia de Género es aquella que ejercen los hombres sobre las mujeres por el hecho de serlo y que además se caracteriza, según la perspectiva crítica feminista que manejan Zurbano y Liberia (2014), por:

- su dimensión estructural,
- por tener su origen en el sistema institucionalizado de dominio masculino conocido como patriarcado,¹¹
- por el hecho de servir para el mantenimiento del orden tradicional y, en consecuencia, de la desigualdad,
- por haberse ejercido durante todos los períodos históricos, y también actualmente, en todos los ámbitos geográficos y sobre las mujeres por el mero hecho de serlo,
- por ser una violencia que tiene formas muy distintas (física, psicológica, sexual, económica, simbólica, etc.) y
- porque se da en los ámbitos más diversos (social, estatal, doméstico, laboral, afectivo o de pareja, etc.).” (Ibid: 140)

Otros aspectos que añade Osborne (2009:16) a la hora de caracterizar la VG son:

- que es un mecanismo de control de todas las mujeres, al funcionar como una amenaza posible sobre cualquier mujer
- que representa un continuo, es decir, sería un extremo de conductas que se consideran normales y
- que todo ello explica que, a pesar de la lucha emprendida y de las medidas tomadas, siga existiendo una gran tolerancia hacia este tipo de conductas

En cualquier caso, a la hora de planificar cualquier acción respecto de un problema debe existir un trabajo previo dirigido a unificar el sentido, significado e implicaciones de dicho problema por parte de todas las personas-agentes sociales que vayan a participar en su solución.

En función de la definición que demos y entendamos de una cosa u otra, abarcaremos más o menos aspectos del fenómeno que nos ocupa (Osborne, 2009).

Las representaciones discursivas van a reflejar un posicionamiento acerca de la VG, un posicionamiento respecto de las mujeres que consumen drogas y, finalmente, la concepción de la VG en mujeres consumidoras. Alcanzar un consenso en torno a cada una de las nociones, así como respecto del problema conjunto, será el primer paso para buscar soluciones.

11 La noción de patriarcado ha sido reformulada por algunas autoras en términos de sistema sexo-género (Beltrán y Maquieira, 2001) o instado a interpretarse, no como establece la RAE, sino entendido como un sistema de organización social en el que los puestos claves del poder (político, económico, religioso y militar) se encuentran, exclusiva o mayoritariamente en manos de varones (Puleo, 2005).

Para finalizar este primer apartado conceptual y porque se valora la necesidad de señalarlo en este documento por los objetivos que persigue, parece necesario también mencionar la dimensión institucional y política de la VG en la adicción femenina desde tres perspectivas:

1.- La que denuncia que en muchos casos la VG no está siendo interpretada en clave política (Barrère 2008), esto es, en clave de reconocimiento de un “sistema” que instituye estructuras y relaciones injustas de poder en forma de violencia.

2.- La que sugiere que para comprender adecuadamente la VG se debe tomar conciencia de que dicha violencia se nutre de violencias institucionales ejercidas por el Estado por acción u omisión. Este concepto alude a los actos que, desde instancias macrosociales suponen una pauta de discriminación o los que niegan u obstaculizan el ejercicio y goce de los derechos de las mujeres (Bodelón, 2014).

Un ejemplo de esta omisión que atenta contra los derechos fundamentales de la persona lo ejemplifican Gomez, Clari y Saiz (2003) al señalar cómo el enjuiciamiento moral, social e incluso institucional de las mujeres adictas a determinadas sustancias, principalmente las ilegales, llega al extremo de negarles la protección y la defensa de sus derechos como personas. Cuando una mujer con un problema de adicción o de consumo activo de drogas sufre una situación de amenaza de su integridad física por parte de su pareja o ex pareja y demanda la protección de la red asistencial para mujeres que reciben maltrato, la respuesta es una negativa sistemática desde las normas de admisión en este tipo de recursos. La pregunta que habría que hacer, a quien corresponda, tal y como sugieren acertadamente las autoras (Ibid:155) es “si una mujer por el hecho de ser consumidora o adicta a determinada sustancia no merece protección ante una posible agresión o incluso homicidio”. Martínez-Redondo (2009) confirmaría que cuando se trata de mujeres consumidoras no se priorizan los criterios de protección, lo que las expone aún más a esa violencia y al consumo en un proceso circular originado, por qué no decirlo, por un acto de discriminación y de violencia institucional.

El hecho de que no existan apenas recursos que atiendan las dos realidades va más allá de la responsabilidad de quienes trabajan en esos recursos y establecen las normas. La cuestión aún se complica más cuando las mujeres, además de ser consumidoras y víctimas de violencia, son responsable de menores. Los recursos que trabajan conjuntamente con estas tres circunstancias son muy pocos, escasísimos.

Un documento de la ONU (2005) desarrollado en esta línea denuncia que el diseño de la gran mayoría de programas de tratamiento, que a la postre están a cargo de asociaciones e instituciones del Estado o conveniadas con él, no tienen en cuenta las necesidades y dificultades de las mujeres para recuperarse de la adicción, y menos cuando aparece la violencia asociada. Menos aún, añadimos las autoras, cuando las mujeres son madres y mantienen la custodia de menores.

Etorre (1998) ya advirtió hace años que cabría calificar como recursos adecuados para las mujeres drogodependientes los que tienen la capacidad de reconocer que sus problemas con las sustancias se originan en sus experiencias como mujeres y en sus dificultades para afrontar los problemas que específicamente les afectan por razón de género, siendo en este caso la violencia y su condición de madres algunos de estas posibles circunstancias que las acompañan a menudo y que muy pocas veces se atienden.

Y es que son excepción los dispositivos que trabajan de forma conjunta estas problemáticas, a pesar de que los datos, como veremos más adelante, muestran que la adicción hace más vulne-

rables a las mujeres víctimas de la VG (o las hace potencialmente víctimas) y viceversa, que como consecuencia del padecimiento de la VG resulta más probable desarrollar una conducta de abuso de alcohol u otras sustancias (Llopis, Castillo, Rebollida y Stocco, 2005).

En la medida en que, a nivel político, se promulguen leyes, decretos, planes de drogodependencias y adicciones, leyes sobre la eliminación y erradicación de la violencia y se declare en ellos la necesidad de incorporar la perspectiva de género pero no se garantice en la práctica la concreción de lo que implican esas manifestaciones, se seguirá obstaculizando el goce de los derechos de una parte de la sociedad.

3.- La tercera perspectiva de carácter macrosocial hace referencia a la dificultad para aceptar la estrategia que enmarca la VG en términos de salud pública y organizar desde esos parámetros su abordaje. La definición feminista de violencia de género refrendada por la ONU (1993) se relaciona con, pero no es lo mismo que, las definiciones que dan las instancias gubernamentales de salud pública a la VG.

La forma en que se ha ido integrando el problema de la VG en la agenda oficial de la salud pública muestra que ésta se ha separado de la teoría crítica feminista (y con ello ha dado lugar a una neutralización del enfoque radical y emancipador que le dio origen y que las feministas reconocen y reclaman), dando paso a una versión más epidemiológica y a un uso más trivializado del concepto (Castro, 2016).

A juicio de las autoras también se observa en muchas ocasiones cómo todo ello ha contribuido a que una problemática social como es la VG se reduzca meramente a un problema de salud que suele ser abordado sólo en su dimensión individual.

Se sigue reclamando hoy día una implicación activa que posicione esta violencia como un problema social de dominio público en un ambiente político de confrontación de representaciones sociales entre la tradición, la transición y el cambio. De la misma manera se solicita el reconocimiento institucional de esa violencia como evitable, exigiendo para su afrontamiento el despliegue comprometido y articulado de un conjunto de iniciativas de orden científico, político y social (Ariza, 2011).

“Para que el concepto de violencia de género realmente cuente con una perspectiva feminista, debe desnaturalizar cualquier forma de violencia contra las mujeres y apuntar hacia los mecanismos de género subyacentes a la producción de la opresión a partir del sistema de relaciones sociales vigente” (Castro, 2016:343-344)

“Sin cambios sociales profundos, no podrá haber mejoras reales en la convivencia entre hombres y mujeres que propicien unas relaciones dignas y libres de violencia” (Bosch, Ferrer y Alzamora, 2005: 135)

Para superar las limitaciones que achaca el feminismo al ámbito institucional y que, a la postre, se concretan en la existencia o ausencia de soluciones para afrontar ese problema considerado como “de salud pública”, es necesario en primer lugar que exista un amplio consenso de la ciudadanía a la hora de determinar cuáles son los problemas sociales. En el caso que nos afecta se trataría de que la ciudadanía tomara conciencia activa de que la violencia de género entre las mujeres adictas constituye un problema social. Sólo así será posible exigir soluciones para afrontarlo desde un ámbito macrosocial.

Si bien resulta difícil alcanzar un consenso sobre lo que es o no es un problema social, los datos estadísticos pueden resultar una herramienta útil, aunque no exenta de críticas, para ofrecer a la opinión pública, ya que “parece evidente que un problema social sólo lo es si la opinión pública lo considera como tal” (Fiol y Pérez, 2000:9)

“Llevar una contabilidad eleva el fenómeno de anécdota a categoría, conduciendo a su mayor visibilidad” (Osborne, 2008:101)

Muchas de las estadísticas sobre violencia contra las mujeres no necesariamente incluyen todos los supuestos que sí incluye la definición del término violencia de género. Así, si sólo se contabiliza la violencia de pareja/expareja, que es la que penaliza la Ley 2004 y que contextualiza el marco de actuación de muchos recursos, principalmente los de la Red de Violencia, desaparecen de las estadísticas otras violencias como el acoso sexual en el ámbito laboral, la explotación de trabajadoras domésticas, la violencia de noviazgo en etapas juveniles, el matrimonio infantil, el tráfico de mujeres y niñas, la mutilación genital, etc., y otras muchas que se reconocen a nivel internacional por estar incluidas en la Declaración de la ONU, aunque algunas no sean tan habituales en nuestro contexto (Castro, 2016).

Este autor afirma que la verdadera perspectiva de género proviene de la estrategia que se adopte en la producción de esos datos, que debería partir para poder ofrecer una panorámica más realista, de considerar como VG cualquier violencia que tenga el género como elemento subyacente a la producción de la opresión a partir del sistema de relaciones sociales vigente.

También resulta cierto que, durante mucho tiempo, la preocupación por medir la VG adoptó un sesgo empiricista, pero los escasos acercamientos teóricos al respecto se desarrollaron, o bien sin recoger los resultados de las mediciones, es decir, desarrollando estudios desde una perspectiva puramente teórica, o tomando sólo los datos sin establecer un diálogo con ellos, es decir, sin interpretarlos desde la teoría de género; un divorcio que Castro y Riquer (2003, en Castro, 2016) denominaron empirismo ciego o teoría sin datos.

5. La violencia de género y la violencia de género sobre mujeres drogodependientes en cifras

5.1. Cifras en torno a la Violencia de Género

“La contabilidad aumentará o disminuirá dependiendo de cómo preguntemos o qué supuestos incluyamos bajo la rúbrica de violencia de género” (Osborne, 2008)

Se ha seleccionado para su análisis la macroencuesta de Violencia contra la mujer (2019) del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España, por ser la única que se proclama oficial y porque reporta datos relativos al consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas como efecto o consecuencia de la VG padecida, pudiendo con ello comenzar a establecer una conexión mínima entre las categorías de estudio.

5.1.1. La macroencuesta de Violencia contra la mujer del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España

Es una recogida de datos que se realiza desde 1999 y aproximadamente cada 4 años, con lo que ya cuenta con seis ediciones. Las tres últimas (2011, 2015 y 2019) se han encargado a la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. En la introducción de la última edición el propio informe se define como “la estadística más relevante que se realiza en España sobre este tipo de violencia (...) y la única estadística oficial para medir la prevalencia de la violencia contra la mujer” (Ministerio de Igualdad, 2020:9).

Su principal objetivo es conocer el porcentaje de mujeres de 16 o más años residentes en España que han sufrido o que sufren actualmente algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres.

El informe se divide en cuatro partes: la primera aborda la violencia en la pareja o expareja; la segunda la violencia física y sexual fuera de la pareja, la tercera analiza el acoso sexual y el acoso reiterado (stalking) y, finalmente, la cuarta parte estudia la realidad de mujeres especialmente vulnerables a la violencia (mujeres con discapacidad, mujeres jóvenes, mujeres de 65 o más años; mujeres nacidas en el extranjero y mujeres residentes en municipios de pequeño tamaño), describiendo el porcentaje de afectadas respecto de los tipos de violencia enunciados en las tres primeras partes, es decir, 1) la violencia en la pareja o expareja, 2) la violencia física y sexual fuera de la pareja y 3) el acoso sexual y acoso reiterado (stalking).

En cuanto a la violencia de pareja o expareja se contemplan los siguientes tipos o modalidades:

1.a) violencia física¹², 1.b) sexual¹³ (en la que se pregunta, entre otras cuestiones, si en el momen-

12 Le ha abofeteado o tirado algo que pudiese hacerle daño 2. La ha empujado, agarrado o tirado del pelo 3. La ha golpeado con su puño o con alguna otra cosa que pudiese hacerle daño 4. Le ha dado patadas, arrastrado o pegado una paliza 5. La ha intentado asfixiar o quemar a propósito 6. La ha amenazado con usar o ha usado una pistola, cuchillo u otra arma o substancia peligrosa contra Ud. 7. Ha usado la fuerza contra usted, de cualquier otra manera de las mencionadas anteriormente, de forma que le ha hecho daño o podría haberle hecho daño.

13 La ha obligado a mantener relaciones sexuales amenazándole, sujetándola o haciéndole daño de alguna manera. Por relaciones sexuales queremos decir penetración vaginal o anal con pene u objetos, o sexo oral 2. Le ha hecho mantener relaciones sexuales cuando era incapaz de rechazarlas debido a que usted estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas 3. Ha

to de esa victimización la mujer estaba bajo el efecto del alcohol u otras sustancias), 1.c) psicológica emocional¹⁴, 1.d) violencia psicológica de control¹⁵, 1.e) violencia económica¹⁶ y 1.f) miedo de la pareja¹⁷.

En cuanto a otras personas que no son ni han sido pareja, sólo se mide la violencia física y la sexual. Con relación al acoso sexual¹⁸ y al acoso reiterado¹⁹, se contempla la posibilidad de que estos episodios sean protagonizados por la pareja, un familiar, amigo, conocido, compañero de clase, cargos superiores en el medio laboral, etc.

El informe incluye otros capítulos que permiten conocer los tipos de agresores más frecuentes, obtener información sobre las denuncias, la búsqueda de ayuda formal e informal, la satisfacción

-
- mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que le podría hacer si se negaba 4. La ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando Ud. no quería 5. Ha intentado obligarla a tener relaciones sexuales contra su voluntad sin conseguirlo 6. Le ha tocado a Ud. sus partes íntimas – genitales o pecho- o le ha realizado algún otro tipo de tocamiento de tipo sexual cuando usted no quería 7. Le ha hecho alguna vez tocarle sus partes íntimas – genitales o pecho- o la ha obligado a realizarle algún otro tipo de tocamiento de tipo sexual cuando usted no quería 8. La ha obligado a realizar alguna otra práctica de tipo sexual que yo no le haya mencionado ya 7. Le ha hecho alguna vez tocarle sus partes íntimas – genitales o pecho- o la ha obligado a realizarle algún otro tipo de tocamiento de tipo sexual cuando usted no quería 8. La ha obligado a realizar alguna otra práctica de tipo sexual que yo no le haya mencionado ya.
- 14 1. La ha insultado o hecho sentirse mal con usted misma. 2. La ha menospreciado o humillado delante de otras personas. 3. La ha asustado o intimidado a propósito (por ejemplo, gritándole, rompiendo cosas, golpeando paredes o mirándola de determinada forma) 4. La ha amenazado verbalmente con hacerle daño a Ud. 5. La ha amenazado verbalmente con hacerle daño a sus hijos/as o a alguna otra persona que es/era importante para Ud. 6. La ha amenazado con hacerse daño a sí mismo/a si usted lo/la deja. 7. La ha amenazado con quitarle a sus hijos/as.
- 15 1. Trata o ha tratado de impedirle que vea a sus amigos o amigas 2. Trata o ha tratado de evitar que Ud. se relacione con su familia directa o parientes 3. Insiste o ha insistido en saber dónde está usted en cada momento 4. La ignora o ha ignorado y la trata o ha tratado con indiferencia 5. Se enfada o se ha enfadado si habla con otro hombre o mujer 6. Sospecha o ha sospechado sin motivos que Ud. le es/era infiel. ENTREVISTADORA: si la mujer tuviese dudas mencionar que se hace referencia a situaciones en las que la pareja sospecha de infidelidades que no existen. Si la mujer está siendo infiel, entonces sí hay motivos para sospechar y no se considera un comportamiento de control. 7. Espera o ha esperado que Ud. le pida permiso antes de ir por su cuenta a determinados sitios como por ejemplo un hospital o centro de salud, un centro cultural o deportivo, etc. 7. Espera o ha esperado que Ud. le pida permiso antes de ir por su cuenta a determinados sitios como por ejemplo un hospital o centro de salud, un centro cultural o deportivo, etc.
- 16 1. Se niega o se ha negado a darle dinero para los gastos del hogar cuando la pareja tiene/tenía dinero para otras cosas. (Entrevistadora: si la mujer entrevistada duda, explicar que se hace referencia a situaciones en las que, habiendo dinero en el hogar, la pareja le niega acceso al mismo) 2. Le impide o ha impedido tomar decisiones relacionadas con la economía familiar y/o realizar las compras de forma independiente 3. No la deja o no la ha dejado trabajar o estudiar fuera del hogar 4. Usa o ha usado su dinero o su tarjeta de crédito o pide préstamos a su nombre sin su consentimiento.
- 17 ¿Con qué frecuencia ha tenido o tiene Ud. miedo de su pareja actual? ¿Con qué frecuencia ha tenido o tiene Ud. miedo de alguna de su/s pareja/s del pasado?, Siendo las posibles respuestas - Continuamente - Muchas veces - Algunas veces – Nunca. Se parte de la hipótesis planteada por las Directrices de Naciones Unidas para la producción de estadísticas de violencia sobre la mujer, según la cual vivir con un miedo constante de la pareja es una expresión subjetiva de la severidad de la violencia.
- 18 1.- ...miradas insistentes o lascivas que le hayan hecho sentirse intimidada 2.- Alguien le mostró o envió imágenes o fotos sexualmente explícitas que le hayan hecho sentirse ofendida, humillada, o intimidada 3.- Ha recibido bromas sexuales o comentarios ofensivos sobre su cuerpo o su vida privada 4.- Ha tenido sugerencias inapropiadas para tener una cita o para cualquier actividad de tipo sexual, que le hayan hecho sentir ofendida, humillada, o intimidada 5.- Ha tenido contacto físico no deseado como, por ejemplo, proximidad innecesariamente cercana, tocamientos de partes de su cuerpo, besos/abrazos, o cualquier otra cosa que usted no quisiera 6.- Ha recibido insinuaciones inapropiadas, humillantes, intimidatorias, u ofensivas en las redes sociales de internet como Facebook, Instagram o Twitter 7.- Ha recibido correos electrónicos, mensajes de Whatsapp, o mensajes de texto sexualmente explícitos inapropiados, que le hayan hecho sentir ofendida, humillada, o intimidada 8.- Que alguien la haya amenazado con consecuencias desagradables en su trabajo, como por ejemplo un despido, si rechazaba las propuestas o avances sexuales? Entrevistadora: si la entrevistada pregunta a qué se refiere "consecuencias desagradables" mencionar despido, supresión de complementos salariales, críticas continuas al trabajo, dejar sin trabajo, etc. 9.- Alguien que se le haya exhibido indecentemente 10.- Alguien que la haya obligado a ver material pornográfico contra su voluntad 11.- Otros comportamientos similares con una connotación sexual que la hayan hecho sentirse ofendida, humillada o intimidada, y que no hayan sido mencionados previamente?
- 19 1.- Le ha enviado mensajes no deseados, llamadas telefónicas, emails, cartas o regalos 2.- Le ha hecho llamadas telefónicas obscenas, amenazantes, molestas o silenciosas 3.- La ha esperado o ha estado merodeando fuera de su casa, colegio o trabajo 4.- La ha seguido o espiado 5.- Ha dañado intencionadamente cosas suyas (coche, moto, buzón, etc.) o las propiedades de personas que le importan, o ha dañado a sus animales 6.- Ha hecho comentarios ofensivos o embarazosos sobre usted, le ha hecho propuestas inapropiadas en internet o en redes sociales 7.- Ha publicado fotos, vídeos o información muy personal sobre Ud. en lugares como su vecindario, trabajo, escuela, internet, o redes sociales como Facebook o Instagram, o ha enviado esta información a otras personas a través de teléfonos móviles o aplicaciones como Whatsapp.

con la ayuda recibida, recabar información relacionada con hijos e hijas de las víctimas, especialmente las/os menores, en relación con su presencia durante los episodios de violencia, y conocer las consecuencias de la violencia sobre la salud física y mental de las mujeres afectadas (Ibid:9). Es en este apartado donde se menciona la posibilidad de consumir alcohol, otras drogas y medicamentos y resulta interesante al objeto de este estudio.

Las ocasiones utilizadas para medir la violencia, en todos los tipos de violencia mencionados son: a lo largo de la vida, en los últimos cuatro años, y en los últimos doce meses. Por su parte, la frecuencia de victimización es objeto de medida, para lo cual se pregunta si las mujeres reciben violencia a) Todos o casi todos los días, b) Al menos una o más veces por semana, c) Al menos una o más veces al mes, d) Al menos una o más veces al año, e) Menos de una vez al año, rara vez, de forma aislada, f) Solo en períodos particulares (navidades, vacaciones de verano, curso escolar, etc.)

El informe global es muy extenso y detallado. Es posible acceder a él en el siguiente link para conocer la concreción del dato de cada categoría de violencia estudiada, tipo de violencia, ocasiones y frecuencias de victimización, etc.

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

En este informe, sin embargo, sólo se van a mostrar resultados más globales, teniendo en cuenta que el objetivo de este informe no es cuantificar la VG sola, sino la que concurre entre las mujeres drogodependientes o que padecen otro tipo de adicciones.

Así, el informe ejecutivo de la macroencuesta, que muestra exclusivamente las cifras referidas a la ocasión “a lo largo de la vida”, señala lo siguiente:

En cuanto al conjunto de violencias recogidas en el último año en función de la edad y la pertenencia a grupos de mayor vulnerabilidad

1 de cada 2 mujeres (57,3%) residentes en España de 16 o más años ha sufrido algún tipo de violencia (física, sexual, emocional, de control, económica o miedo) por parte de su pareja o expareja; y/o física o sexual por parte de otras personas; y/o acoso sexual y/o stalking (acoso reiterado), a lo largo de sus vidas, por el hecho de ser mujeres. Son en total 11.688.411 mujeres.

En esta categoría se incluyen todas las violencias medidas en la encuesta, explicitadas a pie de la página anterior, de ésta y la siguiente y que van desde una mirada lasciva a una violación; violencias cotidianas que las mujeres experimentan, más o menos severas, pero todas ellas violencia.

Las mujeres jóvenes de entre 16 y 24 años son el grupo etario que experimenta violencia en mayor medida (71,2%), comparadas con las mujeres que integran los otros dos segmentos de edad (25-34 y 65 o más). En el segundo grupo de edad son un 68,3%, cifra igualmente muy elevada, las mujeres que han experimentado cualquiera de esas violencias a lo largo de su vida, frente al 42,1% de las que tienen 65 o más años.

Las extranjeras sufren violencia en mayor medida que las nacionales, así como las que padecen algún tipo de discapacidad acreditada (superior al 33%), que son victimizadas en mayor proporción que las que tienen un menor grado de discapacidad.

Violencias perpetradas por parejas o exparejas y consumo de sustancias

Una de cada cuatro mujeres que ha sufrido Violencia Física, Sexual, Emocional o Miedo (a partir de ahora VFSEM) por parte de una pareja o expareja (24,4%), ha consumido alguna sustancia para afrontar lo sucedido.

Distinguiendo entre la pareja actual y las parejas pasadas:

El 13,4% de las mujeres que han sufrido VFSEM de sus parejas actuales afirman que para afrontar los episodios de violencia consumieron alguna sustancia (medicamentos, alcohol u otras drogas ilegales). La sustancia más habitual son los medicamentos (los cita el 12,1%).

Entre las mujeres que han sufrido VFSEM de sus parejas pasadas, el 26,5% afirma que para afrontar los episodios de violencia consumieron alguna sustancia (el 22,4% dice haber consumido medicamentos, el 5,3% alcohol y el 2,8% otras drogas).

El 18,7% de las mujeres mayores (65 años o más) que han sufrido VFSEM de alguna pareja pasada, afirma que consumieron medicamentos, alcohol u otras drogas para afrontar los episodios de violencia frente al 27,6% del total de mujeres de 16 a 64 años que ha sufrido esta violencia. No hay diferencias cuando se observa lo que sucede con la violencia de la pareja actual.

Si sólo se toman en cuenta las que han sufrido violencia física o sexual de alguna pareja, una de cada tres (33,0%) ha consumido alguna sustancia para afrontar lo sucedido.

Distinguiendo entre la pareja actual y las parejas pasadas:

El 24,5% de las que han padecido violencia física o sexual de la pareja actual ha consumido alguna sustancia (22,1% medicamentos).

Entre las que la han sufrido violencia física o sexual de parejas pasadas, el porcentaje de quienes han consumido alguna sustancia asciende hasta el 33,8% (el 28,2% señala medicamentos, el 7,4% alcohol y el 4,0% otras drogas).

Si se hace la distinción entre ambos tipos de violencias, del total de mujeres encuestadas el 13,7% (2.802.914 mujeres) han sufrido violencia sexual a lo largo de la vida, mientras que el 21,5% (4.387.480) ha sido victimizada físicamente. Los porcentajes de ambos tipos de violencia incluye como victimarios a la pareja actual, parejas pasadas o personas con las que no se ha mantenido una relación de pareja.

En lo que a la violencia sexual concierne, el informe señala que el 6,5% (1.322.052 mujeres) ha sufrido violencia sexual en algún momento de sus vidas, ejercida por alguna persona con la que no mantiene ni ha mantenido una relación de pareja. Un 3,4% (703.925 mujeres) del total de mujeres ha sufrido este tipo de violencia, la sexual, en la etapa infantil, antes de cumplir los 15 años.

En este apartado también se denuncia que un 2,2% (453.371 mujeres) del total, ha sido violada²⁰ alguna vez en su vida, y de ellas el 74,6% ha vivido también otras situaciones de violencia sexual.

20 Han experimentado alguna de las situaciones que recogen los 4 primeros ítems que integran la medida de violencia sexual: La ha obligado a mantener relaciones sexuales amenazándole, sujetándola o haciéndole daño de alguna manera. Por relaciones sexuales queremos decir penetración vaginal o anal con pene u objetos, o sexo oral 2. Le ha hecho mantener relaciones sexuales cuando era incapaz de rechazarlas debido a que usted estaba bajo la influencia del alcohol o las drogas 3. Ha mantenido relaciones sexuales sin desearlo porque tenía miedo de lo que le podría hacer si se negaba 4. La ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando Ud. no quería.

El 86,2% que admite haber vivido violencia sexual por parte de su pareja, señala que estos episodios han sucedido en más de una ocasión. En cuanto al país de nacimiento, la prevalencia de la violencia sexual en la pareja es mayor entre las mujeres que han nacido en el extranjero que entre las nacidas en España, y también mayor entre quienes tienen una discapacidad superior al 33% que entre quienes tienen una discapacidad inferior.

Con relación al objeto de este informe, resulta especialmente importante destacar que el 13,7% de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia sexual afirman haber sido violadas cuando estaban bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Suponen el 0,9% de las mujeres de 16 o más años (181.258 mujeres).

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 23,2% ha sufrido violencia psicológica emocional de alguna pareja actual o pasada en algún momento de su vida. La situación que se ha dado más frecuentemente es que la pareja la haya insultado (20,6%), humillado o menospreciado delante de otras personas (14,9%) o a ella sola, pero lo ha hecho a propósito (13,5%). El 84,3% manifiesta que esto ha sucedido en más de una ocasión.

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 27% ha sufrido violencia psicológica de control de parte de alguna pareja actual o pasada en algún momento de su vida. Se estima que 5.500.704 mujeres han padecido esta violencia. El 78,2% de las que han sufrido violencia de control afirma haberla experimentado "algunas veces" y el 21,8% la ha sufrido "frecuentemente".

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 11,5% ha sufrido violencia económica de alguna pareja actual o pasada en algún momento de su vida (2.350.684 mujeres).

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 13,9% ha sentido miedo de alguna pareja actual o pasada en algún momento de su vida.

Respecto de lo dicho hasta el momento se comprueba en el informe que son hombres el 99,6% de las personas que han ejercido todos esos tipos de violencias mencionadas.

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España que han sufrido violencia sexual en algún momento de su vida por parte de alguna persona con la que no mantienen ni han mantenido una relación de pareja, el 7,9% dice que consumió medicamentos para afrontar lo sucedido (16,5% en el caso de las víctimas de una violación), el 5,5% consumió alcohol (12,2% en el caso de las víctimas de una violación), y el 2,8% otras drogas (7,4% en el caso de las víctimas de una violación). En total, el 12,7% de las víctimas de violencia sexual han consumido alguna sustancia para afrontar lo sucedido (porcentaje que asciende hasta el 26,6% entre las víctimas de una violación).

Con relación al apartado 3 del informe, se señala que del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 40,4% ha sufrido acoso sexual en algún momento de su vida. Un 18,5% del total lo ha padecido antes de cumplir los 15 años. Los tipos de acoso más frecuente son las miradas insistentes o lascivas, seguidas de tocamientos no deseados. El 75,2% de las mujeres que han sufrido acoso sexual afirman que esta violencia ha tenido lugar más de una vez, frente al 24,1% que dice que sólo sucedió en una ocasión.

En el 92,9% de los casos las mujeres afectadas confirmaron que el agresor fue un hombre.

Respecto de esta violencia, el informe recoge un aspecto interesante, por cuanto que revela que del total de mujeres de 16 o más años residentes en España que han sufrido acoso sexual en al-

gún momento de su vida, el 2,5% admite que consumió medicamentos, alcohol o drogas ilegales para afrontar lo sucedido. Un 1,9% tomó medicamentos, el 0,6% alcohol, y el 0,2% confirma que tomó otro tipo de sustancias adictivas.

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 15,2% confirma haber sufrido stalking en algún momento de su vida. Un 3,7% antes de cumplir los 15 años. Las formas de stalking más mencionadas son: haber recibido mensajes no deseados, llamadas telefónicas, emails, cartas o regalos (lo menciona el 52,5% de las mujeres que han sufrido stalking), haber recibido llamadas telefónicas obscenas, amenazantes, molestas o silenciosas (47,2%) y haber sido seguida o espiada (40,6%).

En este caso, las mujeres víctimas señalan que estos episodios los ha protagonizado un hombre en el 80,1% de los casos.

Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España que ha sufrido stalking en algún momento de su vida, el 7,7% dice que consumió medicamentos para afrontar lo sucedido, el 1,8% tomó alcohol y el 1% otras drogas.

No hay diferencias estadísticamente significativas en relación con el consumo de medicamentos, alcohol u otras drogas para afrontar el acoso sexual vivido entre las mujeres mayores y el resto, es decir, no se reflejan diferencias en función de la edad en cuanto al uso de sustancias legales o ilegales tras ser víctimas de acoso sexual.

En cuanto a las mujeres con discapacidad, con una muestra de 556 mujeres (tanto las que tienen una discapacidad acreditada del 33% como las que padecen alguna discapacidad menor forman parte de la muestra), suponen el 5,8% de la muestra total, siendo las mujeres de 65 años o más las más representadas en este caso.

Las diferencias entre las mujeres con y sin discapacidad acreditada en lo relativo al consumo de sustancias legales o ilegales para afrontar los episodios de violencia en la pareja son significativas y muy relevantes en el caso de la violencia de parejas pasadas: el 48,7% de las mujeres con discapacidad acreditada, o sea, mayor a un 33%, tomaron medicamentos, alcohol u otro tipo de drogas para hacer frente a las secuelas de la Violencia Física, Sexual, Emocional y Miedo (VFSEM) de sus parejas pasadas frente al 24,8% de las mujeres sin discapacidad acreditada. Estas diferencias se deben al mayor consumo de medicamentos por parte de las mujeres con una discapacidad acreditada. No hay diferencias en el consumo de alcohol u otras drogas entre las mujeres con o sin discapacidad acreditada.

El 6,8% de las mujeres con discapacidad (acreditada o no) que han sufrido acoso sexual, tomaron medicamentos, alcohol u otro tipo de drogas ilegales para afrontar lo sucedido.

El 17,2% de las mujeres con discapacidad que ha sufrido stalking tomó medicamentos, alcohol u otras sustancias ilegales para afrontar lo sucedido frente al 8,7% de las mujeres sin discapacidad acreditada. Estas diferencias se deben en exclusiva al mayor consumo de medicamentos: el 17,2% de las mujeres con discapacidad acreditada que han sufrido acoso reiterado tomaron medicamentos para afrontar lo sucedido frente al 7,0% de las mujeres sin discapacidad acreditada.

5.1.1.1. Algunas cuestiones a reflexionar sobre la encuesta y propuestas de mejora

La primera es la que refleja Arranz (2015) en su artículo, al considerar que con esta medición es el Estado español el que controla el tratamiento científico del problema social de la violencia de género, siendo el único autor intelectual y coordinador de las macroencuestas sobre la violencia contra las mujeres (que, en ocasiones, a lo largo del documento, denomina “de género”). Podría valorarse como una mejor práctica que este estudio contase con la participación de personal investigador ajeno al fenómeno objeto de estudio, es decir, personas del ámbito científico que no constituyan parte implicada para evitar así un posicionamiento apriorístico respecto de la realidad estudiada.

Igualmente sería deseable que la recogida y análisis de datos partiera de o dispensara al público lector un marco teórico desde el cual se entienda el sentido que se otorga en la encuesta a los conceptos de género y violencia de género, habida cuenta de todo lo dicho al respecto. Castro (2016) señala que sería conveniente la existencia de un marco teórico, así como de un diálogo con los datos que diera lugar a la interpretación de los mismos.

La recomendación de incorporar un marco teórico de referencia, que idealmente podría constituir el paradigma de género, podría evitar cierta confusión como la que se deriva de la propia denominación de macroencuesta sobre “violencia contra la mujer”, siendo la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género el organismo que la impulsa y lleva a cabo.

En apartados anteriores se ha hecho ya hincapié en algunos aspectos relacionados con este asunto y en la importancia de no confundir el ámbito de actuación de la Ley Orgánica 1/2004 con el concepto en toda su integralidad. De hecho, la macroencuesta alude al género sólo a partir del capítulo 9, para mostrar los datos de “hijas e hijos víctimas de la violencia de género de sus madres”, para analizar las “denuncias por violencia de género” y, al final, para hablar de “la salida de la violencia de género”. A la par, los conceptos “violencia contra las mujeres” y “violencia de género” se utilizan de forma equivalente. En este sentido, podría valorarse la conveniencia de realizar una reflexión al respecto que condujese a una utilización del género en la profundidad de su significado e implicaciones.

Así, la incorporación efectiva de la perspectiva de género requeriría aportar un marco analítico y comprensivo capaz de ir más allá de la descripción de la “realidad” (Martínez-Redondo, 2008, 2019) y también una metodología y unos instrumentos de recogida de datos diseñados previa y específicamente con esta perspectiva, en tanto que, como se recoge anteriormente, “la forma de abordar conceptualmente el problema, influirá decisivamente en los resultados que obtengamos” (Osborne, 2008: 109).

Igualmente, podría plantearse la posible ampliación del estudio para que fueran incluidos todos los tipos de violencia y agresiones a las mujeres que se encuentran recogidos en el Convenio de Estambul, ratificado por España, y que tiene en cuenta otras formas de violencia de género más allá de las que recoge la encuesta y que son practicadas por otras personas distintas a las que son o han sido pareja.

Adicionalmente, puede resultar confuso que en la macroencuesta se pregunte por el sexo de las personas victimarias ya que, sin disponer de interpretación o explicación al respecto, podría entenderse que pueden ser mujeres las que ejerzan la violencia. Ello puede ocurrir, pero no debe confundirse con la violencia de género. De hecho, la macroencuesta, en su resumen ejecutivo, señala que el principal objetivo de la investigación es conocer el porcentaje de mujeres de 16 o más

años residentes en España que han sufrido o que sufren actualmente algún tipo de violencia por el hecho de ser mujeres, es decir, aquella directamente derivada del género, *ergo*, de las relaciones de poder históricamente construidas entre hombres y mujeres que las coloca a ellas en una posición social de subordinación frente a ellos. La violencia de género es una violencia específica de los hombres sobre las mujeres, y de carácter estructural además (por lo que la sociedad en su conjunto forma parte de su reproducción), y no ha lugar a confusión con otros tipos de violencias.

En el ámbito específico de la violencia sexual padecida estando bajo los efectos del alcohol y otras drogas ilegales, parece necesario ir más allá del análisis descriptivo ya que, sin la conveniente explicación desde el enfoque de género, podrían realizarse interpretaciones erróneas, como la de considerar las agresiones sexuales un factor de riesgo derivado del consumo. La violencia que sufren las mujeres en contextos de uso/abuso/dependencia de sustancias (violencias principalmente sexuales y en el contexto de pareja; aspectos que sí refrenda la macroencuesta) no es una consecuencia del consumo, sino del sistema sexo-género analizado por Rubin en 1975 (Martínez-Redondo, 2019).

En definitiva, algunos aspectos en relación con la macroencuesta que podrían ser valorados son:

a) Contar con profesionales del ámbito de la investigación científica, con credenciales en la formación de género, para el diseño, actualización e interpretación de los datos obtenidos a partir de la encuesta, enmarcada en el marco teórico del paradigma de género.

b) Dotar de mayor peso a los aspectos metodológicos de la encuesta, pues son clave en la comprensión y la interpretación de los datos.

c) Ampliar las violencias sobre las cuales se pregunta y abarcar también aquellas que se encuentran recogidas en el Convenio de Estambul, incluyendo a todos los autores de esas violencias (también al Estado, por ejemplo) y evitando limitarlo al ámbito de actuación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, del que se escapan otros tipos de violencia como objeto de medición (situaciones de prostitución, trata de mujeres, sinhogarismo o violencia simbólica²¹). Es importante señalar que la ausencia de sistematización de estas otras casuísticas puede dar lugar a un sub-registro sobre otros actos de violencia, entre ellos los de carácter estructural, que también están incidiendo en la calidad de vida de las mujeres y que requieren igualmente de soluciones.

En lo que respecta a la violencia simbólica, es necesario señalar entre las personas victimarias a aquellas que detentan un poder económico y social, pues tienen la capacidad de difundir información y mantener a la sociedad de consumo como sostenedora de un sistema que muestra a las mujeres como objetos sexuales o comerciales. Una de las instancias más relevantes en este sentido son los medios de comunicación (López-Safi, 2015), que también podrían ser objeto de atención en los estudios a realizar, incluso aunque no sean siquiera considerados socialmente como perpetuadores de la desigualdad y, por ende, de la violencia de género.

21 La violencia simbólica es un concepto acuñado por Pierre Bourdieu en la década de 70 y se utiliza para describir una relación social donde el «dominador» ejerce un modo de violencia indirecta y no físicamente directa en contra de los «dominados», los cuales no la evidencian y/o son inconscientes de dichas prácticas en su contra, por lo cual son «cómplices de la dominación a la que están sometidos» (Bourdieu, 1994) al internalizar y reproducir los valores dominantes. Las propias víctimas o posibles víctimas de esa violencia, asumen como “normal” su existencia. Ejemplos de ello: mostrar a la mujer en situaciones de subalternancia y/o violencia; diciendo a las mujeres que sus cuerpos no son suficientes buenos y que necesitan ser moldeados; restringiendo su movilidad; utilizando un lenguaje no inclusivo o manipulando la historia e invisibilizando los logros de las mujeres; la inclusión en los medios de comunicación de imágenes o frases sexistas; exaltar las características masculinas por encima de las femeninas, etc.

La Declaración 48/104 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer amplía los supuestos de violencia a las violaciones sexuales y el incesto, el acoso sexual en el trabajo y en las instituciones educativas, la violencia sexual contra mujeres detenidas o presas. Considera que la violencia de género “abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos”: a) la violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violación por el marido, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación; b) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y las intimidaciones en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada; c) la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” (Naciones Unidas, 1994, en Rico, 1996).

d) Integrar de un modo efectivo la perspectiva de género en las estadísticas (Ruiz-Cantero, Carrasco y Artácoz, 2011), tal y como establece al artículo 20 de la ley Orgánica para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres de 2007, que institucionaliza en España la aspiración de igualdad entre ambos sexos.

e) Explorar las posibilidades y las limitaciones de incluir a las mujeres menores de 16 años en el ámbito del estudio, que en la actualidad no están contempladas en la muestra, por el posible riesgo de obviar aquellas violencias que se dan en el contexto del noviazgo (dating violence) y que pueden ocurrir antes de esa edad. Diferentes estudios incorporan en su muestra mujeres menores de 16 años (Pastor, Pascual, Muñoz y Bravo, 2020; Marcos, Gancedo, Castro y Selaya, 2020; Muñoz, 2017). A este respecto, sin embargo, la macroencuesta sí señala que algunas de las violencias recogidas son experimentadas por algunas mujeres antes de los 15 años.

No obstante, en contrapartida, merecen ser destacados algunos aspectos muy positivos de la macroencuesta, como el del valor añadido que supone la incorporación de la pregunta respecto de las consecuencias de la victimización asociadas al consumo de medicamentos y alcohol, es decir, de las sustancias legales, y la de otras sustancias ilegales. También resulta muy apropiada y relevante la recogida de datos en torno a la realidad de las mujeres extranjeras, de las que sufren algún tipo de discapacidad, acreditada o no y de las mujeres del ámbito rural.

Sí parece haber margen de mejora en lo que se refiere a la recogida de datos sobre la victimización de mujeres drogodependientes o de las que padecen adicciones sin sustancia, ya que, como se ha señalado y se verá a continuación, se trata de una población en la que la VG concurre en proporciones elevadas.

Y es que es indispensable impulsar la investigación sobre las violencias de género en áreas poco exploradas hasta ahora, como entre las mujeres drogodependientes, entre otras, pues en todas esas áreas también se requieren políticas y programas de intervención eficaces. Las evidentes limitaciones en la investigación sobre la vinculación drogas, mujeres y violencia realizadas desde perspectiva de género provocan un enorme desconocimiento sobre este tema, lo que merma, sin duda, la eficacia del tratamiento para estas mujeres (Benoit, 2016).

5.1.2. Apuntes sobre la adicción diferencial en las mujeres y su relación con la Violencia de Género

Como se ha señalado en la introducción, no es necesario incluir una definición de adicción, en la medida en que parece evidente el consenso al respecto. Sin embargo, si resulta relevante hacer

mención al análisis de las valoraciones sociales diferenciales que se obtienen en función del género de quien protagoniza la adicción.

En general, toda persona con un trastorno por consumo de sustancias es enjuiciada por la sociedad, pero cuando las que lo padecen son mujeres, el deterioro social que se les adjudica es mayor, tanto desde lo social como por parte de las personas que las tratan en instituciones, organismos, dispositivos asistenciales, etc. (Moya, Duato y Cañete, 2006).

Puesto que consideramos que el tema de los sesgos y prejuicios profesionales de quienes contactan con estas mujeres entraña suficiente entidad, le adjudicaremos un análisis más extenso en un apartado posterior. En este punto, nuestra intención es explicar algunas cuestiones que caracterizan y diferencian a las mujeres adictas de otras mujeres en cuanto a la experimentación de violencia de género, para presentar inmediatamente después las cifras halladas en torno a esa realidad.

Por iniciativa del Grupo Pompidou, y como parte de sus actividades encaminadas a introducir la dimensión de género en las políticas de drogas, en abril de 2015 se realizó un primer estudio exploratorio sobre “Violencia de género y consumo de sustancias entre las mujeres en Europa y en la región mediterránea” (Benoit y Jauffret-Roustide, 2016). Una de las actividades iniciales de esa investigación consistió en realizar una revisión de la literatura sobre el tema, violencia y consumo de sustancias psicoactivas, hallando 63 artículos publicados en 12 países, a partir de los cuales las autoras confirman una dimensión de género en el fenómeno de la violencia y también establecen un vínculo positivo entre el uso de sustancias psicoactivas y la violencia experimentada, a partir de estos hallazgos principales:

- una mayor prevalencia de violencia entre las mujeres usuarias de drogas que entre las mujeres de la población general
- una mayor prevalencia de violencia entre las mujeres usuarias de drogas que entre los hombres con TCS
- mayor uso de sustancias psicoactivas entre las personas que han experimentado violencia en su vida que entre las que no la han vivido
- detección de violencia más generalizada y sistemática experimentada por las mujeres, particularmente entre ciertos grupos vulnerables (como prostitutas o mujeres embarazadas)

En cuanto a las razones que explicarían esa mayor prevalencia de victimización de las mujeres consumidoras, son varios los argumentos

- El propio sistema sexo-género (Rubin, 1975), que permite afirmar que las mujeres adictas son más penalizadas que los hombres ante el mismo comportamiento, por estar éste en la esfera de lo entendido como masculino, y así incurrir en una doble transgresión y estigma respecto de “sus” mandatos de género: por su ruptura o el incumplimiento de los roles tradicionales de género que tienen asignados y por ser consumidoras de drogas, y en mayor medida si son sustancias ilegales.

No se ve de la misma manera la transgresión de rol realizada por un hombre que la realizada por una mujer. Desde ahí, por esa misma cuestión de género, va a recaer sobre ellas una doble penalización moral y social (Martínez-Redondo, 2009), que a su vez “legítima” en mayor medida el ejercicio de la violencia sobre ellas, por ser más “desviadas en formas socialmente inaceptables” (Etorre, 2015).

En este contexto la violencia opera como castigo por transgredir la subordinación impuesta por el sistema de género. Entre otras, la violencia física y/o sexual son las que declaran ellas mismas experimentar con mayor habitualidad (Testa, Vancile-Tamsten y Livingston, 2004; Folch, Casabona, Majó, Meroño, González et al., 2020).

- El propio contexto de la toxicomanía, que se caracteriza por ser un ambiente de violencia y morbilidad (Stocco, Llopis, De Fazio, Calafat y Mendes, 2000) pone en situación de mayor riesgo a las mujeres. El equipo de investigación que integraron esos autores (Irefrea) encontró en esos espacios una importante representación de mujeres víctimas de violencia sexual ejercida por la pareja (en un ambiente de gran deterioro de la relación) así como las que perpetran personas con las que ellas tienen una escasa relación, frecuentemente otros drogodependientes, el “camello”, etc.

Y es que como se señala en el artículo de Llopis et al, (2005:145) “las experiencias de violencia están presentes a lo largo de la biografía de la adicta”, en una constante espiral de sumisión y agresión a lo largo de toda su vida (Stocco et al. 2000), hasta llegar a normalizar en la adultez esa violencia, así como las experiencias de abuso y explotación vividas en su infancia o adolescencia (un 53% de las mujeres que formaron parte de la muestra de su estudio habían experimentado abusos en su infancia).

Las mujeres adictas víctimas de violencia de género, comparadas con las de la población general, se caracterizan en mayor medida por tener hijas/os, no tener pareja fija (sino una sucesión de parejas de duración limitada que reproducen con habitualidad relaciones de violencia) y por haber experimentado de una forma constante e insidiosa diversas violencias por parte de los diversos hombres de su entorno (Arana y Comas, 2019).

En privado, la mujer con TCS y/o adicta a otras conductas es tachada de mala madre, porque no cuida de sus hijas/os, y/o como una esposa irresponsable, porque no considera las necesidades de su marido. En público es vista como imperdonablemente fuera de control respecto de su situación doméstica o laboral y también como una mujer en la que no se puede confiar (Mendoza, Gómez y Medina-Mora, 1996), además de considerarse que es promiscua o prostituta casi con total seguridad. La mujer que bebe o se droga está más fácilmente identificada con una persona que presenta una cierta deficiencia moral, por lo que cuando es víctima de violencia suele tenderse a minimizar la gravedad de la agresión (Farapi, 2007) o, incluso, su rol de víctima quede cuestionado (Albajes y Aleu, 2005, en Farapi, 2007; Martínez-Redondo, 2009:216-220).

5.2. Cifras en torno a la Violencia de Género en mujeres con problemas de adicción

El maltrato de género entre la población de mujeres adictas adopta tintes más trágicos, si cabe, debido a la especial incidencia y gravedad de estos episodios a lo largo de su ciclo vital (Llopis et al, 2005).

Señalan en el artículo referenciado que la violencia de género es un hecho conocido, pero con grandes zonas de sombra no transitadas por la ciencia ni la intervención, como es la que afecta particularmente a las mujeres con problemas de adicción.

De hecho, existen muy pocos estudios en el Estado español sobre VG en mujeres drogodependientes y resultan bastante menos los que se centran en medir y determinar la incidencia real de la violencia y los abusos en esta población. Esa es igualmente la realidad de la investigación en drogodependencias, por cuanto que, de la misma manera, la propia adicción femenina ha sido menos investigada que la de los hombres (Castillo, Llopis, Rebollida, Fernández y Arengo, 2003).

Además, en las investigaciones existentes la perspectiva de género no parece configurarse como especial foco de atención (Arana y Germán, 2005), ni en el ámbito de la violencia ni en el de las adicciones.

Estas circunstancias van a influir, sin duda, en las respuestas dadas al problema. Sin evidencias, o con muy pocas (falta de literatura, estudios, investigaciones con población clínica, longitudinales, de tipo cualitativo, etc.) y sin contemplar los aspectos diferenciales por razón de género, resulta prácticamente imposible un correcto diseño de los tratamientos y un abordaje eficaz de las necesidades de estas mujeres, entre otras muchas las relativas a las violencias que han experimentado a lo largo de sus vidas (Llopis et al, 2005).

Como se ha señalado, la Macroencuesta aporta ciertos datos respecto del consumo de sustancias (medicamentos, alcohol u otras drogas, por separado, cuando el consumo simultáneo de varias sustancias, entre otras el de medicamentos y alcohol de forma conjunta, resulta una realidad frecuente entre estas mujeres) como consecuencia del padecimiento de los tipos de violencia que recoge ese sondeo (que como también se ha señalado, no incorpora todas las tipologías de violencia de género reconocidas internacionalmente), presentando datos sobre consumos derivados de episodios de violencia que podrían incidir, o no, en el desarrollo de una adicción a posteriori.

En cualquier caso, siendo bien cierto que la encuesta no tiene el objetivo de medir las adicciones ni incluye a las mujeres drogodependientes entre los grupos de especial vulnerabilidad, no aporta información de las adicciones previas a la violencia, que sólo se pueden conocer a través del estudio de muestras clínicas de mujeres con problemas de adicción.

Por ello, y para poder aproximarnos en mayor medida a la realidad de la VG en estas mujeres y completar este informe, resulta necesario revisar otras investigaciones y documentos de ONGs, Organismos Internacionales, personal investigador con formación en perspectiva de género y/o personal investigador de los recursos que intervienen sobre esta realidad (los de VG y TCS, principalmente) que sí trabajan con muestras clínicas, incluyen y analizan otros tipos de violencias, etc., para poder obtener así unos datos más representativos del problema, o al menos más aproximados a este perfil en particular.

Añadimos, además, que la limitación atribuida a la encuesta, sin embargo, no es óbice para reivindicar que, aunque la misma incluyera más tipos de violencias y contemplara como colectivo de especial vulnerabilidad el de las mujeres con problemas de adicción, la epidemiología social, por sí misma, no provee el avance en la comprensión de ningún fenómeno social si no se dispone, además, de estudios con muestras de menor tamaño pero que incluyen un marco teórico que permite interpretar resultados, así como investigaciones realizadas desde otros enfoques, como los etnográficos y cualitativos, que permiten “escuchar” las realidades de las personas estudiadas.

Y es que, como complemento de los datos epidemiológicos meramente descriptivos y de otras fuentes que interpretan desde ese marco teórico los resultados, falta un tercer pilar para llegar a la comprensión más holística de cualquier hecho social: realizar investigaciones que recojan las voces, discursos y relatos de quienes viven las experiencias a investigar. Así, los estudios narrati-

vos en profundidad con mujeres drogodependientes víctimas de violencias permitirían cerrar el círculo en la medida en que sus experiencias subjetivas, unidas a otras fuentes de información, nos hablan de los elementos contextuales y relacionales que vinculan el uso de drogas con la violencia de género (Arana y Comas, 2019) y otro sinfín de circunstancias concomitantes, tal y como recogeremos más adelante.

A pesar de nuestro deseo de presentar datos recientes, en el Estado español existen muy pocos estudios sobre violencia de género en mujeres que usan drogas y/o que presentan una adicción, incluso pese a constatar que la relación entre la victimización y el consumo de drogas en la mujer es una constante, o dicho en otras palabras, que ser mujer y usuaria de drogas son los dos principales factores para encontrarse en situación de vulnerabilidad y/o violencia (Meneses Falcón, 2003).

Sin embargo, trataremos de presentar todos los hallazgos recogidos al respecto, independientemente del año de publicación, siempre que estén realizados con perspectiva de género.

Constatamos, de paso, que cada vez que las autoras de este informe nos hemos acercado a estudiar cualquier cuestión relacionada con las adicciones desde un enfoque de género, hemos podido concluir que lo que aún hoy es objeto estudio y sugerencia de I+D, por justicia, era una demanda hace ya décadas. La revisión bibliográfica corrobora que sucede lo mismo en lo que a la violencia de género se refiere.

Antes de pasar a los datos, también es importante evidenciar, después de proceder a la lectura documental que:

- La violencia contra las mujeres se ceba de una manera proporcionalmente muy significativa sobre las mujeres drogodependientes, siendo su frecuencia de victimización muy superior, infinitamente superior, a juicio de Arana y Comas (2019) a la de otros segmentos sociales.
- La adicción femenina y la violencia de género son elementos asociados en ambos sentidos. Cada uno de ellos incide de forma recíproca en el otro: el consumo de sustancias aumenta el riesgo de experimentar violencia, de la misma manera que la violencia aumenta el riesgo de adicción como estrategia de afrontamiento de esas experiencias (Simonelli, Pasquali, y De Palo, 2014). Lo previsible y comprensible es que la adicción y las violencias de género se retroalimenten fácilmente como dinámicas y sistemas de relaciones en la vida de las mujeres (Martínez-Redondo, 2010).

Sin embargo, queda lejos de nuestra intención hablar de causalidad. Se trata de una asociación espúrea. La violencia y la adicción pueden funcionar como factores antecedentes o consecuentes, pero en ningún caso la adicción es el origen de la violencia. La violencia es producto de unas relaciones de poder determinadas.

Aunque es posible que haya quedado manifestado en otros momentos del escrito, no nos cansaremos de repetir que la sobreexposición que enfrentan estas mujeres a situaciones de violencia suele ser vista, demasiado a menudo, como parte de las patologías que envuelven el uso problemático de drogas, obviando que es el sistema de género el que establece unas condiciones que aumentan su probabilidad de vivir violencias (Martínez-Redondo, 2009).

- La literatura más abundante respecto de la VG se centra en mayor medida en la adicción desarrollada a partir de la experimentación de violencias, es decir, la que es consecuencia de

esas experiencias, y no estudia tanto la que sobreviene o sigue manteniéndose²² después de la adicción.

- La violencia de género sobre mujeres con TCS sobre la que existe más bibliografía es la referida a la que ejerce la pareja/s o exparejas, es decir, la/s persona/s con las que estas mujeres han mantenido o mantienen un vínculo afectivo. Las mujeres en tratamiento por adicción son víctimas de violencias ejercidas por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población de mujeres en general (Llopis et al., 2005). Pero no hay que olvidar que en los contextos de uso/abuso de drogas, además de los varones drogodependientes que son pareja de las mujeres, también hay otros hombres conocidos, los clientes si hay comercio sexual, los traficantes, etc., que se visibilizan como agresores.
- Los tipos de violencia de género más habituales que experimentan las mujeres con problemas de adicción, a tenor de la literatura, son los de carácter físico y sexual.
- Aunque a continuación se presente la información de forma desglosada por categorías de análisis para facilitar la lectura, el análisis en profundidad de la realidad de las mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género de manera continuada, muestra que las problemáticas objeto de estudio, VG y adicción, no suelen asociarse en una relación de a dos, sino que lo habitual es que concurren en esa dupla con otro sinfín de circunstancias igualmente graves y dramáticas (Foley, 2010). Un obstáculo para el cese del uso de drogas y un factor que contribuye a las recaídas que se debe asumir entre profesionales que trabajan con mujeres usuarias que están experimentando o han experimentado violencia es que se enfrentan a personas que presentan múltiples problemas (Benoit et al., 2016). Algo que también han de saber las y los profesionales de la Red de Violencia si en algún momento se plantean trabajar con mujeres con TCS.

Algunos subgrupos de mujeres que consumen drogas tienen necesidades particulares, sobre todo las mujeres que han experimentado o están experimentando violencias, abusos, traumas, mujeres con comorbilidad, mujeres embarazadas y/o con hijos, mujeres pertenecientes a minorías étnicas, involucradas en el comercio sexual y / o en prisión. A menudo todas estas circunstancias se superponen entre estos grupos vulnerables y las mujeres que se encuentran dentro de estas múltiples categorías presentan mayores necesidades y mayores dificultades para ser atendidas.

En el caso que nos atañe, todos esos otros ejes de opresión actúan como elementos activos y multiplicadores (porque no se trataría de la mera suma de opresiones, sino del resultado diferente de la imbricación de unas circunstancias con otras) de desempoderamiento que aumentan su nivel de vulnerabilidad y de riesgo de revictimización, de recaída, de consumo y/o mantenimiento de otras conductas adictivas.

La tesis doctoral de Hansen (2020) evidencia la necesidad de que los diversos abordajes terapéuticos en la red asistencial tengan en cuenta todos los ejes de vulnerabilidad que afectan a las mujeres que están en tratamiento por sus problemas de adicción. En ese sentido, confirma que existe una correlación positiva entre mayores indicadores de trabajo desde perspectiva de género y mayor éxito terapéutico. Los indicadores que adquieren una mayor relevancia son los relativos a la capacitación de los equipos terapéuticos y la supervisión de dichos equipos respecto de la aplicación de ese enfoque de género.

22 Pues como se reflejará, es frecuente que las violencias se comiencen a experimentar a edades tempranas

Como se ha anticipado, para estructurar la información y los datos existentes se va a optar por establecer ciertas categorías, que, repetimos, no son estancas sino superpuestas:

5.2.1. Abuso Sexual Infantil (ASI) y Adicción

La primera premisa de la que se parte es la de que las niñas, comparadas con los niños, presentan alrededor del doble de riesgo de experimentar abuso sexual en la infancia (Lira, s.f.). Estudios actuales revelan que la tasa de Abuso Sexual Infantil (ASI a partir de ahora) entre mujeres drogodependientes es de 7 féminas abusadas por cada 3 varones drogodependientes victimizados (Fernández-Montalvo, López-Goñi, y Arteaga, 2015).

Otra cuestión relevante que surge al revisar la literatura referida al objeto de estudio es, como se ha señalado, que la mayoría de evidencias hacen referencia a la adicción a partir de la experimentación de abusos y violencias vividas en la infancia y juventud. De hecho, los primeros datos reflejados en este informe que apuntan a esa dirección son los de la Macroencuesta de Violencia contra la mujer (2019), donde se analiza el uso de drogas como consecuencia de la victimización. El primer consumo coincide con algún tipo de violencia (Lozano-Verduzco, Romero y Marín-Navarrete, 2016, en Franco-Jaén, Rodríguez-González y del Río, 2020).

En 36 estudios científicos sobre ASI y adicciones, realizados entre 2014 y 2018, se confirmó la asociación entre Abuso Sexual Infantil y desarrollo de problemas adictivos con o sin sustancia (adicción a internet, conductas sexuales de riesgo y problemas mentales), en un 80,5% de los casos. El desarrollo de adicciones tras esos episodios es más probable entre las mujeres que entre los varones abusados (Franco-Jaén, Rodríguez y Del Río, 2020). De hecho, una de cada cinco mujeres que ha sufrido ASI también ha sufrido más eventos estresantes y traumáticos posteriormente; situaciones que ha afrontado generando un abuso severo de alcohol en la adultez (Sartor y O'Malley, 2016 en Franco-Jaén et al., 2020).

Leonore Walker (1979), artífice de la teoría sobre el ciclo de la violencia de género, ya contempló en su momento y como posible secuela a largo plazo de la experimentación constante y permanente de violencia de género el desarrollo de adicciones. Esta autora también sostuvo que las víctimas que logran salir del contexto de violencia tienden a reducir su consumo, incluso sin ayuda profesional.

Hace décadas también, Hurley (1991) confirmaba que era muy frecuente la relación entre el desarrollo de una adicción en la mujer y la experimentación de sucesos traumáticos vitales relacionados con experiencias previas de abusos y violencias, principalmente de tipo sexual, como la violación o el incesto.

El estudio de Blume (1996) realizado a nivel internacional, uno de los más amplios estudios con mujeres con problemas de adicción, confirmó a través de su muestra que el ASI era tres veces superior entre esas mujeres que entre mujeres sin TCS.

Uno de los primeros estudios relevantes sobre este fenómeno, por cuanto que se trata de un meta-análisis que utiliza metodologías cuantitativas y cualitativas, fue el desarrollado entre 1998 a 2004 por el equipo de Llopis et al. (2005) en seis países europeos (Alemania, Austria, España, Italia, Francia y Portugal) cuando trabajaron como equipo de investigación en el grupo Irefrea. A partir de recabar datos y desarrollar este estudio longitudinal llegaron a poder afirmar que las mujeres víctimas de violencia de género tienen mayor riesgo de sufrir problemas graves de salud

física, así como graves psicopatologías, siendo una de las consecuencias, entre otras, el desarrollo de la adicción a drogas como forma de afrontar ese evento estresante.

En ese mismo artículo se señala que se trata de una realidad que se replica también en otros contextos, tal y como lo ratifican otros estudios de autoría europea y americana (Blume, 1996; Frye et al, 2001; El-Bassel et al 2003,). En nuestro contexto y en esos otros se cuantifican proporciones similares de ASI. Entre un 50-80% de las mujeres en tratamiento declaran haber sido víctimas de abuso sexual en la infancia.

Otras estimaciones de prevalencia más actuales ratifican igualmente que hasta un 80% de las mujeres en tratamiento por abuso de sustancias informan de una vida de continuas violencias de carácter sexual y/o físico que comenzaron en la infancia (Cohen, Field, Campbell y Hien, 2013).

La estimación más actual en nuestro contexto geográfico es la que aporta Hansen (2020), cuando estima que el 96% de una muestra de 50 mujeres en tratamiento en cuatro Comunidades Terapéuticas de la Red de Atención Pública a las adicciones de Cataluña reconocieron haber experimentado violencia física, sexual, psicológica y económica en el ámbito de la pareja.

En definitiva, todos los estudios realizados hasta el momento en España, Europa y Estados Unidos con muestras de mujeres drogodependientes confirman que éstas, comparadas con mujeres sin problemas de adicción, han estado expuestas con mayor frecuencia a violencia de tipo físico y sexual en etapas evolutivas infantiles y/o juveniles y por períodos prolongados (Llopis, 2002).

El equipo de Kendler et al., (2000) llevó adelante uno de los estudios más interesantes financiados por el NIDA (National Institute on Drug Abuse) fuera de nuestro contexto y en él se analizó la relación entre el abuso sexual en la infancia y el desarrollo posterior de abuso de drogas y otras patologías. Las autoras mostraron que aquellas niñas que habían sufrido penetración tenían 5.9 veces más probabilidades de desarrollar adicción al alcohol y/u otras drogas. Así mismo, entre las niñas que habían sufrido cualquier tipo de abuso sexual la probabilidad de desarrollar un TCS se multiplicaba por 3.9.

Estas conclusiones se extrajeron de una muestra de mujeres de la población general; no provenían de mujeres drogodependientes. Con todo, las autoras afirmaron que cuando se procedía a analizar muestras clínicas, también se confirmaban proporciones elevadas de abuso sexual durante la infancia, la mayor parte de las veces ejercido por el entorno familiar inmediato a la niña, toda vez que esos episodios traumáticos eran más habituales cuando las menores ocupaban el rango etario de entre 12-16 años.

Respecto del consumo específico de cocaína, Nieto (2004) confirma que entre las personas con adicción a esa sustancia (hombres y mujeres), las víctimas de violencia sexual o física en la infancia se constituyen como la población de mayor riesgo para desarrollar un problema de abuso en su etapa adulta. Sin embargo, señala este mismo autor que la violencia de cualquier tipo ejercida en la infancia tiene una especial incidencia entre las mujeres. Entre las mujeres drogodependientes concretamente, esos episodios tempranos condicionan muchas de las peculiaridades de su drogodependencia, siendo habitual que vivan con la percepción de sí mismas como portadoras de un "estigma" que las conduce a la identificación ulterior con grupos marginales.

5.2.2. Violencia física y psicológica

Las mujeres que han sufrido violencia física o psicológica son 15 veces más propensas a presentar alcoholismo y 9 veces más propensas a desarrollar drogodependencia que las mujeres que no han sufrido este tipo de abusos (Altell, 2011).

5.2.3. Violencia, Trastornos de Estrés Postraumático, otras patologías psiquiátricas, autoestima y adicciones

La vivencia de ese tipo de episodios traumáticos en la infancia o violencias similares en la edad adulta suponen un trauma que puede dar lugar a una patología denominada Trastorno de Estrés Postraumático (a partir de ahora TEP o TEPT). En general, sin referirse directamente a las mujeres con TCS, el meta análisis realizado por Dokkedahl, Kok, Murphy et al. (2019) les permite afirmar que entre un 31-84,4% de las mujeres que experimentan violencia de pareja presentan síntomas de TEP, al considerarse que ese tipo de violencia puede caracterizarse como un trauma interersonal.

Centrándonos ya en las mujeres con TCS, uno de los equipos que más ha trabajado con el trauma recurrente entre ellas, es el de Lisa Najavits, que afirma junto con otras investigadoras que la exposición a eventos traumáticos es muy frecuente en mujeres con problemas de abuso de sustancias, aunque no todas desarrollan un síndrome de estrés postraumático. Las que sí lo desarrollan debido a agresiones físicas y sexuales repetidas durante la niñez son en torno a un 30-60% (Najavits, Weiss, Shaw, y Muenz, 1998).

Najavits, junto con su equipo (Najavits, Rosier, Nolan, y Freeman, 2007) creó, de hecho, el manual *A New Gender Based Model for Women's Recovery*, en el que se trabaja especialmente sobre las experiencias de trauma y violencia que tan influyentes resultan en el inicio del consumo y la recuperación de las mujeres drogodependientes. Las autoras señalan que estas vivencias muestran una correlación significativa con tasas más altas de hospitalizaciones y recaídas entre las mujeres, pero cuando se abordan los traumas y violencias en el tratamiento, también se hallan correlaciones con mayores tasas de éxito en el proceso de recuperación.

Además, a juicio de Vélez y Jansson (2010) estas mujeres adictas con TEPT presentan más problemas médicos, más problemas interpersonales, usan drogas más fuertes y son más resistentes al tratamiento de la adicción que las pacientes adictas sin este trastorno. Las primeras también suelen presentar mayores tasas de hospitalización y recaídas en el consumo de drogas (Drake, Essock, Shaner, Carey, Minkoff et al., 2001).

Entre los varones, los traumas que derivan en el diagnóstico de TEPT proceden principalmente de traumas de guerra y de victimizaciones criminales ejercidas por otros varones (Najavits et al., 1998).

Llopis et al. (2005) pudieron confirmar que la victimización sexual era el factor más determinante para el desarrollo del TEPT entre las mujeres adictas y que el porcentaje de mujeres con TEPT es mayor entre adictas que entre mujeres no adictas (Llopis, 1997, en Llopis et al., 2005).

La ausencia de intervención terapéutica sobre los traumas que jalonan la vida de las mujeres con problemas de adicción que asisten a los recursos de tratamiento provoca que persistan en un manejo inadecuado del estrés, lo que a su vez aumenta las probabilidades de recaída (Vélez et al., 2010, UNODOC, 2016). Cuando los traumas se acumulan en el tiempo y no se interviene sobre ellos pueden generar reacciones psicológicas más graves y complejas y constituirse como fac-

tores de riesgo para la revictimización en un futuro, así como para responder con síntomas más extremos a traumas posteriores (Herman, 1992). Las mujeres con TEPT requieren intervenciones realizadas en entornos y condiciones física y emocionalmente seguras (Brentari et al., 2011, en Simonelli et al, 2014).

Lo cierto es que falta un consenso unívoco sobre el mejor enfoque de tratamiento para el TEPT concurrente con el TCS. Sin embargo, la acumulación de datos confirma la eficacia de las intervenciones integradas que abordan ambas afecciones simultáneamente (disminuciones significativas antes y después, tanto de los síntomas de TEPT como del uso de sustancias). Abordar los síntomas relacionados con el trauma en las primeras etapas del tratamiento puede brindar la oportunidad de aumentar la probabilidad de la recuperación del TCS, ya que muchas mujeres informan que consumen alcohol u otras drogas en respuesta a los síntomas del TEPT (Greenfield, Back, Lawson, y Brady 2010).

El informe de Benoit et al (2016), que recoge testimonios de profesionales de atención a TCS y/o a VG en mujeres, señala precisamente que la cuestión de la presencia de traumas o diagnósticos de TEPT en mujeres usuarias de sustancias psicoactivas en tratamiento surgió en todos los grupos focales en los que participaron esas/os profesionales, y tanto en los grupos desarrollados en Italia, España, Francia y Portugal. Quienes manifestaron la necesidad de atender a esta problemática sí reflejaron, sin embargo, que el trabajo sobre los traumas no está incluido en la agenda de intervenciones de los recursos y que para acometer ese trabajo en el espacio terapéutico se requería una capacitación específica. Detectaban que no existían muchas/os profesionales en este ámbito de trabajo (adicciones y VG) que fueran especialistas en la intervención sobre el fenómeno.

De la misma manera que se ha abordado la prevalencia del TEPT entre las mujeres con problemas de adicción, es necesario reflejar otro problema habitual en ellas, el de la Patología Dual. La mitad de las mujeres drogodependientes (50%) tiene otros problemas mentales o psicopatologías asociadas (EMCDDA, 2015, en Arpa, 2017).

La victimización por VG está fuertemente asociada a problemas de salud mental, sobre todo depresión y TEPT, en mayor medida que las mujeres drogodependientes que no han experimentado VG (Tirado-Muñoz, Gilchrist, Lligoña, Gilbert y Torrens, 2015).

En diversos estudios se ha demostrado una asociación estadísticamente significativa entre dependencia a sustancias y enfermedad mental (Arana y Germán, 2005). El autor y la autora declaran que siendo cierto que a las personas usuarias de drogas, tanto hombres como mujeres, por la marginación y exclusión social que padecen, les son negados derechos individuales y sociales reconocidos para todas las personas, a las mujeres drogodependientes, por cuestión de género, esta realidad les afecta en mayor medida, siendo una población de especial vulnerabilidad en una verdadera situación de indefensión, sobre todo cuando a su adicción se suman otros problemas muy frecuentes como la patología psiquiátrica.

Opina Stocco (2001) que, al hecho de no haberle prestado atención al estudio de las mujeres drogodependientes y no haberlo hecho desde una perspectiva de género, se añade la ausencia de estudios con dicho enfoque respecto de sus problemas psicopatológicos de incidencia más que habitual, tales como fobias, depresión, ansiedad conflictos interpersonales, conductas auto-destructivas, conductas suicidas, baja autoestima o revictimización, mientras que Underwood, Kupersmidt y Coie (1996), añaden la importancia de incidir sobre las conductas de autosabotaje que ejercen contra su propia recuperación o sobre las dificultades que manifiestan a la hora de desarrollar conductas de autocuidado. Gran parte de ellas, además, y por toda esta miríada de

problemas reciben medicación para afrontarlos (UNODC, 2016), con los subsiguientes riesgos de interacción con el uso de otras sustancias o los que pueden generar los propios psicofármacos cuando no se ejerce una adecuada supervisión y seguimiento del tratamiento. Opina Sweet (2015) que atendiendo a las relaciones de poder que reflejan las violencias, cuyo origen es social, se requiere una mirada crítica en torno a los procesos de medicalización sistemática de las víctimas; un hecho que transforma y reduce esas violencias a un problema de salud de índole individual. Y es que los “problemas de las mujeres” han sido siempre particularmente susceptibles de ser objeto de vigilancia médica por la tradicional esencialización de las mujeres y sus cuerpos (Riska, 2010, en Sweet, 2015).

A juicio de (Romans, Cohen, Forte et al, 2008) ya existen datos que apoyan la idea de que la violencia de pareja puede explicar al menos parte del mayor uso de medicamentos psicotrópicos por parte de las mujeres. De hecho, en el informe del Grupo Pompidou (Benoit y Jauffret-Roustide (2016) se informa de que un gran porcentaje de mujeres que son víctimas de violencia desarrollan una conducta de abuso de psicofármacos.

Y es que, tal y como recoge Hansen (2020), las consecuencias más habituales derivadas de la violencia de género ejercida por la pareja, y que a su vez correlacionan con la problemática de drogodependencia, son: la disminución de la autoestima, el sentimiento de degradación, ansiedad constante, estado de alarma permanente, depresión, deterioro de la salud física y mental y pérdida de la identidad y del bienestar subjetivo.

Cuando no se desea verbalizar el maltrato, estos síntomas pueden pasar inadvertidos en la consulta y “camuflarse” sin demasiados problemas como cuadros de ansiedad y/ depresión. La demandante solicita atención farmacológica para mantenerse en la relación y soportar esa vida. Por su parte, la falta de formación aumenta la probabilidad de que, efectivamente, no haya una sospecha por parte de las y los profesionales porque, al final, sólo se diagnostica lo que se busca, o lo una/o es capaz de buscar (Benoit et al, 2016).

El Abuso Sexual en la Infancia, como se ha relatado, constituye una realidad extendida entre las mujeres con TSC. Resulta un hecho traumático que deviene entre muchas de ellas en un diagnóstico de Trastorno de Estrés Post Traumático y/o problemas psiquiátricos de otra índole, pero pocas veces se relacionan estos hechos con un problema de autoestima que, como veremos va a resultar relevante en el proceso de tratamiento. La autoestima en los tratamientos suele ser un tema a abordar, pero no siempre desde el análisis de algunos eventos vitales que han sido decisivos a la hora de minarla. Así lo consideran Benoit et al (2016), cuando reflejan el importante número de mujeres en tratamiento que presentan una baja autoestima y un sentimiento de vergüenza especialmente llamativo entre aquellas que admiten haber experimentado ASI. Las autoras consideran que esos sentimientos son uno de los mayores obstáculos a superar. La ausencia de trabajo sobre el trauma, siendo la de la autoestima una de las dimensiones afectadas, aumenta la probabilidad de revictimización, precisamente por ese concepto tan devaluado que estas mujeres tienen de sí mismas. A su vez, las y los profesionales que participan en el mencionado estudio ratifican que esa falta de autoestima las lleva a vincularse una y otra vez con hombres violentos en una especie de espiral que, como relata un profesional psicólogo del grupo italiano, las lleva a “provocar y revivir el trauma, a repetir estas situaciones casi como si fueran algo necesario. Prácticamente piden ser víctimas” (Benoit, 2016:34). Otro participante, sobre el mismo tema, afirma que “cuanto antes se exponen al trauma, menor es su autoestima y la imagen de su cuerpo posteriormente. Entonces se verán a sí mismas en términos negativos hasta el punto de cometer actos contra ellas mismas” (Ibid:34). Hansen (2020) en su tesis doctoral también encuentra correlaciones positivas entre la historia de maltrato infantil y autoestima.

Para trabajar el trauma o el TSPT es necesario, como ya se ha señalado, disponer de una capacitación rigurosa, porque la toma de conciencia y la aceptación por parte de estas mujeres de lo que se ha soportado durante tantos años resulta muy difícil de procesar. Aparece un fenómeno de negación de la violencia. Manifiestan Benoit et al (2016), que algunas mujeres son incapaces de aceptarlo. Y explica Martínez-Redondo (2009) que ni siquiera tienen los marcos de interpretación necesarios (antes de un trabajo desde perspectiva de género) que posibiliten entender que no merecen la violencia que sufren, que eso no debería estar sucediendo. Entre las que trabajan estas cuestiones en terapia son recurrentes los sentimientos de culpa por haber “consentido” durante años la situación de violencia, por el juicio de la sociedad en torno a las mujeres que permanecen en relaciones de violencia, por la imagen que se ofrecen de sí a sí mismas, etc. Son momentos en los que, en ocasiones, se desea volver al consumo para evadirse del malestar que genera este cuestionamiento. Este tipo de situación requiere un apoyo muy específico.

Otra de las cuestiones relacionadas con la psicopatología que se recoge en el informe del Grupo Pompidou (2016) y que deben ser tenidas en cuenta son las denominadas dependencias afectivas; una nomenclatura sobre la que existe cierta controversia. Para muchas feministas se han patologizado cuestiones derivadas de un tipo de socialización tradicional de las mujeres. Tal y como recogen Arostegui y Martínez-Redondo (2018), surgen así diversas “patologías femeninas” como la bidependencia, la codependencia en el ámbito de las adicciones, o la que añade Ruiz Repulló (2014) de adicción al amor, que cuando se carece del enfoque de género no permiten entender que son producto del proceso de socialización femenina tradicional, que ubica en el eje central de la identidad de las mujeres el vínculo, el apego, el amor, las relaciones y el ser-para los demás (buenas madres, buenas esposas, buenas hijas). Son elementos relacionados con la construcción de género que se obvian y que se interpretan en términos de enfermedad y son, por ello, susceptibles de medicalización. No significa que queramos negar que este ser-para otros, llevado a términos extremos no constituya una patología real, que lo es, sino que, con demasiada frecuencia se patologizan conductas que no llegan a tales extremos.

Cuando se objetiva esa psicopatología afectiva, lo cierto es que tampoco los recursos cuentan excesivo personal formado para trabajarla en los recursos, siendo más cierto que la ausencia de ese abordaje eleva la probabilidad de que las mujeres recaigan en el vínculo con sus agresores o se vinculen con hombres de similar perfil y que, a su vez, recaigan en el consumo. Para algunas mujeres, es muy difícil distanciarse de una relación en la que se inflige violencia (Benoit et al, 2016).

Hay situaciones en las que se evidencia que la adicción y la dependencia emocional y material están íntimamente relacionadas. Un testimonio ofrecido por una psicóloga de un recuso en Francia lo expresa de forma muy cruda y clara: “La dominación emocional puede llegar a extremos. Algunas mujeres corren tantos riesgos que te dices a ti misma que van a terminar siendo asesinadas por su pareja” (Ibid:2016: 32).

Cuando, además, la autonomía económica no se garantiza después del tratamiento, algunas de estas mujeres, también dependientes de lo material respecto de ellos, puede ser más proclives a volver con ellos.

5.2.4. Prevalencia vital de la violencia (durante la adicción y en etapas previas)

El artículo más reciente respecto del tema objeto de estudio es el de Folch, Casabona, Majó, Meño, González et al., (2020). De él se puede extraer mucha información relevante, ya que desarrollaron una investigación transversal en recursos de reducción de daños, obteniendo una mues-

tra de 120 mujeres usuarias de drogas por vía parenteral. Los primeros resultados muestran que la prevalencia de agresiones sobre ellas en los últimos 12 meses fue del 45,8% (el 42,2% fueron agresiones físicas y el 11,9% sexuales; un 8,3% declaró haber sufrido ambos tipos de violencias).

Entre las que afirmaron haber sufrido algún tipo de agresión física en el último año (51 mujeres), un 37,3% confirmó que el episodio ocurrió en una sola ocasión, 23,5% en dos y el resto fue victimizada en tres o más ocasiones (39,2%). En el caso de las 15 mujeres que habían sufrido agresiones sexuales, el 66,7% afirmó que fue en una sola ocasión, el 20% en dos ocasiones y un 13,4% la padeció en tres o más ocasiones.

En cuanto a la persona que ejerció las violencias, el protagonista principal fue, sin duda, la pareja, seguida por amigos y/o conocidos. Uno de estos factores descrito en la literatura de forma recurrente es la violencia física y/o sexual que estas mujeres experimentan, principalmente de sus parejas sexuales, lo que puede reducir su capacidad de proteger su propia salud negociando prácticas sexuales y de inyección más seguras (Azim, Bontell y Strathdee, 2015, en Folch et al., 2020).

Entre las mujeres usuarias de drogas por vía inyectada víctimas de violencia física o sexual:

- fue mayor la prevalencia de las que admitieron haber mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero. Esa situación hizo a su vez que un 29,1% de ellas fueran de nuevo victimizadas.
- entre ellas la prevalencia de infecciones de transmisión sexual fue del 49,1% y de VIH+ del 45,6%.
- el 69,1% admitió haber estado en algún momento de su vida en la cárcel, presa.
- el 70% no usaba preservativo en la mayoría de ocasiones.

Por su parte, las variables que correlacionaron estadísticamente de forma positiva con la presencia de violencia fueron: carecer de domicilio fijo, ejercer la prostitución, haber sufrido alguna infección de transmisión sexual y/o inyectarse drogas, pero no a diario.

Otros estudios previos encuentran tasas de victimización por VG física y sexual mayores entre las mujeres con un trastorno por uso de sustancias, oscilando entre un 40-70% entre las mujeres en tratamiento por este trastorno, toda vez que la VG conlleva aumentar o mantener la adicción (Tirado-Muñoz et al., 2015).

Este equipo de investigación confirma lo señalado en estudios como el de 2020 (Folsch et al.) cuando señala que las mujeres drogodependientes que sufren VG pueden participar en relaciones sexuales y prácticas de inyección no seguras, potencialmente debido a la influencia negativa del agresor, lo cual puede exponerlas a mayor riesgo de virus transmitidos por sangre, infecciones sexuales y embarazos no deseados.

Por su parte, el grupo Irefrea (Llopis et al., 2005), en una muestra europea de mujeres con TUS/TCS, el 69% refirió haber recibido malos tratos físicos y el 66% malos tratos psíquicos, ocurriendo esa victimización física y psicológica no sólo en la adolescencia, sino y, sobre todo, una vez instaurada la adicción. El grupo interpreta que la mayor parte de las mujeres victimizadas se resigna a “dejarse maltratar” por su pareja en una relación de dominación/sumisión establecida sobre un rol habitualmente iniciado en la infancia.

Los pocos estudios que se aventuran a lanzar cifras calculan que más del 60% de las mujeres drogodependientes (a veces incluso hasta el 80 o 90% de la muestra clínica) ha sufrido violencia sexual por parte de los hombres durante su período de consumo, así como abusos sexuales durante su infancia y adolescencia (Llopis et al., 2000, 2002). A nivel internacional Kendler (2000)

encontró que hasta el 74% por ciento de las mujeres en tratamiento por abuso de sustancias habían experimentado abuso sexual a lo largo de su vida.

La OMS (2013) estima que entre las mujeres drogodependientes la prevalencia de violencia de género por parte de sus parejas es entre 2 y 5 veces mayor que la que se encuentra entre mujeres de la población general.

Como se ha dicho anteriormente, algunos de los contextos que frecuentan las mujeres drogodependientes, sobre todo cuando se trata de drogas ilegales, son por sí mismos espacios públicos de violencia. En estos contextos las mujeres tienen más probabilidades de ser atacadas por conocidos, parejas y clientes del comercio sexual (Fairbairn, Wood y Kerr, 2008) por cuestiones estructurales vinculadas al lugar que ocupan las mujeres en las dinámicas de la calle de compra-venta-uso de drogas (Ospina, 2020).

En esta misma línea Epele (2002) sugiere que la desigualdad de género promueve, directa o indirectamente, la vulnerabilidad al VIH como consecuencia de la violencia multidimensional (estructural, simbólica y física) que sufren las mujeres usuarias de drogas inyectables en los contextos de uso y abuso de drogas.

Dada la posición de subordinación femenina estipulada por la ideología de la calle, sus estrategias precarias de subsistencia en ese espacio las coloca bajo múltiples peligros y amenazas.

“En este contexto, las relaciones desiguales de género son parte de un complejo sistema de transacciones en la economía callejera y una forma de reducir o aumentar la violencia cotidiana. Frente a múltiples peligros y riesgos, algunas mujeres adoptan una posición subordinada, algunas intentan negociar las condiciones de los intercambios y otras resisten la explotación. Finalmente, la violencia cotidiana en condiciones de desigualdad de género y escasez de recursos impone una lógica definida por el desafío de la supervivencia bajo la amenaza de peligros inmediatos, que transforman al VIH en un riesgo secundario” (Ibid:33).

Como conclusión cabe añadir que el equipo de Fernández-Montalvo et al. (2015) halló que el abuso físico y el abuso sexual sobre las mujeres se relaciona con niveles más altos de gravedad de la adicción y que, en cuanto a la progresión terapéutica, la mayor tasa de abandono en los recursos asistenciales lo protagonizan, en mayor medida, las mujeres víctimas de abuso sexual.

5.2.5. Prostitución²³, violencia y adicciones

Las mujeres procuran no delinquir y muchas prefieren optar por la prostitución para financiar su consumo. Habitadas a una alta prevalencia vital de violencias iniciadas en la infancia pero que se perpetúan a lo largo de su vida, una vez desarrollada la adicción “las barreras frente a la posibilidad de ejercer la prostitución se van diluyendo” (Sfoph, 2003, el Llopi et al, 2005:145).

23 Respecto de esta actividad/realidad existen dos paradigmas: uno es el que considera que la explotación, la denigración y la violencia contra las mujeres son inherentes al comercio sexual y por tanto habría que abolir dicha práctica, y otro el que plantea que tal actividad tiene un rango de formas variadas de desempeño que deberían regularse, así como reconocerse los derechos laborales de quienes se dedican a ella (Lamas, 2014:55). Bajo ambos términos (prostitución/trabajo sexual) persiste un debate profundo y encontrado en el propio seno del feminismo entre ambas posturas, que va más allá de los objetivos de este estudio. En este sentido, dejando al margen la postura de las autoras, se ha decidido adoptar el término prostitución por ser el que se emplea desde el Ministerio de Igualdad, aceptando igualmente que esa decisión incide de pleno en un debate muy profundo que, repetimos, va más allá de la pura terminología.

En el contexto del ejercicio de la prostitución las sustancias psicoactivas también son un medio para aguantar la situación. Es interesante hacer constar que, según las y los profesionales que participaron en la investigación de Benoit et al, (2016) para algunas de estas mujeres el consumo de sustancias en este contexto responde a ese fin específico durante el tiempo en que ejercen la prostitución, dado que algunas de ellas abandonan las drogas cuando dejan la situación de prostitución.

En cualquier caso, y mientras están en esa situación, el riesgo de padecer diversos tipos de violencias aumenta de forma notable. Un estudio americano de Surratt Inciardi Kurtz, y Kiley (2004), casi la mitad de las mujeres drogodependientes en situación de prostitución reportaron abuso físico (44,9%) y/o sexual (50,5%) cuando eran niñas, y más del 40% experimentó violencia por parte de los hombres clientes el año anterior: el 24,9% fue golpeada, el 12,9% violada y el 13,8% amenazada con armas. Las relaciones consistentes entre la victimización histórica y actual sugieren que las mujeres en situación de prostitución experimentan un ciclo continuo de violencia a lo largo de sus vidas.

Tal y como lo plantea Martínez-Redondo (2009:49), la mayor trasgresión imaginada y concebida socialmente para una mujer es la de prostituta, estigma identitario por excelencia. Así, el sistema de género limita las posibilidades laborales de las mujeres drogodependientes. El trabajo, en tanto institución social que otorga un determinado valor a la persona en función de la labor que realiza, refuerza la inferioridad moral de estas mujeres, exacerbando su distancia social respecto de las “buenas mujeres”. Por tal motivo, el ejercicio de la prostitución en las condiciones en las que lo realizan puede considerarse una expresión de violencia sexual, pues son esas condiciones las que favorecen que las experiencias de violencia se configuren como inevitables por el hecho de ser mujer-adicta-prostituta.

Por lo dicho, cuando sucede que optan por esta vía para subvencionar su consumo y/o el de su pareja, en la mayoría de los casos, por no decir en todos, el consumo de un varón también drogodependiente, las agresiones físicas y sexuales provienen tanto del entorno inmediato, o sea, de su pareja, como de la calle o los clientes (Garnier-Muller, 2004, en Llopis, 2005); peleas y ajustes de cuentas entre mujeres, agresiones físicas de los clientes y violaciones individuales o colectivas son muy frecuentes en su cotidiano.

En el estudio español de Folch et al (2020) se recoge que aproximadamente el 6% de las mujeres usuarias de drogas por vía inyectada (MUDVI) que declararon haber sufrido violencia física o sexual en su muestra, confirmaron que la misma provino de sus clientes sexuales, mientras que el 10% de las mujeres con el mismo perfil que únicamente habían sufrido violencia física afirmaron haber sido victimizadas por la policía.

Entre las mujeres con adicción a opiáceos que comparten jeringuillas es más probable el ejercicio de la prostitución por la mayor intensidad de consumo y por disponer de menos fuentes de ingreso (Llopis et al., 2005). El entorno en el que tiene lugar la prostitución también es una fuente de exposición a la violencia. En el informe de Benoit et al (2016) se recogen discursos de profesionales que trabajan con mujeres en situación de prostitución que denuncian casos de violación, robo y agresión por parte de clientes, transeúntes y/o la propia policía.

Al mismo tiempo, estas mujeres usan preservativo en menor medida, incluso con sus parejas, o son agredidas físicamente por los clientes para obligarlas a no utilizarlo (Stocco, Llopis et al, 2000), entrando así en una espiral de factores de riesgo que incrementa exponencialmente la

probabilidad de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados/no planificados, abortos, etc. (Llopis, 1997).

En la investigación de Shannon, Kerr, Bright, Gibson y Tyndall (2008), compartir drogas ilícitas con los clientes correlacionó con el aumento de la violencia y los daños sexuales entre las trabajadoras sexuales/mujeres en situación de prostitución. Estos son otros tipos de violencia que normalmente no se tienen en cuenta a pesar de su especial repercusión en las mujeres drogodependientes.

Instancias europeas señalan que se requiere un esfuerzo especial para lograr que estas mujeres accedan a cualquier dispositivo asistencial, del tipo que sea (reducción de daños, de apoyo y/o cuidado de hijas/os, etc.). También se señala en ese informe que suele ser frecuente que desde los propios recursos se les devuelvan respuestas estigmatizadoras, censuradoras y negativas, como las que se les dan a ellas y a otras mujeres adictas que también son madres. Esta actitud profesional negativa se reproduce sobre ellas en mayor medida que sobre otras mujeres drogodependientes sin hijas/os (UNODC, 2016).

5.2.6. VIH, Hepatitis y otras Infecciones de Transmisión Sexual, drogas y violencias

Las mujeres con problemas de adicción a las drogas, y en particular las mujeres que usan drogas por vía inyectada presentan una mayor prevalencia de estos problemas, comparados con los hombres usuarios de drogas por vía parenteral (Arpa, 2017). En el artículo de Folch et al., 2020, se señala que, en los últimos años se ha puesto de manifiesto la interacción sinérgica que aparece al combinar abuso de sustancias, violencia de género y la infección por VIH, a la que se denomina *sindemia* (Gilbert et al., 2015, en Folch et al., 2020).

Y si bien la violencia de género que se ejerce sobre las mujeres, que incluye el abuso sexual infantil, la violencia de pareja, y la agresión sexual, no es un mecanismo directo para la transmisión del VIH, un meta análisis reciente indica que puede causar un incremento del riesgo de VIH de entre 28-52% entre las diferentes poblaciones de mujeres, incluyendo el colectivo de mujeres que usan drogas (Li et al., 2014, en Folch et al., 2020).

Entre las mujeres con adicciones a drogas que habían sido victimizadas sexualmente, la prevalencia de infecciones de transmisión sexual fue del 49,1% y de VIH+ el 45,6% (Folch et al., 2020).

5.2.7. Mujeres migrantes

Como se ha podido observar a través de los datos de la macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2019), es un hecho que las mujeres extranjeras reciben violencia en mayor proporción que las nacionales. También allí se manifestaba que esos episodios podían derivar en consumo de alcohol, medicación o drogas ilegales.

En el estudio de Benoit et al (2016) se señala que las mujeres extranjeras en situación irregular están sobreexpuestas a la violencia debido a su estatus ilegal. Como no pueden correr el riesgo de presentar una denuncia por temor a ser deportadas son objeto de estas conductas en mayor medida.

No se han encontrado referencias científicas al respecto en nuestro contexto. Sí existen muchos estudios entre personal investigador de México sobre mujeres que migran a EEUU y los proble-

mas relacionados con el consumo. En concreto, respecto de las mujeres, se investiga especialmente el delito de trata con fines de explotación sexual. Sin embargo, como decimos, la literatura generada en España se reduce prácticamente a las mediciones de consumo realizadas en centros escolares mediante encuestas de uso de drogas a las que responden adolescentes escolarizados hijas/os de migrantes.

En el informe sobre mujeres drogodependientes elaborado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (Arpa, 2017), se relata que algunas de las mujeres de minorías étnicas también pueden ser migrantes que han experimentado la trata y el trauma como resultado de guerras y violencias en los lugares que han dejado (Fountain, Bashford, Underwood, Khurana, Winters et al., 2002, en Arpa, 2017). Estas mujeres tienen habitualmente experiencias de trauma, peor salud mental y estas dos características muestran estar asociadas con el uso de sustancias (Schafer y Lotzin, 2018).

Estas mujeres también pueden encontrar barreras adicionales para acceder a tratamiento debido a dificultades de idioma, aspectos del tratamiento que son incompatibles con sus prácticas religiosas o culturales y/o el racismo y la discriminación percibida o real que pueden sentir o padecer. Para superarlo será necesario tener en cuenta la diversidad étnica, cultural y religiosa al trabajar con este grupo de mujeres (UNODC, 2016).

5.2.8. Mujeres presas, violencia y adicción

Muchas de las mujeres que ingresan en el sistema penitenciario son consumidoras de sustancias. Según un informe europeo (Arpa, 2017), hasta un 30-60% de las mujeres eran drogodependientes o usaban drogas ilegales antes de entrar en prisión. Entre las mujeres drogodependientes presas, en torno a un 80% ha vivido situaciones de violencia y maltrato desde la infancia hasta la edad adulta (Covington y Bloom, 2006).

Estas tasas de maltrato físico y sexual en la infancia y en la vida adulta de esas mujeres ha llevado a distintas/os investigadoras/es a pensar en la existencia de una vía asociativa desde el maltrato temprano hasta la adicción y la delincuencia (Gómez, Rodríguez, Fernández y Coto, 2013).

Villagrà, González, Fernández Casares Martín y Rodríguez (2011) trazaron un perfil sobre una muestra de 59 mujeres presas en la cárcel de Villabona (Asturias). El 64% de ellas era drogodependiente. Para el 35.6% la heroína era la sustancia principal de consumo, con la que se iniciaron en torno a los 18 años. Para el 16.9% la sustancia principal era la cocaína, mientras que sólo el 6.8% y el 5.1% de la muestra declararon el cánnabis y el alcohol, respectivamente, como sustancias de abuso principal. En cualquier caso, el 44.7% declaró consumir habitualmente dos o más sustancias, y la combinación más habitual fue la de cocaína y heroína en un 35.29% de los casos, seguida de cocaína, heroína y cánnabis en un 29.4% de las situaciones.

Como señalaban otros artículos en la misma línea, el 66.1% de la muestra de mujeres encarceladas había sido víctima de abusos y violencia en la infancia. En concreto, un 42.4% afirmó haber sido objeto de abusos físicos y un 23.7% haber sufrido abusos sexuales. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el padecimiento de estas violencias y el consumo de drogas.

Las mujeres drogodependientes presentaban una correlación significativa con un mayor elenco de problemas médicos, entre ellos el ser portadoras de VIH+ y Hepatitis. También correlacionaban variables de salud mental, es decir, que entre las mujeres drogodependientes era más pro-

bable la comorbilidad (los trastornos con mayor prevalencia fueron la depresión, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos de ansiedad, y los trastornos de personalidad), cuestión por la que, además, estaban siendo medicadas.

5.2.9. Sinhogarismo y violencia

Aunque no se han hallado demasiadas evidencias al respecto, es decir, aunque apenas exista literatura que incluya los factores sinhogarismo, violencia y adicción, si se ha encontrado un artículo que vincula la falta de un techo seguro con la violencia, toda vez que en él se reconoce que la violencia de género experimentada en etapas evolutivas tempranas, como sucede con la adicción, deriva en muchos casos en situaciones de sinhogarismo en etapas vitales posteriores.

¿Hasta qué punto es posible asociar estos tres elementos de vulnerabilidad? La realidad es que la experiencia clínica muestra que la vulnerabilidad de las mujeres drogodependientes o que sufren VG no sólo están afectadas por estos dos problemas, sino que lo habitual es que las mujeres en estas circunstancias acumulen en mayor medida que otras otros sinnúmero de ejes de vulnerabilidad.

Así, sin poder afirmar más al respecto, se muestran las conclusiones de un artículo que identifica las experiencias de violencia de género como uno de los factores desencadenantes del sinhogarismo femenino (Domandzic, Pascual, y Zueras, 2020).

Las autoras afirman que la violencia de género y los abusos sexuales exponen a las mujeres a itinerarios de sinhogarismo que, a su vez, las sitúa en un mayor riesgo de nuevos episodios de violencia física y sexual, toda vez que dicha violencia incide de forma importante en los procesos de exclusión social y precarización de la salud. En el documento referencian otros diversos estudios (Cáritas, 2013; Muñoz et al., 2014 en Domandzic et al., 2020) que confirman que el estado de salud de las mujeres sin hogar se encuentra más afectado que el de los hombres en las mismas circunstancias.

Ramos (2020) recoge en su trabajo que, según datos de la Encuesta de Personas sin hogar (2012), el 19,7% de esas personas son mujeres.

Matulic, De-Vicente, Boixadós y Caiç, en 2019, trazan un perfil de las mujeres en situación de sinhogarismo de Barcelona a partir de una investigación realizada en la universidad de esa ciudad (2016-2018). No hablan de la muestra sobre la que trabajan, pero señalan entre otras cuestiones que el 56,5% de ellas había sufrido violencia a manos de su pareja. Respecto de los problemas de consumo, un 35,5% manifestaba beber en exceso y un 37% haber consumido drogas ilegales a lo largo de su vida. Recogen el hecho de que las mujeres usuarias de drogas son las que se encuentran, incluso en el marco del sinhogarismo, en una situación de mayor discriminación que otras mujeres en las mismas circunstancias, ya que un 28,3% de ellas había estado ingresada en alguna ocasión en un hospital psiquiátrico, el 37% había padecido algún problema de salud mental grave y/o un 48,6% había realizado algún intento de suicidio.

Benoit et al (2016) recogen que la violencia que experimentan estas mujeres, a menudo ellas mismas la dan por sentada, puesto que han internalizado la noción de que ellas son culpables de la misma. Por lo dicho no suelen verse a sí mismas como víctimas. Es necesario trabajar con ellas para persuadirlas de que presenten una denuncia, no sólo porque las mujeres piensan que es "normal" sufrir actos de violencia cuando viven en la calle, sino porque una denuncia permite objetivar ese hecho y trabajar en torno a la excepcionalidad que supone una vida de sometimien-

to. Sin embargo, antes de acompañar a una mujer a presentar una denuncia hay que asegurarse de que eso no la pone en una situación de mayor peligro. En algunos casos, si no se toman más medidas sobre la denuncia y la mujer no está bajo protección, su regreso a la situación anterior a la denuncia puede acarrearle graves consecuencias.

5.2.10. Otras violencias

Para el equipo de Llopis et al (2005), otra de las violencias que viven las mujeres con problemas de abuso de drogas y que no suele identificarse es la que padecen cuando sus parejas les impiden acudir al tratamiento o cuando son ellos los que deciden a qué recurso deben acudir. En su estudio de 2001, este autor, como miembro del equipo de estudios de Irefrea, halló que el 29% de las mujeres drogodependientes que no acudían a tratamiento declaraban no hacerlo porque sus parejas no se lo permitían. Otro 15% no lo solicitaban por el temor a que su pareja las maltratara si ellas abandonaban las drogas.

Por su parte, Edmund y Bland (2008), opinan que debe considerarse como violencia de género los esfuerzos que realizan en ocasiones las parejas de estas mujeres para socavar su cordura, sabotear su acceso a los tratamientos, su recuperación una vez en ellos o sus intentos por obstaculizar el mantenimiento de la abstinencia o la sobriedad suministrándoles drogas, incluso, como un modo de mantenerlas en la relación (Chait, 2005). Estas parejas abusadoras suelen realizar también cuestionamientos desestabilizantes en torno al ejercicio de la crianza, o sea, las cuestionan en su papel como madres.

6. La literatura específica sobre otras adicciones y trastornos del control de impulsos

Pese a contar con más documentación que confirma la asociación entre victimización de género y la drogodependencia femenina, comienza a verbalizarse tímidamente en reuniones científicas o entre profesionales del ámbito sanitario, en consultas, el surgimiento de episodios de VG asociados a otras conductas adictivas (como la ludopatía recogidas en el DSM-V, o las adicciones tecnológicas del CIE 10,) u otros trastornos de control de los impulsos (compras compulsivas, ingesta compulsiva de alimentos, etc.), aunque apenas existen artículos científicos donde se analice esta realidad desde un enfoque de género.

La mayoría de los estudios toman como objeto de estudio a los agresores, tratando de describir los motivos que les conducen a ejercer violencia. Así, el abuso de sustancias, la ira, y otras características personales se presentan como el origen de su conducta, negando la influencia de la socialización diferencial y las desigualdades derivadas de género como explicación más plausible.

Reconoce Fernández Montalvo (2009) que en los últimos años se ha producido un aumento considerable de las investigaciones relacionadas con los hombres que agreden física y/o psicológicamente a la mujer y que ello ha traído consigo un conocimiento más preciso del perfil psicológico que presentan estos maltratadores; algo que refrenda lo dicho: que el enfoque de género no es una prioridad metodológica ni en el marco teórico de partida ni en la metodología investigadora.

Se reconoce y evidencia que la ausencia de perspectiva de género no sólo afecta a nuestro contexto. Es así en otros lugares (Grant y Kim 2002). Apenas existen investigaciones que se hayan centrado en analizar empíricamente la posible relación entre el juego, la experimentación de violencia de pareja por parte de la mujer adicta y/o el maltrato infantil (Afifi, Brownridge, Mac-Millan y Sareen, 2010). Sin embargo, entre los pocos artículos existentes se refleja que, como ocurre respecto de la drogodependencia, los programas de tratamiento, al tener una población casi totalmente masculina, no incorporan la perspectiva de género, y por ello tampoco parecen satisfacer las necesidades de las mujeres que acuden en busca de ayuda (Mark y Lesieur, 1992).

Consideramos necesario aportar cualquier evidencia que podamos hallar al respecto porque intuimos que es una realidad existente que, esperemos, estará más documentada a medio plazo.

6.1. Ludopatía y violencia

La ludopatía, y no otros trastornos del control de impulsos que se han etiquetado como adictivos (compra compulsiva, ingesta compulsiva de alimentos, etc.), está recogida verdaderamente como trastorno adictivo en el DSM-V. El resto de los mencionados son problemas de control de los impulsos. La ludopatía refiere el fracaso crónico y progresivo en resistir los impulsos de jugar.

Si bien en el caso del hombre su conducta de juego responde principalmente a una búsqueda de sensaciones, en el caso de la mujer la soledad, la tristeza y la evasión de los problemas personales son las principales causas que la llevan a caer en la adicción al juego, recurriendo a él como medio para afrontar estados de ánimo negativos, tales como la depresión y la ansiedad, entre otros (Figueroa y Gómez, 2020; Vázquez, 2012; Granero et al., 2009).

Se calcula que al menos un tercio de las personas que padecen ludopatía son del género femenino (Palacios, 2006, Vázquez, 2012) y que el 70% de ellas son víctimas de violencia de género (Vázquez, 2012). El estudio de Petry y Steinberg (2005) encuentran el maltrato infantil en la etiología de la ludopatía, especialmente entre las mujeres.

Vázquez (2012) identifica que al igual que lo que sucede en el campo de las drogodependencias, esta adicción, cuando la protagonizan las mujeres, es más censurada socialmente porque resulta menos comprendida, toda vez que la etiqueta de viciosas, más que de enfermas, se les aplica en mayor medida a ellas que a los varones con el mismo problema. Como sucedía con las drogas, el estigma social recae sobre ellas con más peso en comparación con los varones con problemas de juego.

Los calificativos que reciben son idénticos a los que se vierten contra las drogodependientes: mujeres de conducta reprobable, madres descuidadas y despreocupadas de sus hijas/os, derrochadoras, irresponsables, culpables de todos los problemas del hogar, etc.

Josefa Vázquez (2012), una autora prolífica respecto del análisis de la ludopatía femenina desde perspectiva de género se pregunta si este estigma no es otro tipo de violencia soterrada, en la medida en que las mujeres reciben, comparadas con los varones, un trato peor frente a un mismo problema. En pocas ocasiones se las comprende y se las considera enfermas y víctimas de una adicción capaz de anular su capacidad volitiva y de someterlas a una conducta por la que sufren en primera persona y por la que pierden, entre otras cosas importantes, su libertad y autoestima. Estas mujeres viven culpabilizándose y con un concepto totalmente negativo de sí mismas. Frente a ese posicionamiento social, las afectadas no solamente se sienten en desventaja, sino en situación de vulnerabilidad, de fragilidad, de indefensión y de maltrato.

Debido a la discriminación y el rechazo social y el estigma, como sucedía con las mujeres drogodependientes, les cuesta mucho más que a los hombres reconocerlo ante los demás, buscar ayuda terapéutica y perseverar en el tratamiento de rehabilitación (Vázquez, 2012).

El estudio de Echeburúa, González-Ortega, De Corral y Polo-López (2011) también tuvo como objetivo identificar, entre otros elementos, las diferencias de género en una muestra de personas con ludopatía que estaban siendo tratadas a centros ambulatorios. En cuanto a lo descriptivo, determinaron que las mujeres eran mayores que los varones; ellas presentaban en mayor medida problemas de ansiedad, depresión y autoestima. La depresión en ellas está presente como sintomatología previa al juego y como consecuencia de la conducta adictiva. El 60,8% de las mujeres con ludopatía admitió haber acudido a consulta en busca de ayuda por padecer algún trastorno psiquiátrico.

Se ha confirmado una asociación estadísticamente significativa entre la gravedad de los problemas de juego y los trastornos psiquiátricos, resultando que la correlación es más estrecha para las mujeres (Granero, Penelo, Martínez-Giménez, Álvarez-Moya, Gómez-Peña et al., 2009), concretamente ellas presentan una mayor severidad en trastornos de depresión mayor, ansiedad generalizada y consumo de sustancias (Desai y Potenza, 2008).

El 68% de las mujeres del estudio de Echeburúa et al. (2011) reportaron padecer en el momento del estudio o en el pasado (en su etapa de noviazgo) violencia de género por parte de su/s pareja/s, un porcentaje muy aproximado al que refleja Vázquez (2012). Estas cifras representan una tasa 10 veces mayor de victimización que la registrada por el Instituto de la Mujer (2006) para las mujeres mayores de 18 años de la población general.

De la misma manera que se explicó como una asociación espúrea y no causal en la relación entre el consumo de drogas y la violencia, se refleja respecto de este problema una dinámica idéntica. Echeburúa et al (2011) señalan que el juego puede ser una forma de escape de la violencia ejercida por la pareja o la violencia puede ser la consecuencia del conflicto financiero o de otro tipo la relación de pareja, pero como dijimos entonces y no nos cansaremos de repetir, la violencia de género es siempre consecuencia de una relación asimétrica de poder e instrumento de corrección de los hombres sobre las mujeres, sobre todo ante conductas contrarias a lo que se espera como propio de su género.

6.2. Otros trastornos del control de los impulsos y violencia

El Abuso Sexual Infantil, además de respecto de las adicciones y la ludopatía, se ha relacionado con otras conductas impulsivas hacia la comida, las compras, el sexo y/o el abuso de internet (Franco-Jaén et al. 2020). A escala internacional, y en la misma línea, los resultados de Simonelli et al. (2014) identifican la alimentación compulsiva, los atracones y purga, el gasto compulsivo o el juego como medios o estrategias de afrontamiento del ASI.

El informe europeo del Grupo Pompidou y del Consejo de Europa (2017) señala que aproximadamente el 20% de las mujeres que han sufrido violencia desarrollarán un trastorno alimentario.

7. Mujeres drogodependientes con hijas e hijos

Moya, Duato y Cañete (2006) denuncian el hecho de que en nuestro contexto sean prácticamente inexistentes los recursos que atienden a mujeres drogodependientes víctimas de violencia, y que resulte menos probable aún hallar servicios para ambos problemas y que, además, acepten a mujeres con hijas/os. La realidad, como hemos podido trasladar a lo largo de estas páginas, no es tan simple ni compartimentada. Lo habitual es que además de esos problemas y circunstancias aparezcan de forma concomitante trastornos de salud mental, otras patologías médicas, estigma, exclusión, etc., sin que la generalidad de los dispositivos recoja todas esas realidades.

En el trabajo de esas autoras se cita a Echarren (2002, en Moya et al., 2006), para quien es una realidad que cuando los dos miembros de la pareja son drogodependientes y tienen hijas/os, se reproduce una dinámica según la cual el ejercicio de la violencia siempre va dirigida al objeto más débil y próximo. Por lo tanto, dependiendo de la posición de poder que ocupe la persona, elegirá una víctima u otra. “En el caso del hombre, el objeto directo es la pareja femenina; en el caso de la mujer, son los hijos” (Ibid: 230). Moya et al. (2006) opinan respecto de esta última afirmación que siendo cierto que las mujeres pueden ejercer violencia contra sus hijas/os, es más probable que la ejerzan contra sí mismas en primera instancia.

Como ya se ha mencionado, una de las constantes respecto de las mujeres drogodependientes es su consideración social como malas madres, y en general, ellas mismas temen perder la custodia de sus hijas/os por su condición de adictas (Chait y Zulaica, 2005). En privado lo suelen asumir, al haber interiorizado ese estigma y sentir que no cumplen con lo que se espera de ellas, que es procurar el bien de sus hijas/os (Galera, Bernal y O’Brien, 2005). Perciben que esa consideración de malas madres también la sostienen y se la hacen llegar las y los profesionales de los tratamientos; se sienten juzgadas en los recursos (Sánchez et al., 2016).

En este último artículo, la autora y autor recogen que varias personas entrevistadas provenientes de equipos profesionales de atención a las drogodependencias admitieron tener esos prejuicios para con las mujeres drogodependientes con hijas/os y, posiblemente habérselos trasladado a las usuarias de forma más o menos consciente.

Esta actitud y el estigma que enfrentan las mujeres usuarias de drogas con hijas/os suele provocar el retraso en el acceso al tratamiento y de ahí una mayor gravedad y deterioro al momento del ingreso. La adicción, por el salto de rol que ya se ha mencionado, genera actitudes más negativas frente a las mujeres que frente a los hombres, máxime si éstas son madres. El miedo al sojuzgamiento por parte de profesionales y recursos retrasa la toma de decisiones en torno a la demanda de tratamiento debido a la presión y a la preocupación adicional de perder la custodia de los niños (Benoit et al., 2016).

Ese miedo a perder la custodia de las/os hijas/os que se ha comentado ha provocado, como recogen diversos textos, que las mujeres hayan demorado su acceso al tratamiento, y que llegaran, por eso, en peores condiciones sociales y sanitarias a los recursos (Sánchez y Aparicio, 2016). En esta misma línea, confirman Benoit et al (2016) que ese retraso en el acceso al tratamiento no sólo afecta a la situación en la que llegan las mujeres, sino también a la gravedad y severidad de la propia adicción, que a esas alturas puede estar ya en una etapa muy avanzada.

Los tratamientos tradicionales de las drogodependencias han mantenido las mismas creencias sociales, por lo que han exigido siempre que en los procesos de recuperación madres e hijas/os se mantengan separadas, cuando no ha resultado que el propio recurso ha sido el que ha solicitado

que se retirase la custodia a esas madres. Esto ha sido así hasta hace poco. No ha pasado tanto tiempo desde que surgen algunos tratamientos para mujeres donde se permite iniciar un proceso asistencial con hijas/os menores.

Powis, Bury, Payne y Griffiths (2000) demandan que los servicios asistenciales deben buscar para las mujeres drogodependientes la manera de reducir las barreras de acceso al tratamiento, tomando en consideración, en este caso, las que obstaculizan que las mujeres adictas que son madres soliciten ayuda. Igualmente opinan que se ha de proceder a mejorar el diseño de los recursos para poder atender adecuadamente a estas mujeres que acuden con sus hijas/os.

Desde una perspectiva de género es posible afirmar que las hijas/os nunca han resultado para los varones un impedimento a la hora solicitar o ingresar en un tratamiento, puesto que tanto ellos como las y los profesionales de los recursos, por esas mismas cuestiones de género, han asumido que las/os hijas/os son principalmente responsabilidad de las madres.

A juicio de Martínez-Redondo (2009), es precisamente el hecho de no reconocer la importancia que para esas madres tienen sus hijas/os y la necesidad de mantener ese vínculo con ellas/os lo que provoca que muchas abandonen el tratamiento. Ha sido una norma en los dispositivos, por muchos años, "romper" con el exterior durante largos períodos de tiempo, los que duraba la recuperación o parte de ella, sobre todo durante la estancia en Comunidad Terapéutica. En la medida en que una parte importante de la socialización femenina, luego de la identidad de las mujeres, pivota en el rol materno, la imposibilidad de ejercer como madres por exigencias del tratamiento las deja desprovistas de parte de su ser, de su identidad, mientras se le devuelve constantemente una subjetividad trasgresora y desviada de sus normas genéricas, la de adictas. Para los hombres, ese requisito, es decir, mantenerse incomunicados con sus hijas/os, no les supone lo mismo; no suele ser un motivo de peso para que abandonen su tratamiento, porque en su socialización la paternidad no es un elemento tan central de su identidad como lo es la maternidad en el caso de las mujeres.

Del artículo de Roldán y Galera (2005) se deducen unas enormes diferencias en el proceso terapéutico al comparar a mujeres drogodependientes que desarrollan su tratamiento en recursos que admiten a hijas/os y mujeres en tratamientos en los que no las/os admiten. En estos últimos las madres adictas experimentan un gran sentimiento de culpa por su propia adicción y por la que podrían generar en sus hijas/os; culpa por no ser capaces de mantener a sus hijas/os y no haberlos criado; por haberlos perdido y estar en instituciones o a cargo de otras personas. Se critican a sí mismas por haberse relacionado con personas inadecuadas, dudaban de su instinto maternal, concretamente se culpaban por sentir que las drogas habían estado por encima de ese instinto y de sus hijas/os. De alguna manera sintieron que, para ellas, las drogas eran más importante que sus propias/os hijas/os.

Sin embargo, las mujeres que pudieron acceder a recursos residenciales (Comunidad Terapéutica) donde se permitía a hijas/os, demostraron y declararon disponer de un enorme deseo de criarlos, de llegar a ser para ellas/os un referente, una guía; deseaban cuidarse por y para ellas/os. Declararon querer y amar a esas/os niña/os. Las mujeres, de facto, se comprometieron con su rol maternal, dedicando más tiempo, cariño y amor a su crianza y educación, para posibilitarles, en sus propias palabras "llegar a ser alguien" en la vida, a diferencia de lo ellas habían vivido. Deseaban darles un buen ejemplo que les alejara de las drogas; se veían a sí mismas como amigas que podían trasladarles y hablarles con franqueza de sus experiencias y errores. En definitiva, querían aceptar su propia responsabilidad y la de sus hijas/os, etc., luego, la posibilidad de disponer de recursos de tratamiento que permitieran un proceso terapéutico con hijas/os resultó algo sumamente positivo para estas mujeres.

Las relaciones con hijas/os son muy importantes para las mujeres adictas y pueden, además, desempeñar un papel motivador en el proceso de tratamiento y en la recuperación de las mujeres (Grella, 2015; EMCDDA, 2009).

Algunos análisis muestran que las mujeres tienen más probabilidades de acceder al tratamiento cuando los recursos atienden las necesidades de las mujeres y cuentan con servicios de tratamiento que abordan cuestiones derivadas del embarazo o la crianza de los hijos (EMCDDA, 2006, en Arpa, 2017).

En definitiva, y como conclusión, se ha podido comprobar que los servicios asistenciales que suponen una mejora del tratamiento, en tanto que responden a las necesidades de las mujeres, y en este caso, en cuanto al acceso al tratamiento de las mujeres drogodependientes con hijas/os, han demostrado ser eficaces para esta población (Ryan, Marsh, Testa y Louderman, 2006; Marsh, D'Aunno y Smith, 2000).

Para las mujeres con problemas de juego, la realidad es muy semejante. Muchas de ellas tienen hijas/os a su cargo, pero el hecho de que se hayan diseñado recursos de tratamiento en modalidades no residenciales ha favorecido que éstas se hayan mostrado más proclives a solicitar ayuda en la medida que se les ha facilitado el mantenimiento de la relación con sus hijas/os y seguir ejerciendo su crianza. En los recursos que no se contempla ese supuesto, el volumen de mujeres atendidas es claramente inferior (Crisp, Thomas, Jackson, Smith, Borrell et al., 2004).

En cualquier caso, desde instancias europeas se sugiere que los servicios residenciales también deberían abordar preocupaciones prácticas y proporcionar en sus recursos la posibilidad de admisión a mujeres madres con hijas/os, proporcionando un alojamiento adecuado ellas y su descendencia (EMCDDA, 2009).

Igualmente, en función de la importancia que las mujeres dan a las relaciones, en general, se recomienda que las respuestas asistenciales integren este aspecto, procurando facilitar las conexiones y vínculos con hijas/os, miembros de la familia y/u otras personas importantes, así como con la comunidad, creando una sólida red de apoyo que resulta para ellas enormemente valiosa (Bloom et al., 2003). Es este un objetivo central, en tanto que el impacto de la exposición a la violencia entre las mujeres afecta al desarrollo de su capacidad relacional, incluido el apego y a las relaciones interpersonales que pueda establecer a lo largo de su vida.

Las relaciones de apego, de afecto y las relaciones sociales en general son enormemente importantes en la vida de todas las mujeres, debiendo ser potenciadas particularmente entre las que han sido victimizadas y usuarias de drogas, tanto porque resultan un factor de protección frente a la violencia de género, como por su capacidad para reforzar la abstinencia. Estas capacidades de relación suelen estar muy limitadas entre las mujeres con el perfil de las mujeres que son objeto de este estudio. No trabajar este aspecto en el espacio terapéutico, por lo dicho, incide no sólo en el riesgo de posibles violencias, sino también en el aumento de las probabilidades de recaída o de mantenimiento en el consumo (Andrews, Motz, Bondi, Leslie y Pepler, 2019).

Para estos autores queda más que demostrado que estas diferencias de género y otras tantas más, tienen implicaciones en el diseño de los recursos de ludopatía, así como en los de tratamiento de otras adicciones, tal y como se ha señalado. Y es que ya, con las evidencias disponibles, no se puede sostener que los modelos de intervención en adicciones que han demostrado su eficacia con los hombres sean igualmente efectivos con las mujeres con TCS.

8. La percepción de la Violencia de Género por parte de las mujeres drogodependientes

En general, es difícil determinar el número exacto de situaciones de maltrato (Alberdi y Matas, 2002) debido al gran número de mujeres que no reconocen como tal la violencia que padecen o, cuando reconociéndola, no se atreven a denunciarla.

En el caso de las mujeres drogodependientes, cabe que, por situaciones legales pendientes con la justicia no acudan a presentar denuncia después de haber sido agredidas, o que en el caso de que la denuncia se haga efectiva, no acudan a las citaciones judiciales cuando hay consumos de por medio (Chait y Calvo, 2005).

Se constata en muchas ocasiones la dificultad que a veces manifiestan las mujeres que viven en las circunstancias más adversas (sin hogar, prostitución, etc.) para identificar las situaciones de violencia debido a que las han integrado en su cotidiano como lo “normal” (Martínez-Redondo, 2010; Folch et al., 2020) o que la capacidad de reacción ante estas situaciones se reduzca por estar inmersas en el consumo, por lo que sus posibilidades de salir de la situación de violencia queden disminuyas (Altell, 2011, en Hansen, 2020).

Señalan Arana y Comas (2019) que el hecho de que las mujeres drogodependientes tengan dificultades para reconocer su condición de víctimas de VG es un ejemplo de la doble victimización que padecen estas mujeres, o lo que a nuestro juicio constituye una victimización múltiple, en tanto que son adictas, víctimas y no se reconocen como tales.

La combinación habitual de psicopatología, abuso de sustancias, el estigma que generan estas dos problemáticas, unida a las experiencias traumáticas y la posible discapacidad inducida por el agresor que ejerce sobre ellas VG, limita la propia capacidad de estas mujeres para movilizar recursos o pensar estratégicamente, lo que permite a los abusadores seguir ejerciendo violencia contra sus parejas en una dinámica continua (Warshaw, Lyon, Bland, Phillips y Hooper, 2014).

Respecto de la discapacidad, parece que a nivel internacional existen estudios que ya han podido establecer una correlación positiva entre el consumo de alcohol y las lesiones derivadas de la VG, sin embargo, se sabe menos acerca de las lesiones producto de la VG cuando se usa alcohol en combinación con otras drogas (Korcha, Cherpitel, Witbrodt, Borges, Hejazi-Bazarganet et al., 2014).

La capacidad de reacción ante la situación de violencia se reduce cuando existe un abuso de sustancias y, por tanto, dificulta salir de la situación de violencia (Altell, 2011). De hecho, uno de esos colectivos “ocultos” que responde a lo que referencia Altell y del que hay que dejar constancia es el de las mujeres que Benoit et al. (2016) también denominan “población oculta”. Estaría integrado por una considerable proporción de mujeres que sufren violencia y consumen sustancias psicoactivas, principalmente psicofármacos, y que no acuden a los centros de tratamiento de las adicciones porque no se identifican con esa “categoría”, sobre todo cuando las sustancias que consumen son medicamentos. A juicio de las autoras se trata de una población silenciosa que desarrolla un tipo de consumo que tiene todas las características de haber adquirido la categoría de adicción, que tiene efectos sobre la conducta, pero permite a esas mujeres tolerar la situación de violencia sin romper la relación con el agresor y sin identificarse como drogodependientes.

Retomando el tema de la percepción de las propias mujeres en torno a las problemáticas analizadas, se comprueba que estudios internacionales como el de Wilson-Cohn et al. (2002, en Llopis,

Rodríguez y Hernández, 2014) muestran que un 48% de las mujeres de la muestra de Portland y un 37% de la muestra de las mujeres de Nueva York consideran que su propio consumo de sustancias ha contribuido o ha estado relacionado con los conflictos o agresiones sufridas por sus parejas, asumiendo la relación causal y justificando de alguna manera esos episodios por su conducta adictiva.

En las mujeres drogodependientes se da la “no identificación de las situaciones de violencia hacia ellas, luego no identifican la necesidad de intervención en esa materia; tienen una alta “tolerancia” a la violencia en sus relaciones, sin que esto signifique responsabilizarlas en el hecho de estar siendo agredidas en un sentido de “tolerar-permitir” el maltrato, sino que están inmersas en relaciones violentas y las han integrado en su cotidiano, es “lo normal”. Muchas entienden que es normal que se les pegue si se drogan (además “se entiende” que el compañero sentimental se torne más agresivo cuando está bajo efectos de la sustancia)” (Martínez-Redondo, 2010:110).

Algunas de las encuestas realizadas a mujeres drogodependientes coinciden en definir la violencia que padecen como episodios de agresiones mutuas entre ellas y sus parejas, sin considerarlos VG. Para Llopis et al. (2005), la sumisión y la “dependencia emocional” es lo que origina esa conceptualización y a su vez es uno de los aspectos característicos de la violencia en mujeres adictas, por la interiorización que hacen de los roles de género que se les asigna, entre los cuales la subordinación femenina es inherente al propio concepto de género. Esta sumisión se da respecto de la pareja u otras personas del contexto de las toxicomanías y es, a juicio de estos autores “un reflejo de la sumisión adoptado por la drogodependiente en todas las esferas de su relación social” (Ibid:155). En su tesis doctoral, Hansen (2020) encuentra una correlación significativa entre violencia de género en la pareja e interiorización de los mandatos y estereotipos de género.

Suelen disculpar el maltrato de su pareja por ser consumidor (Chait y Calvo, 2005).

Si el consumo de la mujer es anterior al inicio de la relación de pareja, ésta se sitúa en una posición de mayor vulnerabilidad ante el agresor, ya que él “puede” justificar la agresión por la adicción de la mujer (Altell, 2011, en Giménez, 2012).

Para una mujer con consumo problemático de drogas, algunos temas como las tensiones que surgen en el ámbito doméstico, la violencia sobre ella y sus hijas/os, la no valoración de su propio aporte social y su ubicación en un lugar secundario y postergado son parte de su día a día y su concepto de sí misma; temas que adquieren una importancia notable en su proceso, pero que normalmente no son abordados en su tratamiento (Oteiza, 2020).

La adicción o el consumo de sustancias psicoactivas limita las capacidades de las mujeres para afrontar los desafíos vitales. Una persona a la que maltrata un ser querido se deteriora psicológicamente con cada maltrato. Se va convirtiendo en alguien con menor capacidad de defensa, con dificultades para pensar, para planear, con dificultades para vivir (Moya et al., 2013).

9. Recursos de tratamiento

Lo relatado hasta el momento ha pretendido mostrar la realidad y las circunstancias que rodean a las mujeres con problemas de adicción, principalmente drogodependientes, víctimas de violencia de género, desde un marco teórico feminista.

Lo cierto es que la producción científica sobre mujeres, drogodependencias y violencia de género sigue siendo mayor que la que analiza otras adicciones como la ludopatía, sobre la que tampoco existe excesiva documentación en la que se introduzcan otros elementos, como las violencias. Aun así, y sin contar con esos datos al respecto, nos aventuramos a afirmar que existen entre adicciones con y sin sustancias y violencia de género elementos comunes que se han reflejado en este texto.

De hecho, en el Manual Mujeres y drogas de Arostegui y Martínez-Redondo (2018) se afirmaba que las diferencias entre mujeres y hombres en el ámbito de las adicciones no provenían tanto del hecho de consumir drogas, sino de las experiencias o vivencias vinculadas con las cuestiones de género. Las mujeres presentan preocupaciones únicas que se basan en el género (NIDA, 2016), y en este documento se ha mostrado, en la medida de lo posible que, respecto de cualquier otra adicción diferente a la drogodependencia, las mujeres también muestran elementos comunes por cuestión de género. Es quizás éste el elemento que, una vez comprendido, permitiría gestar tratamientos acordes a todas las necesidades de las mujeres con problemas de adicción.

9.1. La atención conjunta a los problemas de VG y adicciones

En la actualidad, las adicciones de las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género es una problemática social, política y de salud pública de creciente interés y actualidad, si bien resulta necesario seguir trabajando para resolver un problema particular y específico que genera dinámicas específicas que deben ser tenidas en cuenta en los recursos terapéuticos (Hansen, 2020). La violencia en mujeres con problemas de adicción a las drogas se transforma en dificultad de acceso y permanencia en el tratamiento, sumado al hecho de que tanto desde la red de atención a las mujeres víctimas de violencia de género (circunscrita al ámbito de actuación de la Ley 2004) como desde la red de atención a las drogodependencias ha sido difícil incorporar la doble visión de la drogodependencia y la violencia en los protocolos de atención (Lipsky, Krupski, Roy-Byrne, Lucenko, Mancuso et al. 2010, en Floch et al., 2020).

Como se ha señalado al principio del texto, salvo excepciones que se comentarán posteriormente, no existen dispositivos que aborden de forma conjunta la VG en mujeres con adicción a drogas o que padezcan otro tipo de adicciones, aun habiendo demostrado con los datos expuestos que las mujeres que solicitan tratamiento por abuso de drogas tienen más probabilidades que las mujeres de la población general de sufrir o haber sufrido maltrato (PNSD, 2001) y otros tipos de violencia de género. Dicho en otras palabras, aunque el trabajo terapéutico sobre la violencia vivida por las mujeres es una condición previa para el éxito del tratamiento y la prevención de recaídas, no está incluida en los objetivos de las instituciones que trabajan en adicciones. Este tema todavía recibe un reconocimiento insuficiente en la actualidad y está relegado a un segundo plano (Benoit et al, 2016).

La realidad actual muestra que las mujeres que han sido objeto de análisis en este documento padecen muchos y muy diversos problemas, pero todos muy interrelacionados (adicción, VG, patologías mentales y orgánicas, etc.), y sin embargo están abocadas a acudir, para solucionarlos,

uno por uno a cada uno de los recursos específicos diseñados para actuar sobre cada una de esas cuestiones, en vez de recibir como sería su derecho una asistencia pública integrada (Edmund y Bland, 2011).

Esa oferta integrada y diseñada desde las necesidades de las usuarias es todavía una realidad alejada del panorama de intervención, en general (Martínez-Redondo 2019), aunque como señala esta autora, “estamos, sin embargo, en un momento de cambio, en el que algunas Comunidades Autónomas están avanzando hacia un funcionamiento apoyado en un trabajo conjunto que proporcione una atención integral a las mujeres víctimas de malos tratos y con problemas de adicción” (Ibid:30). Sin embargo, también señala que “supone un error identificar la violencia de género exclusivamente en el ámbito de la pareja o establecer acciones dirigidas exclusivamente en ese sentido dentro de las redes de drogodependencias” (Martínez-Redondo, 2010:109).

Siguiendo con la realidad más extendida, que es la de las ausencias, comprobamos que, todavía, muchos de los recursos destinados al tratamiento de las adicciones denotan una carencia evidente de perspectiva de género cuando, entre otras cuestiones, no suelen incluir el abordaje de las violencias sobre las mujeres, y menos aún, un trabajo de la vulnerabilidad diferencial frente a la violencia asociada a cada tipo de sustancia (el riesgo frente a la violencia es diferente en una mujer consumidora de heroína y cocaína intravenosa frente a la de una consumidora de cannabis, éxtasis o alcohol) (El Bassel, Gilbert y Rajah, 2003).

Uno de los ejemplos de esta última afirmación es la que refleja el artículo de Folch et al. (2020) respecto de las mujeres con adicción a cocaína o heroína+cocaína por vía inyectadas, que por las circunstancias en las que se desenvuelven: contextos de prostitución, calle, sinhogarismo, etc., tienen un mayor riesgo de experimentar violencia por parte de un mayor número de agresores (pareja, clientes, “camellos”, otros drogodependientes, etc.).

En concreto, en el trabajo de estas autoras que analiza una muestra de mujeres inyectoras en centros de reducción de daños en Cataluña, se confirma que la prevalencia de violencias recibidas es mayor entre mujeres que ejercen la prostitución y aquellas sin domicilio fijo, justificando así la necesidad de desarrollar estrategias de prevención combinada que tengan en cuenta no solamente factores individuales, sino también otros aspectos sociales y/o estructurales que pueden estar jugando un papel relevante a la hora de abordar este problema (UNAIDS, 2010, en Folch et al., 2020).

Uno de los aspectos que contribuiría a ello radicaría en integrar el enfoque de género en los tratamientos terapéuticos, respondiendo a las necesidades que presentan las mujeres, entre otros, el trabajo sobre las violencias padecidas y actuales, así como todos los tipos de situaciones descritas en anteriores apartados (Arteta, 2020).

Otro de los retos es el abordaje de las mujeres víctimas de violencia de género con hijas/os, que tienen una menor presencia en las comunidades terapéuticas, ya que muchas piensan que perderán la custodia de las/os menores por ser etiquetadas como malas madres (Arteta, 2020). Este es uno de los argumentos más esgrimidos por las mujeres para retrasar o evitar los tratamientos, porque la realidad ha sido esa durante años, es decir, efectivamente perdían la custodia de sus hijos en muchos casos, o apenas sabían nada ni podían comunicarse con ellos porque no se consideraba positivo desde el propio tratamiento.

Los programas deberían tener en cuenta estas necesidades específicas proporcionándoles modalidades adaptadas de tratamiento, seguimiento y reinserción (Mosquera y Frías, 2019), siempre y

cuando atender sus necesidades no consista en esencializarlas, o dicho de otra manera, evitando considerar a las mujeres y sus experiencias como “lo otro”, mientras que las experiencias de los hombres siguen siendo la referencia de “la norma(lidad)” (Martínez-Redondo, 2019).

“La respuesta que se da a los problemas derivados del consumo de drogas no está pensada y adaptada para las situaciones específicas de las mujeres, por lo que existen carencias en los tratamientos para las mujeres drogodependientes. La situación es más grave en los casos en que este problema va unido a comportamientos violentos” (Moya et al, 2006:151)

Por otro lado, es necesario identificar igualmente las limitaciones de los recursos que se dedican a trabajar las violencias de género, porque también dejan de lado el trabajo sobre la exclusión y el consumo de alcohol y otras drogas, entre otras cuestiones.

De hecho, uno de los problemas centrales de estos recursos y que afecta a las mujeres drogodependientes es que mantienen como norma que mientras la adicción esté activa, algo nada inusual, por ejemplo, tras haber vivido un episodio de violencia que las lleva de forma urgente a necesitar el recurso, no se les admite en el dispositivo por considerarlas disruptivas. Las razones que se aducen son las dificultades que una mujer con ese perfil introduce en la convivencia con el resto de mujeres del centro (Moya et al, 2006), o en palabras de Martínez-Redondo (2009) las mujeres drogodependientes son perfil excluyente para ingresar en ese circuito de atención.

“Los recursos se han creado para responder a las necesidades de todas las mujeres víctimas de violencia de género, sin embargo, están dirigidos a la generalidad, es decir, a aquellas que no tienen problemas asociados; a medida que se van sumando patologías, van aumentando las dificultades para responder eficazmente” (González, 2017: 41).

La realidad es, pues, que en la mayoría de recursos de atención a las mujeres víctimas de VG la adicción es motivo de derivación o expulsión, y que, por otro lado, en los espacios de atención a las drogodependencias u otras adicciones no se interviene sobre la violencia de forma integrada y protocolizada (Martínez-Redondo, 2019; Llopis et al., 2005).

“Es complicado llevar a cabo una actuación conjunta y coordinada, pero no imposible (...), y es necesario explorar este camino: el de introducir la perspectiva de género en los tratamientos, diseño de políticas públicas y centros de atención (...) y dejar de concebir las problemáticas y las personas de forma sectorial y parcializada para poder desarrollar formas de trabajo integral” (Martínez-Redondo, 2008:37-38).

Porque, en la mayoría de los casos, la atención a la violencia de género y a las adicciones se produce de forma segmentada, caracterizándose en general por la ausencia de la coordinación entre las dos instancias que atienden cada problemática de manera específica. La experiencia de quienes trabajan en uno u otro recurso y que recoge la mencionada autora, coincide en señalar que en ambas redes se detectan casos susceptibles de ser tratados conjuntamente, o sea, mujeres con problemas de adicción y violencia en un tipo de recurso, o de violencia y adicción en el otro.

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).

La interacción entre la VG y la adicción conlleva una serie de especificidades que hay que tener en cuenta, ya que la experiencia ha mostrado que, si esos recursos no son diseñados para la atención conjunta a las dos problemáticas, las mujeres no acuden o los abandonan (Martínez-Redondo, 2019)

Las escasas mujeres que deciden acudir a uno u otro recurso se suelen sentir, por lo dicho, rechazadas, maltratadas e ignoradas, porque sus problemas requieren un enfoque holístico que se les niega. Además, “en los recursos de violencia, se les ofrece una respuesta institucional que incluye a policía y justicia, frente a la que sienten un absoluto rechazo, prefiriendo incluso seguir soportando la violencia antes de sentirse “controladas” por un sistema y un estilo institucional con el que no se sienten cómodas” (Fundación Atenea, 2010, en Arana y Comas, 2019:15).

De hecho, los datos de la macroencuesta 2019 de la Delegación del Gobierno presentada anteriormente, señalan que el 25,1% de las mujeres que denunciaron violencia por parte de una pareja pasada (no la actual) ante la Policía Nacional o Guardia Civil, se mostraron bastante o muy insatisfechas con ello. El motivo más citado es “que la policía hizo poco por resolver su caso” o percibieron que “la policía no estaba interesada” en él (52,4%), seguido de los motivos “le hicieron sentir culpable de lo sucedido” y “No la pusieron a salvo/no la protegieron”, que son los mencionan en similares proporciones las encuestadas que interpusieron denuncia (42,8%). El 36,2% manifestó que “la policía no le dio información sobre servicios de apoyo u otras opciones de ayuda”. Un 35,3% señaló que “la policía no la creyó” y el 30,3% mencionó que la policía “Intentó convencerla para que no presentara cargos”.

Las y los profesionales con experiencia, integrantes en los focus group desarrollados por Benoit et al (2016) para la investigación del Grupo Pompidou, al hilo de lo anterior, ratifican que para las mujeres adictas, presentar una denuncia por violencia cometida por la pareja o por violación de esa pareja u otra persona puede ser muy complicado para ellas, ya que muchas instancias, incluso policiales y sanitarias perciben a las mujeres con TCS como personas “en cierta medida” culpables de la violencia que han sufrido, que evidencia la falta de credibilidad que dan a su historia y la falta de entusiasmo por investigar esos casos. Ante esas actitudes muchas de ellas consideran ilógico denunciar cualquier episodio. También hay otro factor que afecta, según esas/os profesionales a la renuncia a denunciar. Y es que las propias usuarias victimizadas internalizan esa imagen de sí mismas que se les devuelve y llegan a restar importancia a la violencia que ellas mismas u otras usuarias sufren, considerándola como las consideran quienes las atienden de esa manera, es decir, consideran es victimización legítima o incluso merecida. El problema, manifiesta textualmente la dirección de un recurso de atención a las adicciones en Roma, es que culturalmente se aceptan estas cosas. Es como si las mujeres procesaran los hechos razonándolos desde una actitud de indefensión: “si me asaltaron, abusaron o golpearon, es porque me lo merecía”. Este es un problema cultural vinculado a los roles que se les asignan a las mujeres.

Esta demanda en torno a la necesidad de crear y ofertar recursos integrado no sólo va dirigida al tercer sector. La OMS adoptó una resolución (WHA 50.19) incidiendo en la importancia de reconocer la violencia contra las mujeres como un problema social y sanitario de primera magnitud que requería acción urgente, por lo que instaba encarecidamente al sector y a los servicios de salud a que asumieran una función más destacada a la hora de responder a las necesidades de las muchas mujeres que viven relaciones violentas y padecen otra multiplicidad de problemas concomitantes.

En otras palabras, la OMS insta también a que desde parámetros sanitarios se ofrezca a estas mujeres servicios integrados, evitando esa fragmentación de la oferta asistencial.

Se debería de asegurar, por todo lo dicho, que las mujeres que consumen drogas y que además se enfrentan a situaciones de violencia puedan acceder a recursos que realicen intervenciones holísticas de atención integral (Folch et al., 2020).

9.2. Directrices europeas en la materia

El informe del EMCDDA, Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías (Arpa 2017), de donde procede la información que se presenta continuación, sugiere que hay que acometer nuevos desafíos e implicaciones en la política y la intervención de las drogas y las drogodependencias para las mujeres que usan/abusan de drogas.

Esta novedad requiere asegurar que las políticas y prácticas al respecto tengan perspectiva de género, siendo las propias mujeres drogodependientes las que, entre otras instancias, deban ser incluidas en la planificación, formación y desarrollo de esos programas y políticas (INPUD, 2014).

El objetivo de los recursos destinados al tratamiento de estas mujeres debe ir dirigido a empoderarlas, por lo que las directrices y el diseño de los recursos actuales deben examinarse y modificarse para lograr ese objetivo.

Para abordar plenamente las necesidades de las mujeres, deben incluirse temas nuevos de trabajo como, por ejemplo, el mal uso de los medicamentos recetados (Clark, 2015), el papel de las mujeres en tanto madres (Rolando et al., 2016) y todos los problemas que se han mencionado en este texto: violencias, violencias asociadas a las diferentes sustancias, traumas no resueltos, problemas de salud mental, sinhogarismo, mujeres migrantes, trabajadoras sexuales, crianza, etc.

En muchos países europeos se aduce que la inexistencia de este tipo de servicios tiene que ver, junto con otras cuestiones, con la financiación que requieren. Sin embargo, en toda Europa, como se señala en el informe, muchos de los recursos de atención a las drogodependencias son públicos, o son ONGs que reciben subvenciones de autoridades nacionales, regionales y locales (EMCDDA, 2011). Claro que, en época de restricciones presupuestarias, los programas para mujeres pueden llegar descuidarse arguyendo que éstas constituyen minoría respecto de los varones en el tratamiento.

Al hilo de lo económico, también se ha sugerido 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), pero lo cierto es que no hay pruebas suficientes para corroborar esto.

Opinamos, a este respecto, que bien podría hacerse a la inversa y calcular los costes derivados de la VG, que son mayores en tanto que van más allá de lo económico. En cualquier caso, parece una directriz europea el examen de la rentabilidad de las intervenciones que satisfacen las necesidades de las mujeres en los diversos entornos que se encuentran en toda Europa para ayudar a garantizar que las intervenciones realizadas sean efectivas y económicamente viables, de la misma manera que es necesario asegurar su financiación a largo plazo una vez puestas en marcha (Ferri et al., 2015).

El documento europeo denuncia que sigue habiendo grandes lagunas de conocimiento sobre diversos aspectos del consumo de drogas de las mujeres porque los estudios no siempre se realizan con perspectiva de género. En este sentido, se debe impulsar la investigación sobre cuestiones incluyendo el enfoque de género y/o sean específicas respecto de las mujeres que consumen drogas, para garantizar que reciben respuestas asistenciales de alta calidad basadas en evidencias (Springer et al., 2015).

También juzgan relevante que se dé a conocer y se transfieran los modelos de intervención que se hayan diseñado en otros contextos para atender a la realidad de las mujeres drogodependientes y que hayan demostrado ser efectivos al objeto de aplicarlos en otros lugares con las adaptaciones que se requieran por cuestiones geográficas, culturales, etc. Como también se ha identificado a través de la literatura desarrollada en nuestro contexto geográfico, los diversos problemas complejos y superpuestos que enfrentan muchas de las mujeres que consumen drogas requieren servicios coordinados e integrados para abordar cuestiones que van más allá del consumo de drogas; problemas que habitualmente se tratan de forma compartimentada en redes o recursos separados.

La coordinación interdisciplinaria, las colaboraciones y los enfoques multifacéticos entre entornos y sectores son un desafío (González-Guarda et al., 2011). Es más, la mayoría de las ocasiones la colaboración proviene, más a menudo, de la buena voluntad de las partes interesadas y la cooperación a nivel individual, que de una práctica profesional sistematizada.

Para abordar este desafío, el paso inicial y necesario es que el personal que atiende a las mujeres tenga actitudes apropiadas, que las trate sin juzgar ni discriminar, manteniendo una actitud de apoyo y escucha activa. Y esto es así porque en la dimensión del padecimiento de la violencia se podría distinguir un plano objetivo y también una dimensión subjetiva que hay que aprender a leer en el discurso y vivencias de las víctimas. Por ejemplo, está bien documentado que el padecimiento de violencia psicológica en las relaciones de pareja suele ser experimentada por las mujeres más jóvenes como un tipo de maltrato con consecuencias más negativas que las que derivan de la violencia física.

A la mayoría de profesionales, esas habilidades se las brinda una formación adecuada, que además provee de actitudes y herramientas profesionales que han demostrado su eficacia para que las mujeres accedan, se involucren y se mantengan (no abandonen) en los recursos (CSAT, 2013). Esta formación implica, entre otras cuestiones, tomar conciencia de las necesidades únicas de las mujeres en cualquier campo de la salud (UNODC, 2016) y de la importancia de la transversalización de género en salud (Rolando et al., 2016).

En términos profesionales, esta formación deben disponerla tanto los equipos de los recursos de drogas como los de atención a las violencias, o incluso quienes trabajan en áreas distintas al uso de sustancias específicamente, como las y los profesionales de la sanidad (atención primaria,

ginecología, etc.) a donde acuden las mujeres en diversas ocasiones a lo largo de su vida, y a menudo, en primera y única instancia, o antes de acudir a otro tipo de recursos especializados.

Sería deseable que esas/os profesionales dispusieran también de ciertos conocimientos sobre características y circunstancias de poblaciones de especial vulnerabilidad para poder, cuando menos, derivar, etc., manteniendo durante el contacto con ellas actitudes adecuadas y motivadoras para con las mujeres, y no aquellas que refuerzan el estigma y/o la culpa, pues suponen barreras para el tratamiento de esta población.

La competencia del personal se facilita a través de la formación, donde se adquieren las habilidades oportunas, toda vez que inicialmente se requiere una supervisión para aplicar esos conocimientos y estrategias de manera adecuada. Los recursos, sus equipos de profesionales y quienes ostentan la responsabilidad de aplicar las políticas de drogas en un plano sanitario y social, deberían garantizar que las necesidades de las mujeres sean abordadas en los servicios asistenciales, asegurando igualmente que quienes intervienen disponen de la formación necesaria para ello (Clark, 2015).

9.3. El papel de las Administraciones

Como se recogía en el apartado precedente, El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), insta a que las políticas y prácticas de intervención sobre las mujeres con TCS tengan perspectiva de género. En ese sentido, antes de que esa sugerencia llegue a los equipos profesionales parece lógico reflexionar sobre el papel mediador y garante que deberían asumir otras instancias, como las Administraciones Públicas, que al menos hasta el momento no han resultado estar siempre implicadas en el cumplimiento de dichas directrices europeas.

Un resumen de la lectura completa del informe de Benoit et al. (2016), incorporando las ideas de las autoras y de quienes forman parte de los grupos focales, permite colegir que existen una serie de dimensiones sobre las cuales las Administraciones tienen competencia y sobre las que sería deseable una implicación activa, a saber:

- la dimensión económica: se requeriría una apuesta decidida por apoyar económicamente a los recursos que trabajan desde perspectiva de género y garantizar así su continuidad. En un contexto de recesión económica es importante asegurar la financiación de los recursos de adicciones y violencia, especialmente si se trata de recursos sociales tipo ONG, fundaciones, etc., que son los más amenazados. Para garantizar que estas actividades se tengan en cuenta, las convocatorias de proyectos en adicciones deberían incorporar la dimensión de género y la gestión de la violencia, creándose líneas presupuestarias *ad hoc*.

En esta dimensión económica también se incluiría garantizar la inversión necesaria para acoger y adaptar los recursos de adicciones a las mujeres en tratamiento. Sucede que en los centros mixtos las mujeres son una minoría, por lo que en términos económicos la inversión que requiere adaptar espacios específicos para ellas (y/o para sus hijas/os) o destinar recursos humanos/económicos al trabajo sobre aspectos nuevos, como las violencias o traumas, etc. no resulta costo-efectivo si sólo se atiende a la proporción de personas beneficiarias.

- aportar garantías: uno de los principales objetivos de cualquier política de la administración es la de garantizar el acceso a unos servicios adecuados y adaptados a las necesidades de las personas usuarias de los mismos, en este caso, adaptados a las mujeres, y que por ello han de contemplar la perspectiva de género (Martínez-Redondo 2018 en Hansen 2020).

- el reconocimiento profesional: de quienes sí trabajan desde perspectiva de género y brindan a las usuarias y los recursos en los que trabajan una opción que redunde en la calidad del tratamiento. En muchas ocasiones estas/os profesionales se enfrentan a otras/os miembros del equipo que, por falta de formación o porque no se les exige desde el recurso, mantienen actitudes que obstaculizan la implementación de la perspectiva de género. Esta perspectiva aún está lejos de ser compartida unánimemente entre el personal de los recursos.

Dentro de este apartado merece la pena hacer constar que las y los profesionales de los grupos focales del estudio (Benoit et al., 2016), denunciaron que todas las actividades que se desarrollan en la línea de género no quedan recogidas en las memorias, porque a priori siguen siendo algo que se ofrece voluntariamente por parte de quienes creen en lo beneficioso de esa modalidad de trabajo, pero no es una exigencia en muchos recursos, por lo que ese tiempo, esfuerzo y calidad que imprime ese trabajo en beneficio de las mujeres queda invisibilizado a nivel institucional.

En esta misma línea, tampoco queda reconocido ni recogido todo el tiempo que se emplea en el necesario trabajo en red que requiere el correcto abordaje e implementación de la perspectiva de género en el trabajo sobre la violencia en mujeres drogodependientes, tendiendo en cuenta que implica la coordinación de dos redes que no están exigidas a colaborar.

Además de la presencia física, es necesario tener en cuenta el tiempo dedicado a la construcción de redes y, en este sentido, esta tarea debería recibir el debido reconocimiento, toda vez que los recursos deben asignarle a esta encomienda tiempo, e incluso a la tarea de fomentar el intercambio de prácticas entre profesionales en los campos de la gestión de la adicción y de la violencia. El intercambio de conocimientos entre equipos que trabajan en recursos de drogas y quienes trabajan en violencia deben ser alentados y convertidos en una práctica estándar en vista del aparente vínculo estrecho entre los problemas de violencia y uso de drogas.

Sin embargo, nuevamente, suelen ser habitualmente gestiones que quedan en las manos y la voluntad de las personas más implicadas y sensibilizadas de los equipos. En definitiva, la inclusión de una perspectiva de género y el abordaje de la violencia como práctica estándar en los recursos de adicciones significa no solo apreciar el tiempo necesario para realizar este trabajo, sino también asignar los recursos humanos y el tiempo necesario para ello. Además, sería necesario reconocer que esas actividades ocupan un lugar destacado, debiendo cuantificarse y recogerse los informes de actividad.

- violencia simbólica: sería responsabilidad de la Administración que financia los recursos evitar o limitar diversas formas simbólicas de violencia que ocurren, por ejemplo, cuando los equipos de los recursos que trabajan en adicciones carecen de formación. Esta ausencia de capacitación profesional supone la falta de reconocimiento del problema y, por ende, una ausencia de trabajo sobre el mismo, lo que constituye una forma adicional de violencia.

Desde otro prisma, añaden Benoit et al. (2016), no reconocer una situación de violencia o no tener respuesta para ofrecer después escuchar un relato de violencia puede constituir una forma de violencia en sí misma, en primera instancia para las mujeres interesadas, pero también para las y los profesionales que se encuentran impotentes ante una situación alarmante.

Por todo lo dicho, se insta a las administraciones a que apoyen la formación de los equipos, no sólo porque disponer de recursos humanos con formación es un indicador de adecuación y calidad del tratamiento, sino porque la capacitación profesional, también correlaciona con una

disminución de las posibles actitudes prejuiciosas u hostiles que mantienen algunos equipos o miembros de los mismos hacia las usuarias que atienden (Glick y Fiske, 2001).

- como se recoge a lo largo del texto, son las Administraciones las que deberían favorecer, por un lado, la sistematización de prácticas a desarrollar con las mujeres con adicciones víctimas de violencia a través de Protocolos diseñados ad hoc. A lo largo del texto la necesidad de esos compendios deviene en demanda en textos como el de Benoit et al (2016), que como ya se ha señalado recoge la opinión de múltiples profesionales de diversos países, y en artículos como en el de Folch et al. (2020), que sugieren diseñar Protocolos de detección e intervención, dado que los más extendidos, dentro de los escasos existentes, hacen especial hincapié en la identificación de violencias pero no en las acciones que derivan de esa detección.

En este mismo punto cabe destacar la importancia de incorporar, desde el inicio del desarrollo de esos Protocolos, los pertinentes indicadores de evaluación, que van a ser el parámetro que permite identificar, a posteriori, las denominadas “buenas prácticas” para que puedan ser transferibles entre profesionales, recursos y redes. Para ello es requisito fundamental proceder a estandarizar y asegurar esa transferibilidad de experiencias que funcionan en la práctica cotidiana (Benoit et al, 2016).

En este estudio se recoge el testimonio de quienes consideran que aún es necesario hacer un esfuerzo entre profesionales, que tal vez se produciría en mayor medida si fuera una exigencia administrativa, por fomentar la cultura de la evaluación de las acciones que se van implementando, porque hasta el momento la evaluación, salvo como práctica individual, no es una actividad extendida y sistematizada en los recursos. Realizar evaluaciones es útil para saber qué funciona bien y qué no funciona utilizando indicadores capaces de implementarse, más allá de lo que la experiencia de cada profesional o recurso intuye.

La metodología de evaluación debe ser parte de cualquier Protocolo y explicitarse desde el inicio, toda vez que esos indicadores deben construirse, cómo no, desde la perspectiva de género, es decir, diseñarse con capacidad para evaluar lo que resulta útil, efectivo y eficaz en el trabajo con mujeres en tratamiento en los recursos de adicción.

- toda mujer que busca tratamiento trae consigo una amplia gama de problemas que una sola institución no puede abordar por sí misma. Se necesita el apoyo político para asegurar la coordinación entre profesionales y recursos que trabajan en la misma área, en este caso, entre recursos dedicados a la adicción, la violencia, servicios de reintegración, etc., pero también entre profesionales del ámbito sanitario, hospitales y policía, por ejemplo. Es necesario forjar vínculos institucionales más allá de las personas, para que la respuesta integral sea reconocida como un derecho propio, reconocido institucionalmente.
- tanto para que lo dicho en párrafo precedente y otras referencias relativas a la necesidad de desarrollar protocolos y transferir conocimientos y buenas prácticas, se sugiere adoptar estrategias generales de gestión basadas en grupos de trabajo o comités que reúnan a todas las personas profesionales implicadas, sean de organismos públicos u organizaciones sociales o de voluntariado que trabajan en la misma área en el tema específico de violencia con mujeres usuarias de drogas. Esto mejorará el manejo de las violencias que sufren las usuarias que asisten a los tratamientos de adicciones, pero también proporcionarán herramientas para los equipos de la red de violencia, para que puedan plantearse abordar la cuestión del uso de drogas, incluido el abuso a psicofármacos.

Las y los participantes en el estudio de Benoit et al (2016) consideran que también debería invitarse a estos grupos y comités de coordinación a las mujeres usuarias drogas para participar desde el principio en el desarrollo y la construcción de protocolos y proyectos. El activismo puede ser muy útil para el empoderamiento de las mujeres usuarias de drogas. Es habitual que a las personas que consumen drogas, a las mujeres en particular, no se les otorga un papel activo en el desarrollo de políticas y programas, lo que redonda de alguna manera en el mantenimiento de un rol pasivo similar al que deviene de su posición de víctimas de violencia, es decir, otorgándoles un papel pasivo en la resolución de su situación.

9.4. Características de los recursos y de las personas profesionales

9.4.1. Respecto de los que atienden a las drogodependencias y adicciones

9.4.1.1. Sobre los recursos de drogodependencias y la VG

En 2005, Chait y Zulaica (2005:60) señalaban, y concretamente respecto de los Centros de Atención a las Drogodependencias (CAD), que “con todas las mujeres que acuden a un CAD, se debería efectuar la evaluación de una historia de maltrato físico, emocional o sexual”. Llopis et al (2005) añadían ese mismo año que ignorar la gran prevalencia de abusos sexuales y de trastornos por estrés postraumático en los recursos de drogas representaba una barrera a la continuidad del tratamiento entre las adictas (Llopis et al., 2005).

Aunque no existen en todas las comunidades, esa demanda de Chait et al, (2005) es una realidad en los CAD desde 2017, cuando se publica el Protocolo de intervención en los CAD ante la Violencia de Género, gracias a las personas que colaboraron con la iniciativa que surgió del Instituto de Adicciones, Madrid Salud. Ese protocolo está disponible en: https://pnsd.salud.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_ProtocoloViolenciaGeneroCAD.pdf.

Sin embargo, no es una realidad extendida a todas las comunidades, sino un reto o una carencia a cubrir. Ya se ha mencionado en diversas ocasiones a lo largo de todo el texto que, en general, los recursos de drogodependencias no contemplan el trabajo sobre los malos tratos o violencias, ni pasadas ni más recientes, entre las mujeres usuarias, siendo como es ese un factor que interactúa de forma determinante en la problemática de las drogodependencias en la población femenina (Castaño, 2009). La autora afirma que la práctica clínica y terapéutica en drogodependencias percibe la necesidad de abordar la problemática de los malos tratos para poder alcanzar objetivos terapéuticos satisfactorios, por lo que se precisa contar con un protocolo de evaluación inicial en el que se incluyan preguntas específicas para detectar una posible situación de violencia de género.

En esta misma línea, el estudio de Benoit et al (2016) enfatiza en la necesidad de documentar y analizar el fenómeno de la violencia, siendo necesario para ello sistematizar esa información poniendo en marcha un sistema de vigilancia que incluya indicadores específicos al respecto.

Lo cierto es que, dependiendo del relato de la usuaria, de si lo explicita o no, o de la sensibilidad de la profesional, sí figuran en algunas historias clínicas casos de violencia, pero tampoco es una práctica sistemática recogerlos ni preguntar por ellos.

Sin indicadores específicos y si sólo se toma en consideración el relato de las mujeres, se puede subrepresentar este fenómeno, bien por la ausencia de conciencia de maltrato por parte de las

usuarias, algo habitual, bien porque las y los profesionales no saben cómo manejarse ante esta cuestión; temen no acertar con el momento para hacerlo o no disponen de habilidades para intervenir en el caso de que se “abra” esa dimensión personal traumática.

Así, los problemas de la violencia no suelen ser objeto de indagación en los recursos de drogas y los de consumo de drogas tampoco lo son en los recursos de violencia, que se encuentran posteriormente en la disyuntiva de expulsar a las mujeres con problemas de abuso.

Mientras no existan recursos integrales hay que rescatar la importancia de establecer protocolos de detección, y derivación a la red de atención a la violencia de género desde los centros de la red de atención a las drogodependencias, así como el desarrollo de estrategias multinivel que tengan en cuenta no solamente factores individuales sino también otros aspectos sociales y/o estructurales que pueden estar jugando un papel relevante a la hora de abordar este problema (Martínez-Redondo, 2010; Folch et al, 2020).

La importancia de establecer protocolos de detección (y a juicio de las autoras, también de intervención) de violencias dentro de los recursos de drogodependencias reside en que, para muchas mujeres víctimas, las/os profesionales que les atienden son su punto de apoyo más importante y, en algunos casos, la vía para la toma de conciencia de su situación (Giménez, 2012).

Esa afirmación coincide con lo que establece la guía europea (Arpa, 2017); que la formación de las personas que atienden a las mujeres con problemas de drogas u otras adicciones, entre las que concurren otras diversas circunstancias como la VG, es un aspecto central que va a determinar la eficacia de los servicios y la valoración que hagan las mujeres de su proceso, por el valor que ellas conceden a los vínculos en general, y también a los de carácter terapéutico en particular.

9.4.1.2. Sobre el personal de los recursos de drogas

Para conseguir esa adecuación y lograr unos recursos eficaces va a ser del todo necesario modificar ciertas dinámicas que hasta el momento han pervivido, como las que se reflejan en la investigación de Moya et al., (2006) respecto de las opiniones que mantienen distintos profesionales que trabajan con mujeres adictas sobre ellas: una imagen mucho más devaluada que la que tienen de los varones, debido a un rígido juicio moral en función del cual colocan a las mujeres drogodependientes en un nivel muy inferior al de los hombres adictos en similares circunstancias.

A juicio del equipo profesional que participó en el grupo de discusión organizado para investigar estos aspectos (Moya et al, 2006), la adicción masculina era mucho más disculpable que la de ellas. De hecho, ellos eran asimilados como enfermos dignos de lástima, mientras que las mujeres eran consideradas unas viciosas que estaba descuidando sus obligaciones y sus roles de cuidadoras, sobre todo si tenían hijas/os. Por este tipo de consideraciones, que también se comparten en sus contextos más cercanos, las mujeres se quedan sin apoyo familiar en el 90% de los casos, pues la percepción hacia ellas es mucho más estricta, culpabilizadora y carente de cualquier tipo de sensibilidad o empatía hacia su problema.

Las autoras del artículo añaden que cuando se estudia a las mujeres adictas, el término desviación aparece en mayor medida que cuando la población objeto de estudio son los varones. También se las considera psicológicamente más inadecuadas o inadaptadas que a los varones que consumen las mismas sustancias.

A juicio de Echaren (2002, en Moya et al., 2006), en los dispositivos de adicciones también se le exige a la mujer una mayor fortaleza y se le insta en mayor medida que a ellos a que sean capaces de controlar/se.

En el libro *Mujeres y drogas: prevención de recaídas desde una perspectiva de género* (Arostegui y Martínez-Redondo, 2018), se abordan las dificultades de cualquier equipo profesional que trabaja en adicciones, asumiendo que todos estos prejuicios comentados son habituales también entre profesionales, puesto que todas las personas estamos atravesadas por las creencias sociales más arraigadas.

En esta publicación se referencia a Ettorre (1992), quien afirma que todas las personas estamos marcadas por diferencias en función de nuestra pertenencia al género masculino o femenino y que, por ello, y en lo relativo al objeto de estudio, el género también va a condicionar a las personas que atienden a las mujeres en los recursos asistenciales. Cualquier equipo profesional puede estar afectado por el sexismo, los roles sexuales y los estereotipos de género, lógicamente, tanto en los tratamientos de las drogodependencias como en cualquier otro recurso de adicciones, siendo difícil poder dar respuesta a las mujeres adictas cuando no se contemplan otras variables que les afectan o cuando sólo se las considera como adictas o drogodependientes (Levy, 1981, en Arostegui et al, 2019).

En definitiva, las creencias sociales sobre el género, las drogodependencias u otras adicciones son compartidas, y como se ha señalado, afectan a cualquier profesional (Greenfield, Brooks, Gordon, Green y Kropp, 2007) por lo que, inconscientemente, es habitual que profesionales y recursos reproduzcan la doble penalización social que sufre la mujer adicta: la de ser consumidora y la derivada de la trasgresión del rol femenino (Rodríguez, 2001). La formación, el entrenamiento y la sensibilización hacia los problemas de las mujeres resulta la mejor solución para combatir esta percepción, mejorar la oferta de los servicios y la intervención que se dispensa a las usuarias (Nelson-Zlupko et al., 1985).

Y si bien resulta cierto que profesionales y recursos han ido asumiendo progresivamente una mayor conciencia de la existencia de diferencias entre las personas atendidas por razón de género, y que cada vez hay más personal con formación e interés por estas cuestiones, perviven elementos residuales que se manifiestan en diferentes grados de intensidad y gravedad, incluso entre profesionales con motivación y compromiso en su trabajo con mujeres (Arostegui et al, 2019).

Las autoras argumentan que debido a ello en ocasiones sucede que, lejos de asumir la ausencia de sensibilidad de género personal o institucional y/o la propia inadecuación de los servicios o recursos a las necesidades de las usuarias, se responsabiliza a las propias mujeres del fracaso en el tratamiento, proyectando sobre ellas y en el trato que se les dispensa unas actitudes y creencias poco contrastadas (Reed, 1987), trasladándoles un juicio moral poco profesional (Hedrich, 2000) y/o manteniendo pocas expectativas respecto de sus posibilidades de éxito (Meneses, 2007). Todo ello afecta a la permanencia de estas mujeres en el programa, toda vez que obstaculiza las probabilidades de ingreso en el tratamiento cuando ellas anticipan ese sojuzgamiento de sus conductas.

En otros casos, aunque sea cada vez en menor medida, es común escuchar cómo la escasa representación de las mujeres en los servicios, quizás debido a lo dicho en el párrafo anterior, se interpreta (y con ello se reproducen y mantienen estigmas o falsos mitos) que “las mujeres fracasan más que los hombres en los tratamientos”, “son más difíciles de tratar”, “su patología es más severa y difícil de abordar”, “son más viciosas” y/o “son las que provocan que sus parejas (masculinas) abandonen el tratamiento”. También se suele pensar que “responden peor al tratamiento”,

que “tienen más recaídas y abandonos” y que “sus resultados son peores”; aspectos todos ellos que inconscientemente se pueden llegar a transmitir en la relación terapéutica cuando se interviene con ellas (Meneses, 2007). Otros estereotipos negativos, quizá más evidentes, son los que juzgan a las mujeres con problemas de adicciones como agresivas, manipuladoras, carentes de sentimientos, sexualmente promiscuas, sin confianza en sí mismas y/o destructivas.

Este trato supone un tipo de violencia que sufren las mujeres con TCS en los propios recursos que las reciben, cuando debería, por el contrario, encontrar un espacio donde recibieran, a veces por primera vez, un buen trato, digno y de calidad, no sólo por haber soportado tanta violencia y tantos tipos de violencias, sino por una cuestión de justicia, humanidad y derechos humanos. Que reciban un trato adecuado, acogedor, o en definitiva, que sean bien tratadas es algo que debería formar parte de los objetivos de la institución y los recursos “parte de la declaración y filosofía, misión y valores de la institución. Es algo que realmente debería institucionalizarse porque, de nuevo, si no es así, queda en manos de la voluntad de algunas personas y no del equipo profesional o de la gerencia de los servicios o recursos, y no una práctica sistemática” (Benoit et al, 2016: 60-61).

La mayoría del personal prefiere no abordar las violencias y traumas que condicionan el proceso de las mujeres, centrándose únicamente en la drogodependencia. Con ello se corre el riesgo de que la mayoría de mujeres no sigan el tratamiento, lo abandonen y retomen una conducta adictiva que, de alguna forma, viene a sofocar su malestar (Uhler y Parker, 2002, en Llopis et al., 2005).

“La formación desde un enfoque sensible al género resulta, también en este caso, la mejor herramienta para identificar y evaluar los problemas de estas mujeres” (Rae-side, 2003), así como para modificar la postura de las y los profesionales frente a ellas. “Y es que, como ya se ha señalado, las creencias sociales sobre el género y las drogodependencias son compartidas por cualquier/a profesional, y en este sentido sería conveniente una reflexión sobre las mismas, ya que las relaciones o vínculos terapéuticos son extremadamente importantes para las mujeres, y de su calidad depende la continuidad de éstas en el servicio” (Nelson- Zlupko, 1996).

El trato discriminatorio, censor, despectivo y las respuestas poco favorables por parte de las y los profesionales de los tratamientos pueden impedir el acceso y uso de servicios (EMCDDA, 2009; Arsova Netzelmann et al., 2015; Benoit y Jauffret-Roustide, 2016), cuando los recursos deberían ser acogedores, entornos carentes de prejuicios, no discriminatorios y resultar en la práctica verdaderos recursos de apoyo para estas mujeres (Brentari et al., 2011; OMS, 2014).

Un aspecto importante del estudio de Benoit et al. (2016) es el que señala que, con demasiada frecuencia, las acciones más sensibles a esta realidad, la intervención desde perspectiva de género y/o la existencia de espacios específicos para mujeres, aún dependen de la participación y el compromiso de las y los profesionales más involucradas/os, que incluso se enfrentan personalmente a otras/os miembros del equipo menos predispuestos a implementar una perspectiva de trabajo que, por otro lado, viene sugerida desde instancias europeas (Arpa, 2017; INPUD, 2014).

La compartimentación de la atención, la estigmatización que sufren las mujeres drogodependientes en el sistema general, la falta de formación y, en ocasiones, la oposición del personal que trabaja en los servicios de tratamiento de las adicciones supone un tipo específico de violencia (Benoit, 2016).

9.4.2. Respeto de los recursos de violencia

No existe mucha más literatura que la expuesta, que es la que sugiere la necesidad de que los equipos de profesionales que trabajan en esos recursos dispongan de conocimientos sobre las drogas, las adicciones y las drogodependencias desde una perspectiva de género, siempre y cuando, y antes de nada, accedan o consideren la posibilidad de admitir en sus servicios a mujeres con adicciones víctimas de VG con otros problemas añadidos.

En estos servicios asistenciales la drogodependencia se convierte en un impedimento para acceder, por lo menos hasta que la mujer se haya estabilizado en su abstinencia (Chait y Calvo, 2005). No se analiza la intervención en términos de protección, sino que se supedita a que persista la abstinencia (Martínez-Redondo, 2010, 2019).

A juicio de Rodríguez Palop (2012), y respecto de la correcta aplicación de la Ley 1/2004, persisten los obstáculos de accesibilidad a los recursos de asistencia integral de VG, especialmente para mujeres con circunstancias añadidas de riesgo (mujeres con alcoholismo u otras drogodependencias o con enfermedades mentales). Hay que garantizar el derecho de acceso a la red de atención a violencia para las mujeres con problemas de adicción. A día de hoy están en desventaja con el resto de población general (Martínez-Redondo, 2019).

Se ha de tomar conciencia de que la ausencia de recursos adecuados para estas mujeres supone un nuevo maltrato, al igual que lo es el que no sean admitidas en los recursos de violencia. “Uno de las expresiones más evidentes de la discriminación que padecen las mujeres usuarias de drogas, y que puede endurecer el problema del maltrato, lo encontramos en relación a los recursos de alojamiento que las instituciones ponen a disposición de las mujeres víctimas de la violencia. En el caso de los pisos de acogida, cuando las mujeres toxicómanas son víctimas de una situación de abuso y malos tratos no pueden acceder a estos recursos” (Ruíz de Azua et al., 2003: 242).

Al hilo de estas palabras, Chait et al., (2005) reflejan que las mujeres adictas que no son atendidas en estos recursos se consideran maltratadas porque esa negativa es también un reproche y un sojuzgamiento de las no consumidoras a las consumidoras o ex consumidoras, que quedan encajadas en esta identidad.

Martínez-Redondo (2010) relata algunas experiencias en torno a la demanda asistencial de mujeres drogodependientes en recursos de VG. Cuenta que esa situación producía un choque en esos recursos en tanto que se tendía a interpretar la demanda de aquellas en términos de “necesidad social de vivienda”, más que como una “situación de emergencia”, creando así un criterio de exclusión fundamentado en la no idoneidad del recurso para unas mujeres que, aun estando en situación de violencia en la pareja o expareja, no accedían al recurso por interpretarse que su motivación era la necesidad de vivienda, no la de alejarse del maltratador.

En el informe de Benoit et al. (2016) las autoras y las y los profesionales que conforman los grupos focales que reflexionan en torno a las mujeres adictas víctimas de VG demandan la asunción institucional de la creación de recursos o, al menos, una garantía de que las mujeres usuarias de drogas cuenten con las condiciones necesarias para que sea posible realizar un trabajo efectivo sobre las violencia presentes o pasadas. Además, se exige que la Administración garantice el acceso incondicional de las mujeres usuarias de sustancias a los servicios de protección, cualesquiera que sean sus circunstancias.

Las mujeres que consumen sustancias psicoactivas deben tener derecho a las mismas disposiciones de seguridad que otras mujeres que son víctimas de la violencia, sean o no usuarias activas de drogas, hayan presentado o no denuncia, tengan o no cobertura por parte de la seguridad social, estén o no sus papeles en regla, etc. En definitiva, reclaman que todas las mujeres que sufren violencia tengan un acceso incondicional a los servicios de protección. En los países donde la legislación no permite a las usuarias con consumos activos acceder a los centros de la red de violencia que ofrecen alojamiento para mujeres, deberán ser creados recursos específicos para atenderlas.

En 2005, Chait et al. ya proponían reflexionar sobre la necesidad de crear servicios integrales que incluyeran a mujeres con problemática de TCS en situaciones de emergencia, así como intervenciones que proporcionaran seguridad y protección y donde estas mujeres encontraran reconocimiento y valor por el mismo hecho de activarse frente a la victimización.

Lo que sí afirmamos a partir de escuchar las experiencias de profesionales que han participado en la elaboración de Protocolos de Intervención sobre la VG para mujeres drogodependientes es que, en el desarrollo de los mismos, deben estar representados los recursos de la Red de Violencia, tanto para escuchar lo que han de aportar como personas expertas en esta problemática como para que puedan escuchar la realidad a la que se enfrentan las mujeres con problemas de adicción, que sufren violencia.

“Tanto en el ámbito de la VG como en el de las adicciones se percibe una falta de colaboración recíproca, lo que merma la capacidad de atención, especialmente cuando ambas problemáticas son concomitantes. Por ello, resulta urgente crear modelos de trabajo conjuntos entre las instituciones implicadas con el fin de idear un programa de intervención eficiente adaptado a este perfil tan complejo” (Chait et al. 2005).

9.4.3. Respeto de los servicios sanitarios

Las instituciones sanitarias son el espacio privilegiado para la detección de todas las violencias y el escenario idóneo para abordarlas (Moreno, 2007). Sin embargo, para Salles y Tuirán (2003, en Moreno, 2007) se puede denominar violencia a la revictimización que se produce a veces sobre las mujeres victimizadas que acuden a hospitales y servicios médicos cuando, desde una posición de poder y saber médico absolutamente vertical y jerarquizado, se persiste en la medicalización del problema, aislándolo de las coordenadas de comprensión real que debería tener la población sobre un fenómeno que también es social. De hecho, se detecta un mayor consumo de fármacos en ellas debido a que el personal médico interpreta sus quejas como trastornos del estado de ánimo (Giménez, 2012).

A juicio de Amoroso y Fernández (2014), el modelo médico hegemónico dificulta la visualización de otras problemáticas de salud íntimamente relacionadas con la violencia de género que exceden lo observable. Y a juicio de Rodríguez Palop (2012), La Ley 1/2004 del 28 de diciembre todavía no ha proporcionado a las víctimas ni una protección adecuada, ni las garantías de que esa protección vaya a resultar completamente eficaz en algún momento, porque todavía está pendiente la puesta en práctica efectiva del derecho de las mujeres sobrevivientes a la atención sanitaria adecuada prestada por profesionales con formación.

En cuanto a aspectos más concretos, Rohlfs y Valls-Llobet (2003) señalan la existencia de evidencias que muestran un uso más intensivo de los servicios sanitarios por parte de las mujeres víctimas de VG, incluyendo las consultas de atención primaria y los servicios de urgencias; algo que deviene en oportunidad para detectar el problema de la violencia. Esa recurrencia habitual a los servicios médicos con quejas constantes de salud, para las autoras, puede estar enmascarando, de fondo, experiencias continuadas, y no tanto ocasionales, de violencia física, sexual y psicológica sobre esas mujeres denominadas hiperfrecuentadoras.

Según ha reconocido la propia OMS, las y los profesionales sanitarios desempeñan un papel relevante en el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación, desempeñando un papel crucial al identificar los casos VG como tales en los partes judiciales de lesión y ayudar así a las mujeres maltratadas en la tramitación del proceso judicial, entre otros de los itinerarios sobre los que podrían informarles (Vázquez, Montalbo y Cantó, 2011).

Rohlf et al (2003) refieren que algunos estudios, como el de Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand y Winkvist (2000) donde se sugiere que, por defecto, preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a la asistencia sanitaria si han padecido o padecen situaciones de violencia de género, aumenta el diagnóstico y provisión de servicios sanitarios e información a estas mujeres. Y es que una identificación temprana puede reducir las consecuencias de esta violencia y disminuir los padecimientos de las mujeres que las sufren. Sin embargo, suele ocurrir que la violencia no es explorada en las historias clínicas de rutina debido a los profundos sentimientos de vergüenza que sienten las mujeres cuando los sufren, porque la memoria de estos episodios puede estar reprimida, o porque las/os profesionales de los servicios de salud sienten incomodidad al explorar esta área (Chait y Calvo, 2005).

Efectivamente, detectar la violencia no parece una tarea fácil.

A juicio de Rohlfs et al (2003), el personal sanitario encuentra difícil reconocer y lidiar con la violencia contra las mujeres. Los principales motivos que aducen son la falta de tiempo, la falta de un circuito y coordinación ciudadana que garantice la protección de las víctimas, así como una falta de habilidad y formación para poder hacerlo.

González García (2019), en su tesis doctoral, analiza otras limitaciones del personal sanitario para identificar los casos de violencia de género en la pareja e implicarse en ellos. En su estudio, realizado con equipos de atención primaria y especializada, identifica actitudes sexistas hacia la mujer y un deficiente nivel formativo en la materia como principales obstáculos a la hora de abordar e implicarse en los casos de maltrato desde los Servicios de Salud. En términos de sexismo²⁴ tal y como lo definen Glick y Fiske (2001), concluye que el sexismo hostil se relaciona con menores tasas de implicación, igual que sucede con el sexismo benevolente, pero en éste parece posible mediar a través de una adecuada formación.

En última instancia, los problemas para la detección e intervención de las y los profesionales de la sanidad también provienen de las mujeres víctimas. Muchas de ellas, bien sea por vergüenza, amenazas del agresor o por temor, tratan de ocultar la verdadera causa de sus lesiones y las atribuyen a otros mecanismos o bien facilitan al personal médico escasa información. Esta situación se hace

24 El sexismo benevolente abarca actitudes subjetivamente positivas (para los sexistas) hacia las mujeres con quienes mantienen sus roles tradicionales, como conductas de paternalismo protector, idealización de la mujer, etc. El sexismo hostil abarca los equivalentes negativos en cada dimensión, es decir, conductas de paternalismo dominante, creencias despectivas y hostilidad hacia las mujeres. Ambas formas de sexismo sirven para justificar y mantener el patriarcado y los roles tradicionales de género (Glick y Fiske, 2001).

más evidente en ciertos colectivos de mujeres que, por sus características personales o por su situación social o legal, son más vulnerables. Tal es el caso de mujeres inmigrantes, mujeres con discapacidades psíquicas o físicas, trabajadoras sexuales o drogodependientes (Vázquez et al., 2011).

En cualquier caso, efectivamente, se necesita sensibilidad y formación para identificar, detectar o movilizar la confianza, pero también resulta indispensable disponer del tiempo necesario para crear un clima de seguridad y confianza que permita formular una serie de preguntas que, sin duda, son comprometidas. Y además, aunque la detección sea el primer paso y de evidente necesidad, hay que disponer después de pautas de actuación coordinadas con otros estamentos (los circuitos especializados, por ejemplo de drogodependencias y de VG, en el caso que nos atañe, así como de otros servicios jurídicos, sociales, policiales, etc.) que permitan ofrecer alternativas y soluciones adecuadas a las víctimas para evitar una revictimización y aumentar el ciclo de sufrimiento y los riesgos derivados de no atender adecuadamente sus necesidades.

También se insiste en la importancia que tiene la detección por su importancia para el conocimiento empírico del problema y estimar así su magnitud real. Como se ha dicho al principio del texto, a un problema se le dan soluciones cuando se adquiere conciencia de que se trata de un problema social y para ello es importante reflejar su magnitud. Sin embargo, existe mucha VG que no queda registrada, entre otras cuestiones por la naturalización de estas situaciones por parte de quienes padecen la VG, por parte de quienes la ejercen, por producirse en el ámbito de lo privado y quedar invisibilizadas, sin denunciar, y porque no se detectan ni se trasladan por parte de quienes podrían atenderla, en este caso, profesionales de la sanidad. Todo ello incide en un subregistro de casos (Biagini, 2015).

Afortunadamente, también hay profesionales del ámbito sanitario conscientes de que la VG es un problema social al que deben dar una respuesta, para lo cual requieren y demandan formación específica y protocolos de actuación que les ayuden a responder adecuadamente a estas pacientes (Rohlf et al., 2003). Para Amoroso et al., (2014), son especialmente necesarios esos protocolos en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría y salud mental.

Además de la formación también es importante la actitud. En ese sentido se hace necesaria la participación activa de todos los miembros del equipo de salud en los procesos de prevención, detección, referencia, manejo y seguimiento de los casos (Medina-Maldonado, Landenberger, Rondón de Gómez y Osio (2015).

Esa formación, a juicio de la OMS, debe integrar el enfoque de género y proveer conocimientos y herramientas, no sólo para afrontar la VG, sino para poder interpretar todas las situaciones y patologías atendiendo a las desigualdades de salud en función del género (WHO, 2002).

“La formación resulta un eje fundamental para alcanzar un nivel de sensibilización adecuado para detectar a las mujeres víctimas de violencia y realizar un correcto abordaje del problema. Se siguen encontrando obstáculos a la hora de atender a estas mujeres. La mayoría de profesionales del ámbito sanitario argumenta la escasa formación en VG y el desconocimiento del protocolo de actuación como principales barreras” (Lozano et al. 2016).

ANÁLISIS DE FUENTES PRIMARIAS

10. Metodología

En esta parte del informe procedemos a exponer el análisis de la información cualitativa extraída de 10 entrevistas en profundidad realizadas a una serie de informantes clave, con una participación total de 13 personas²⁵: profesionales con experiencia a la atención conjunta de las adicciones y violencia de género en mujeres, responsables de políticas públicas en materia de adicciones y/o violencia de género, coordinadoras de programas integrales en funcionamiento, responsables de la puesta en marcha de protocolos de atención, profesionales de atención a las adicciones y profesionales de atención a la violencia de género. Más adelante adjuntamos el listado de las personas participantes y los organismos y recursos a los que pertenecen.

En estas entrevistas se ha procurado un acceso principalmente a direcciones, gerencias y secretarías técnicas, ya que hemos considerado que la primera aproximación al tema debía darse desde de los espacios de toma de decisiones en materia de intervención en adicciones y en violencia de género.

También se ha procedido a entrevistar a una psicóloga experta en adicciones y género que ha realizado una tesis doctoral sobre violencia de género en mujeres en Comunidades Terapéuticas, a trabajadoras de una entidad que presta servicios de atención a mujeres víctimas de violencia de género, y a la directora del Espai Ariadna, un recurso que consideramos ejemplo de buenas prácticas para el objetivo de este informe, ya que es un programa diseñado desde perspectiva de género para la atención específica en recurso residencial a mujeres solas o con sus hijos/as, con adicciones y víctimas de violencia de género. Por ello, incluimos la entrevista a la directora del Espai Ariadna²⁶ casi en su totalidad, recomendando su lectura íntegra, como cierre del análisis de la información cualitativa.

Por último, hemos añadido información proporcionada por las responsables y profesionales de proyectos pioneros en la atención a mujeres con adicciones y violencia de género: Asociación Apoyat, Asociación Avant y Fundación Emet Arco Iris, que nos han hecho llegar sus memorias y/o las respuestas a un breve cuestionario acerca de cuestiones centrales en la atención a mujeres, extraído, traducido y adaptado de Benoit et al. (2016). Anexamos dicho cuestionario al final del informe.

Anexamos también información descriptiva acerca de estos y otros recursos que mencionaremos en esta parte del Informe, como ejemplos de programas con una atención integral desde perspectiva de género a mujeres drogodependientes víctimas de violencia de género.

La incorporación de una parte cualitativa a la revisión bibliográfica supone, a nuestro juicio un elemento añadido de calidad, por cuanto que refleja de forma fidedigna la opinión de voces expertas en los temas objeto de estudio; permite corroborar o realizar una reflexión crítica y comparativa entre realidad y teoría, por mucho que ésta provenga del mundo académico y, finalmente, porque la metodología cualitativa, y en este caso realizada a través entrevistas semiestructuradas, es la mejor herramienta para complementar cualquier investigación exploratoria, máxime cuando ésta se realiza desde perspectiva de género.

La entrevista semiestructurada tiene un carácter conversacional y está recomendada desde el interaccionismo simbólico a fin de que no oprimir a las personas participantes y sí generar un

25 En tres de las entrevistas han participado dos personas a la vez.

26 Con su consentimiento.

ámbito coloquial que facilita la comunicación entre quienes participan. Las entrevistas fueron grabadas en audio, previo permiso de las participantes, para su posterior transcripción textual y análisis en base a unas categorías previstas que son las que configuraron el guion de entrevista. En este sentido, los ejes temáticos han sido:

- Prevalencia de violencia y adicción en los recursos de drogodependencias: porcentajes, tipos de violencias prevalentes, sistematización de datos, perfil de las mujeres atendidas; dificultades para el abordaje
- Necesidad de recursos específicos para atender esta doble problemática: sí, no; motivos a favor o en contra; modalidad/es de recurso/s más adecuado/s; perfiles específicos para cada recurso. Pros y contras de los recursos "mixtos", Experiencias de recursos específicos que han fracasado
- Sensibilidad y capacitación profesional: el papel de la formación de los equipos y profesionales en perspectiva de género, resistencias; obligada o voluntaria; temas especialmente sensibles o de especial necesidad formativa, actitudes profesionales
- La coordinación: el trabajo en red, lagunas, sinergias, dificultades, experiencias de trabajo en red
- La intersección entre atención, tratamiento y protección: dificultades, perfiles y recursos; derivaciones. Las diferencias de atención y demanda en función de la red. Objetivos diferenciales o comunes. Expectativas
- Las diferencias entre abuso y adicción: qué problemas genera, es una diferenciación relevante; a qué aspectos afecta en cada Red
- El contexto de los recursos de adicciones vs. de los recursos de violencia: acuerdos de mínimos y máximos; cambios necesarios en cada red para un trabajo colaborativo; normativas y prácticas de cada red
- La problemática de las madres con hijas/os: acceso, urgencia, compatibilidad, recursos existentes, necesidades a contemplar, perfiles profesionales diversificados

10.1. Participantes del estudio

Queremos desde aquí agradecer a todas las entrevistadas y a las que han contestado el cuestionario y/o nos han enviado la memoria de su recurso, su participación y buena disposición para compartir su tiempo y conocimientos. A todas nosotras nos guía la firme voluntad de poder contribuir en la mejora de los tratamientos desde perspectiva de género, donde las mujeres que atendemos y participan de los programas, puedan encontrar espacios de recuperación a todos los niveles.

Desde aquí nuestro más sincero agradecimiento por su sinceridad, profesionalidad y compromiso con la introducción efectiva y real de la perspectiva de género en el ámbito de las adicciones.

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD		
Canarias	Dña. Luz Marina Moreno Ojeda	Jefa de Servicio de Coordinación Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud
Canarias	Dña. Lourdes Brito González	Técnica del Servicio de Coordinación Técnica de Drogodependencias. Dirección General de Salud Pública
Castilla y León	Dña. Carmen Manso González	Jefa del Servicio de Asistencia a Drogodependientes. Comisionado Regional para la Droga. Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León
Castilla y León	Dña. María Ángeles de Álvaro Prieto	Jefa del Servicio de Planificación Sanitaria, Coordinación Sociosanitaria y Salud Mental de la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. (Ex-Jefa del Servicio de Asistencia a Drogodependientes, cargo que ostentó de febrero de 2004 a octubre de 2020)
Cataluña	Dña. Maite Tudela Martí	Psicóloga. Promoción de nuevos programas. Grup Atra (Ex-Directora del área de adicciones, género y familias de la Fundación Salud y Comunidad, responsable de programas de prevención y tratamiento de drogodependencias con perspectiva de género)
Cataluña	Dña. Gisela Hansen Rodríguez	Psicóloga en Comunidad Terapéutica de Fundación Dianova. Doctora en Psicología por la Universitat Autònoma de Barcelona
Cataluña	Dña. Miriam Vázquez de Santiago	Psicóloga. Directora del Espai Ariadna. Fundación Salud y Comunidad
Comunidad Valenciana	Dña. Pilar Piera Tarazona	Psicóloga. Directora Técnica de la Asociación Avant. Docente de la Universidad Europea de Valencia
Extremadura	Dña. Pilar Morcillo Sánchez	Secretaria Técnica de Drogodependencias de Extremadura. Dirección General de Salud Pública
Madrid (municipio)	Dña. Ruth Olmos Espinosa	Jefa del Departamento de Asistencia del Instituto de Adicciones de Madrid Salud. Organismo Autónomo del Ayuntamiento de Madrid
Madrid (municipio)	Dña. Elena Valverde	Responsable del Área de Igualdad de Fundación Luz Casanova
Madrid (municipio)	Dña. Begoña Moreno	Trabajadora de Fundación Luz Casanova
Madrid (municipio)	Dña. Marta Oliva de la Torre	Jefa de Sección de Atención a la Violencia de Pareja/Exponeja. Dirección General de Políticas de Igualdad y contra la Violencia de Género. Ayuntamiento de Madrid

MEMORIAS Y CUESTIONARIO (BENOIT ET AL., 2016)		
Córdoba	Auxiliadora Fernández y Dolores Jimenez Domínguez - Emet Arco Iris	Comunidad Terapéutica. Programa de atención a mujeres víctimas de violencia de género
Madrid (municipio)	Luz Casanova	Programa de Atención a Violencias Sexuales en Mujeres Sin Hogar
Valencia	Carmen López - Asociación Avant	Programa de Adicción y Violencia contra la mujer. Centro de Día
Villanueva de la Serena (Badajoz)	Ana Fortuna - Asociación Apoyat	Comunidad Terapéutica Centro de Día Vivienda de incorporación sociolaboral

11. Limitaciones del estudio

Por el escaso tiempo de desarrollo de la investigación, ésta presenta algunas limitaciones que creemos necesario dejar recogidas:

- no se ha accedido (ni se mencionan) a todos los recursos de adicciones que atienden específicamente a mujeres en el Estado español o que presentan programas de atención específicos, contemplen estos la perspectiva de género o no. Aquellos a los que se ha accedido a través de estas entrevistas y/o cuestionarios, están en contacto con las autoras de esta investigación a través de redes de trabajo en género, usos de drogas y adicciones. Esto ha facilitado el acceso. Además, se partía de un conocimiento previo de las experiencias puestas en marcha, que garantizaba la aportación de información, reflexiones y experiencias desde perspectiva de género en la atención específica del binomio adicciones-violencia de género. No ha sido objeto de este trabajo, en ningún caso, proceder a recoger la información de todos los recursos existentes en el Estado, y/o medir el grado de incorporación de la perspectiva de género en los mismos²⁷. De hecho, hay entidades con presencia en todo el territorio español que, desde hace tiempo, tienen espacios o programas específicos dentro de sus instalaciones mixtas, y habría sido muy interesante poder acceder a información cualitativa al respecto, pero, repetimos, consideramos que esa revisión respondería a objetivos de fases posteriores de desarrollo y conocimiento de los extremos más concretos del funcionamiento y organización de cada recurso.
- tampoco se ha procurado acceso a recursos de reducción del daño, mujeres en situación de sin hogar, mujeres en situación de prostitución, en situación de trata, de privación de libertad presente o pasada y demás situaciones referenciadas en la parte del análisis de fuentes secundarias. Sí recogemos en el anexo con la información descriptiva sobre recursos, la referida al proyecto Metzineres, programa de reducción del daño que presta atención desde perspectiva de género a mujeres en varias de esas situaciones.

²⁷ Consideramos que es un trabajo que habría que realizar con el tiempo y los medios disponibles para ello. La Federación Catalana de Drogodependencias ha elaborado una herramienta para valorar el grado de incorporación de la perspectiva de género en las organizaciones y los programas que podría ser útil a tal efecto.

12. Análisis de la información cualitativa

12.1. Prevalencia de la violencia de género en mujeres con problemas de adicción

Todas las informantes de la red de adicciones coinciden, primero, en ratificar la altísima tasa de prevalencia de violencia de género entre las mujeres drogodependientes que atienden en sus recursos. Como veremos a lo largo de los puntos de este informe, son varios los aspectos a tener en cuenta para considerar estas prevalencias.

El primero de ellos sería el relativo a la conceptualización del término. El mismo hecho de que la red oficial de atención a la violencia de género se haya desarrollado al calor de la Ley Orgánica de 2004²⁸, ha producido como consecuencia que en muchos foros se entienda la violencia de género en el sentido restrictivo del ámbito de actuación de la ley, es decir: en la pareja/ex pareja. Desde esa confusión o limitación conceptual o aplicativa, es posible colegir por qué en las redes que trabajan en adicciones y violencia, salvo excepciones que hemos recogido en este informe, tradicionalmente se hayan concebido ambos problemas de forma parcelada, y como una interferencia cada uno de ellos sobre el otro: en una red se percibía que la violencia de género, sobre todo en la pareja, interfería en la buena marcha del tratamiento, y en la otra, que la adicción interfería o hacía imposible el trabajo en violencia.

Así, son muchas las aproximaciones que centran su atención en el binomio maltrato en la pareja/adicción, cuando, tal como se evidencia en los estudios referenciados y en la práctica profesional, la realidad de las mujeres con abusos de drogas y/o adicciones es que presentan **una alta prevalencia en esa y otros tipos de violencia de género, fuera del ámbito de la pareja/expareja**.

El protocolo no está enfocado solo a la violencia de pareja y, de hecho, muchos casos que ahora mismo que se plantean cuando nosotros priorizamos el ingreso en los recursos de las mujeres que sufren violencia, pues a lo mejor el caso de violencia es el de un padre hacia una hija, o de un hermano, o de la persona con quien convive, y tiene la misma consideración.

(Entrevista 1)

(...) desde luego, un porcentaje muy alto de las que están en tratamiento son y han sido víctimas de violencia de un tipo o de otro, de mayor o menor calado, lo han sido, y ahora se recoge.

(Entrevista 9)

Y ya te digo, yo no esperaba un 95%...sí me esperaba alta la prevalencia, porque desde el primer momento de la investigación se pasan dos instrumentos: uno primero que es un screening; evidentemente un screening por economía y por ética. Si tú ves que en el screening sale cero, no te voy a hacer contestar un instrumento, por supuesto. Pero es que vimos que todos los screening eran positivos: era de 100 mujeres, 96, y que recogían unas violencias graves, graves.

(Entrevista 6)

La describiría como una realidad que existe. Que es una realidad que se da de forma más frecuente que la que se da entre las mujeres de la población general que no tienen una adicción, que es incluso más prevalente que entre otras poblaciones de mujeres vulnerables, como pueden ser, a lo mejor, mujeres que tienen una enfermedad mental. Creo que sólo es superada por las mujeres que están en situación de sin hogar, o en situación de calle, aunque puede ser que estén más o menos al mismo nivel. (...)

28 Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género

Y hablamos de violencia de género a todos los niveles: la de la pareja y expareja, y la de los hombres en general. No sé si es más frecuente la de la pareja, es decir, no sé si en el cómputo general es más frecuente ésta que las otras. Creo que la violencia de género es muy frecuente y es toda, es decir, por nivel de parentesco y por nivel de relación. O sea, desde la violencia por parte de padres, hermanos, de hijos, de desconocidos, o sea, no sólo de la pareja. De hecho, cuando se hacen los estudios no se circunscribe a la pareja, o sea, que se pregunta por los antecedentes de violencia de pareja, de expareja y otros miembros, o sea, otros familiares, otras personas u otros actos violentos, como abusos, violaciones, etc. O sea, que sí se contempla, en general, todo. Y de hecho, en el registro que ahora mismo tenemos, en el sistema informático se contempla la violencia venga de donde venga, vamos, de quien venga.

(Entrevista 1)

Cabe destacar que las mujeres con problemas de adicción que llegan a nuestra comunidad terapéutica, la gran mayoría han sido o son víctimas de violencia de género, más del 80% de ellas han vivido algún tipo de violencia y/o abuso. (...) Violencia física, psicológica, sexual, además añadiríamos violencia económica, laboral, institucional y simbólica.

(Cuestionario 1)

En los últimos dos años, que es hasta donde se han contabilizado los datos hemos atendido, en los diferentes recursos (comunidad terapéutica, vivienda de incorporación socio-laboral y centro de día), a un total de 175 mujeres víctimas de violencia de género, lo que supone un 83.33% de todas las mujeres que se atendieron.

(Cuestionario 2)

El segundo de los aspectos a considerar de cara a cuantificar las prevalencias tiene que ver con la **sistematización de esta información** porque, aunque la experiencia cotidiana del trabajo clínico con estas mujeres atestigüe la prevalencia sin lugar a dudas, su recogida en historias clínicas y anamnesis no es una práctica extendida en todos los recursos. Las informantes consideran imprescindible recoger en las historias clínicas y socioeducativas los datos acerca de la violencia de género, en todos los ámbitos y por parte de hombres que sean familiares, conocidos y/o desconocidos, así como otras variables a tener en cuenta en el historial de las mujeres y el desarrollo de su problemática de adicción. El hecho de que el historial sea volcado en una base de datos informatizada, permite además tener estadísticas y cruzar datos, de forma que podamos adecuar lo mejor posible nuestras intervenciones a la realidad de las mujeres que atendemos.

Creo que debería haber un sistema estatal que permita adoptar estas buenas prácticas en todo el Estado... Las redes están muy descentralizadas y dependen de cada comunidad... Y claro, hay muchos sitios que no recogen la violencia. Nuestro historial recoge violencia de género, venga de quien venga, y se especifica. Se tienen estadísticas y la base de datos permite cruzar esos datos.

(Entrevista 1)

Es que yo creo que aquí hay otra cosa importante, que es que las y los profesionales pregunten de manera sistemática por ese aspecto o que investiguen ese aspecto a la hora de hacer la historia de salud, porque así está consignado por ejemplo en Atención Primaria. Luego está que lo hagan o no lo hagan, pero se dice que hay que preguntar de alguna manera, o indagar..., no de una manera directa, lógicamente, pero sí indagar de alguna manera asumiendo que existe esa posibilidad ¿no?, de que haya casos de violencia de género, pero yo creo que ahora, las profesionales, con el tema de que existe el protocolo y demás, ya lo incorporarán de una manera más sistemática.

(Entrevista 5)

El sistema de registro que nosotras tenemos, que eso todavía está en pañales, pero es algo importante que las y los compañeros tienen en cuenta y que habrá que incorporar y contemplar dentro del sistema de registro la variable Violencia de Género de alguna manera ¿no?, porque hay que disponer de datos estadísticos, porque, como se dice, la información es poder ¿no? y porque, sobre todo, los datos son fundamentales.

(Entrevista 6)

Además, el testimonio de las personas expertas entrevistadas constata que las mujeres llegan en muchos casos con **múltiples factores de exclusión social/ejes de opresión**:

Yo te digo los perfiles de mujeres que llegan a los recursos: desde mujeres prostitutas, que han ejercido la prostitución; mujeres que llevan 30 años, toda una vida consumiendo alcohol, con diferentes situaciones de relación de pareja, con agresión psicológica y física; madres que han abandonado a sus hijos a cargo de las abuelas o de las tías por el consumo; mujeres también procedentes de trata; mujeres, incluso algunas mayores, que después de muchísimos años han caído completamente y necesitan nuestra ayuda. Y que yo sepa, más o menos esos son los perfiles. Más o menos. Jovencitas, pocas. Normalmente son de 30 para arriba.

(Entrevista 4)

(...) el motivo de entrada, casi en el 100% de los casos cada año es por violencia en el ámbito de la pareja, el motivo de entrada ¿no? Después, en la exploración, lo que normalmente aparece es que han vivido diferentes tipos de violencias a lo largo de toda su vida: violencias familiares, violencias sexuales, si están en el contexto de calle la que se da en el espacio público, pero sobre todo por parte de familiares. Algunos abusos infantiles, nos encontramos con violencia en el entorno familiar, nos encontramos diferentes parejas agresoras, y nos encontramos violencia en el contexto de consumo también, y nos encontramos también violencia en el entorno del trabajo sexual. Nos hemos encontrado también con trata, con tráfico de personas. O sea, nos encontramos con todos los tipos de violencia, también la violencia racista (muchas de ellas son migradas), y luego una de las que intentamos explorar mucho más y visibilizar es la violencia institucional; la violencia de género institucional ¿no?, que está presente en prácticamente todos los casos, o en todos los casos, yo diría.

Entonces, bueno, podemos decir que la primera violencia institucional que una mujer siente es la que hace que no pueda ir a un recurso porque tiene una adicción ¿no?, porque en algún lugar alguien le ha dicho: para ti no hay solución. Son prácticamente todas las que han estado dando bandazos durante un montón de tiempo y vinculadas a Servicios Sociales y tal.

(Entrevista 7)

Comorbilidades asociadas; Barreras de acceso a los recursos; Situación actual o pasada de prostitución; Desempleo/Situación económica precaria; Carecer de redes de apoyo; Haber sido víctimas de abusos, violaciones, agresiones, maltrato por algún familiar u otra persona varón en etapas de su infancia y/o adolescencia...

(Cuestionario 2)

R2.- Sí, irregulares, en situación de trata..., bueno, es que se junta todo

P.- Y frente a la situación de trata, que esto es importante, lo de la trata y mujeres en situación de prostitución: ¿detectáis consumo también en esas mujeres?

R1 y R2.- Claro, sí.

R2.- Sobre todo por la función de anestesia, también, que tiene el consumo

R1.- Yo creo que teniendo los medios... yo creo que sería una oportunidad, porque al final siempre es como que hacemos compartimentos estancos, o sea, mujeres víctimas y drogas, mujeres víctimas y salud mental; mujeres víctimas y discapacidad. Es verdad que, luego, en un recurso como los que hay es muy complicado manejar todas esas situaciones, pero que yo creo que si hay preparación y que si hay recursos se podrían asumir... no que haya en un centro todos los casos a la vez, pero que uno o dos casos yo creo que se podrían asumir, pero siempre que haya los medios y que los equipos estén preparados

R2.- Yo creo que, de otra forma, se está obviando la realidad. La realidad es que no existen los perfiles puros de violencia de género. La realidad es que tenemos mujeres víctimas de violencia con discapacidad, con salud mental y un montón de cosas. Entonces yo creo que estoy de acuerdo con R1 en que es complicado que abran la mano en ese sentido, pero yo sí diría que ese es el perfil real de los recursos, o sea, no podemos seguir diciendo que en los recursos no hay drogas o que en los recursos no hay salud mental, porque eso no es cierto.

(Entrevista 8)

Por tanto, 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 vulnerabilidad que concurren con la adicción y la violencia: mujeres en situación de prostitución, sinhogarismo, migrantes, tratadas, etc. Esto no puede ser enfocado como un “sumatorio de problemas”, sino que necesita de una intervención integral desde una perspectiva interseccional.

12.2. De la conveniencia o no de recursos específicos

Una vez ampliada la mirada en ese sentido, la siguiente pregunta que surge indaga en la pertinencia de los recursos específicos frente a la atención en recursos generalistas. De hecho, frente al planteamiento de la necesidad o no de proporcionar una atención integral en recursos específicos, principalmente residenciales, como veremos más adelante las informantes coinciden en su pertinencia, sí, pero antes surgen reflexiones que exponen una preocupación con relación a la ocupación de esas plazas específicas.

A ver, yo creo que sí está indicado. Creo que no todas las plazas de ingreso de mujeres tengan que ser en un recurso específico. Creo que el recurso específico sólo para mujeres tiene una indicación y tiene un perfil y creo que sí que está indicado. No sé cómo se puede articular para que lo puedas hacer sostenible en el tiempo y mantenerlo en el tiempo, porque creo que tú tienes que darle una capacidad, una capacidad de plazas me refiero, que sea más o menos un sitio donde se pueda permanecer. Y eso es lo que me resulta un poco difícil de verlo organizativamente. Si tú puedes mantener un piso que tienes con 10 plazas, y si de repente tienes 4, porque al final con estas cosas pasa... a ver, yo te digo lo que a veces nos pasa con patología dual; con las plazas de ingreso en piso de patología dual, de reinserción, por ejemplo, que en algún momento hemos tenido muchas. Y vale, pues decíamos, tenemos 20 plazas con patología dual y 20 plazas sin patología dual. Cuando las 20 las tienes utilizadas, las de “normal” digo, y en patología dual había pocas plazas utilizadas, porque, bueno, porque los casos son menos, pues bueno, llenabas con las otras. Pues bueno, las voy metiendo... entonces, al final la especificidad se pierde, porque relleno y la pierdo. Y cuando la necesito ya tengo que esperar a que el otro salga. Entonces yo digo: pues bueno, vamos a tener 10 plazas de mujeres con un perfil más dependiente en muchos momentos de otras si-

tuaciones (como violencia), es decir, porque también pienso que hay mujeres que no deben ir a un piso o a un recurso mixto. Pero no lleno plazas. Eso es lo que a mí me dificulta para dar la respuesta adecuada, que tú tengas una serie de plazas y puedas mantener la estabilidad en el tiempo, porque si no, claro, al final, es que tienes que tener mucha pasta, es decir, yo me pongo en el caso de que... Que vamos, que sí, que yo te puedo decir, pues estupendo, pero que, si lo abres, vamos a ver, que se tiene que mantener, y se tiene que mantener abierto y se tiene que financiar, porque si no, al final nos pasa lo de siempre, pues que...

(Entrevista 1)

La preocupación expresada en el testimonio anterior (que igualmente han expresado otras participantes) se relaciona también con varias experiencias donde la puesta en marcha de recursos residenciales de apoyo específicos para mujeres han fracasado o ha costado mantenerlos abiertos ante su baja ocupación. Las informantes refieren algunas de estas experiencias.

En Castilla y León, hace muchos años, cuando yo llegué, o al poco de yo llegar se abrió una C.T para mujeres con o sin hijos, creo que en León, pero estaba siempre vacía, entonces, ¿estar manteniendo un recurso, para que sólo haya una mujer...!, ¡o dos, pero de ellas ninguna con hijos! O una con hijos y la otra no, porque también, de alguna manera, en los recursos asistenciales, si había apoyo familiar, en el sentido de que el niño pequeño o el bebé pudiera estar en un entorno lo más normalizado posible se decía que era preferible que la mujer primero se recuperara y que luego fuera a por su hijo y que mientras tanto estuviera con los abuelos. Sólo en el caso de que no hubiera esa familia...pues bueno, que al final aquello era un gasto inmenso para dos mujeres que, al final, si la familia es de no sé dónde, a León no pueden ir a verle, entonces...bueno, es que se cerró, se cerró la C.T por falta de uso, porque no había casos para mantenerla en toda una Comunidad como Castilla y León. Claro, eso en Madrid es impensable, o en Barcelona, que esa situación pueda ocurrir...

(Entrevista 9)

Tal y como se señala en el testimonio, más allá de la pertinencia o no del recurso, se barajan otros motivos que, sin duda, pueden haber contribuido a ese fracaso. En este caso se comenta que la existencia de un único recurso para una Comunidad tan extensa resulta una dificultad a la hora de motivar a las usuarias para el ingreso, por el desarraigo y percepción de lejanía, más allá de la distancia real que exista respecto de su ámbito residencial. La fragmentación y extensión del territorio es algo que preocupa en más Comunidades Autónomas que reúnen estas mismas características (Canarias, Extremadura, Andalucía...).

Sin embargo, en Madrid también sucedió: tal es el caso del recurso Mariana Pineda, que abrió en 2008 y tuvo que cerrar en 2012, después de perder su especificidad en drogodependencias en 2010.

Esa experiencia es que no funcionó, directamente no funcionó. Durante 4 años le dimos muchas vueltas a cómo ir modificando cuestiones de protocolo de intervención, etc., pero la realidad es que no llegábamos a las mujeres..., a ver, el perfil que se diseña para el Mariana Pineda era un perfil que llegaban poquísimos casos, o sea, poquísimos casos; te voy a decir, porque he sacado las memorias de aquellos años. 2008, que es el año de arranque, sólo atendimos a..., en un Centro de Emergencia ¡para que tú te sitúes!, normalmente en un Centro de Emergencia estamos teniendo doscientas y muchas mujeres anualmente, y allí tuvimos 8 mujeres en todo el año. En 2009, 9 mujeres; a partir de 2010 nos planteamos que no era viable en un recurso público de estas características, a nivel de eficiencia, tener un recurso con el coste que tiene Mariana Pineda a nivel de equipo profesional, etc., para 9 personas a lo largo del año, que ni siquiera es un recurso de Larga Estancia ¡que es un

recurso de Corta Estancia!, con lo cual había meses enteros en que no teníamos mujeres alojadas, cuando era para un perfil específico de drogodependencias.

(Entrevista 3)

Este recurso abrió al amparo de la red de violencia del Ayuntamiento de Madrid en coordinación con el Instituto de Adicciones de Madrid Salud, como recurso de emergencia²⁹ para mujeres con adicciones en situación de maltrato en la pareja/ ex pareja. Dos investigaciones realizadas en 2009 por UNAD (Martínez-Redondo, 2010)³⁰ y Fundación Atenea (Castaño, 2009)³¹, financiadas por el Plan Nacional sobre Drogas, pusieron de relieve que había grandes dificultades derivadas del propio diseño del recurso, principalmente en su concepción y requisitos de acceso, de manera que la conclusión que ambos estudios alcanzaron fue que en realidad no es que no fuera necesario (la falta de demanda lleva a esa lógica conclusión), sino que no estaba adaptado a las necesidades de las mujeres drogodependientes. Así mismo, se recogió la evidencia de que muchas mujeres con problemas de adicción no querían ir a un recurso específico de “mujeres maltratadas” y “drogodependientes”; información cualitativa, toda ella, obtenida en esas investigaciones y que en todo caso aconsejaba un cambio en el diagnóstico³² de la problemática a atender y en la planificación de un recurso de estas características, así como en los procedimientos de acceso y normativa interna. De hecho, esas experiencias “de fracaso” han servido de aprendizaje para identificar buenas o malas prácticas y en base a ello avanzar en el desarrollo más adecuado de recursos específicos actualmente en funcionamiento.

Así, la realidad también es que, hoy por hoy, esos espacios específicos³³: 1) el recurso residencial en entorno urbano Espai Ariadna de Fundación Salud y Comunidad en Barcelona, 2) la Comunidad Terapéutica de Apoyat en Villanueva de la Serena (Badajoz), 3) el recurso de reducción de daños Metzineres en Barcelona, 4) el programa de atención a violencia y adicciones en la C.T. La Muela de Emet Arco-Iris en Montilla (Córdoba), o 5) el programa específico de tratamiento ambulatorio para violencia y adicciones de AVANT en Valencia, tienen altas tasas de ocupación e incluso lista de espera en algunos momentos.

¿Dónde radica el éxito de espacios específicos de atención como estos? No es objeto de este informe llegar al detalle técnico de su funcionamiento ni de las conclusiones ya disponibles en las investigaciones cualitativas anteriormente referenciadas, pero sí nos proponemos indagar en aquello que ha fundamentado su existencia, y que debería ser extensible a toda la red.

Sigamos, por tanto, exponiendo las fundamentaciones para la pertinencia de recursos de atención específica.

12.2.1. Lo indicado de un recurso específico para mujeres con adicciones, víctimas de violencia de género

El constatar la tasa de mujeres o que el 85-90% de mujeres drogodependientes que estamos viendo sufren múltiples violencias, para mí ese es el argumento necesario para justificar un recurso específico, y que requieren de un trabajo, de un espacio de tranquilidad, de

29 Son recursos de corta estancia, para unos 2 meses.

30 Disponible en el siguiente enlace: <http://www.generoydrogodependencias.org/2010/12/19/investigacion-sobre-la-intervencion-en-drogodependencias-y-malos-tratos-a-mujeres-en-las-redes-de-atencion/>

31 Disponible en el siguiente enlace: <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/216.pdf>

32 En el sentido del análisis de la realidad y concepción del recurso, que solo atendía alojamiento para situaciones de emergencia en casos de violencia en la pareja/ex pareja. Exploraremos estos aspectos a lo largo del informe.

33 Ver el Anexo de recursos para la descripción de cada uno de ellos.

poder identificar todo eso que les ha estado pasando o en relación a lo que les ha estado pasando, yo creo que tener un espacio que estén entre mujeres, que es fundamental ¿no?, porque lo que estamos viendo es que, cuando están en un espacio mixto, sobre todo a nivel residencial ¿eh?, concretamente en los pisos, pues ahí se ponen en marcha otros mecanismos, y la manera de poder llegar a tratar los temas que para ti son imprescindibles que puedan abordar para una buena recuperación no se puede hacer de la misma manera, o sea, no llegas ni a la mitad de lo que puedes llegar en un espacio sin...donde no estén los hombres y, por tanto, no pongan en juego los mecanismos, que están acostumbradas ¿eh? por socialización a poner en marcha. Ese sería un aspecto ¿no?, el poder tratar temas y tratarlos de una manera y con una calidad, y con una tranquilidad de espacio que no te la da un espacio en el que estén conviviendo con hombres, por lo que se pone en juego cuando están conviviendo con hombres. Esto, por un lado. Luego, la posibilidad de que pueden hacer el tratamiento, aquellas que quieran, con sus hijos e hijas también sería un elemento añadido a poner, a no estar en el espacio mixto.

(Entrevista 10)

R. Pues que tampoco tiene por qué ser la única opción de tratamiento. Creo que tiene que ser una opción y que esa opción sí que tiene que existir ¿sabes? Garantizar esa posibilidad.

P.- Una opción no mixta, dices, claro

R.- Eso es, no mixta. La posibilidad de un... O sea, mientras mantengamos prevalencias de violencia, tirando por lo bajo, del 70% en mujeres adictas, creo que hay que dar esa opción. Y respecto a lo que decía antes, creo que también encajan ahí mujeres con patologías previas, o con formas de ser, de relacionarse que, en la historia de su consumo no están influyendo correctamente, o va a hacer que salgan perjudicadas claramente.

(Entrevista 1)

Cuando una mujer presenta un historial de violencia, tanto si es antecedente como consecuente a la historia de consumo abusivo o al desarrollo de una adicción, no suele resultar conveniente, en términos terapéuticos, 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 pone en marcha en las mujeres dispositivos emocionales y de supervivencia aprendidos, que las más de las veces no son beneficiosos para sí mismas y sus procesos de recuperación. Es más, al ser solo una, dos o tres mujeres entre muchos hombres, en régimen convivencial y con cierto aislamiento del exterior, determinadas dinámicas de relación se reproducen en mayor medida que en modalidad de tratamiento ambulatorio o si el espacio residencial fuese realmente mixto y en un entorno urbano y con menos aislamiento del exterior.

Aunque se intenten hacer grupos de mujeres en esos espacios para un abordaje específico de cuestiones relacionadas con el género, las historias de violencia han marcado su forma de establecer el vínculo y eso va a reproducirse en las Comunidades Terapéuticas y recursos residenciales de apoyo al tratamiento, donde la ratio de hombres es muy superior y donde cada uno trae consigo, también, su propio historial y formas de establecer vínculos.

Los abordajes desde perspectiva de género en drogodependencias (Castaños et al., 2007; Martínez-Redondo, 2009; Arostegui y Martínez-Redondo, 2018) llevan tiempo explicando que interactúan muchos factores que van a hacer, en cierta medida como "inevitable", que en los espacios "mixtos" se establezcan relaciones con hombres en tratamiento que pueden volver a ejercer violencias sobre ellas, hacer que abandonen el tratamiento o que terminen expulsadas por "incumplimiento de normativa". De hecho, en muchas ocasiones encontramos mujeres que vienen de espacios de prostitución o de dinámicas donde consumo y "empleo del cuerpo-sexo" han ido muy

de la mano³⁴. Es difícil que no se den determinadas dinámicas de relación entre ellos y ellas, y es consecuencia lógica que eso afecte al itinerario terapéutico.

A esto se suma que los equipos, muchas veces, no tienen la sensibilidad ni la formación en género necesaria, aspecto que abordaremos más adelante de forma específica, y que ese desconocimiento, en ocasiones, puede dar lugar a una mala praxis que derive en una nueva revictimización o reproducción de las violencias (sin la adecuada formación lo que ven es que es ella la que “*está provocando*”, o ella la que “*utiliza el sexo para conseguir lo que quiere*”, etc.)

Porque luego, a nivel de discurso, los compañeros y compañeras te entran ¡eh! si tú preguntas a la gente si ve necesidades específicas te dicen que sí, sí...los módulos (*de género*) es súper importante... pero lo que se palpa, el día a día, ese chiste machista que te lo podías haber ahorrado, con el compadre o con el tío y no te das cuenta de que eres un agente, que estas moldeando una conducta...No, eso está muy lejos.

A ver, hemos tenido situaciones de violencia ¡eh! de violencia machista, pues cuestionando a la mujer todo el rato y justificando al hombre: “¡ya, pero si ahora le ha dado un beso a la fuerza, no sé, es que antes se los dejaba dar! ¡Claro, ella ha cambiado ahora el código, el chaval tampoco...!”... A ver, si una tía se te está quitando de encima, evidentemente tienes que tener una falta de empatía brutal para no darte cuenta. O sea, son estas cosas que te digo que no. El tema de las violencias es que parece que si no le ha pegado una ostia es que no ha habido violencia.

(Entrevista 6)

Cuando una mujer presenta un historial de violencia de género, tanto si es antecedente como consecuente a la historia de consumo abusivo o al desarrollo de una adicción, no suele resultar conveniente, en términos terapéuticos, insertarla en un espacio “mixto”.

12.2.2. Se diagnostica lo que se busca. Pero hay que saber buscar para encontrar

Esto nos lleva además a una cuestión muy relevante: la **no identificación de las violencias**, tanto por parte de los equipos como por parte de las mismas mujeres.

Y después, bueno, por ejemplo, una cosa es perspectiva de género, entender que tenemos que hacer cosas distintas, abordar temas de una manera diferente y después ya el tema de la violencia, yo creo que aquí sí falta muchísima formación. Porque ahora hacemos la pregunta en todas las Comunidades para la memoria ¿eh? En las Comunidades Terapéuticas y en los Pisos ¿qué porcentaje de mujeres sufre violencias machistas? Y nos sale bajísimo también. Un treinta y pico por ciento ¡eh!, cuando hay una compañera que ha hecho una tesis sobre violencias en Comunidades Terapéuticas, con entrevistas en profundidad y le salió más del

34 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 y de los Ríos (1989); Martínez-Redondo (2009) y Arostegui Santamaria 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).

90%, o sea, que se está infradetectando todo esto y, por tanto, si se está infradetectando es que no estamos interviniendo, seguro, seguro. O sea, que nos queda mucho recorrido.³⁵

(Entrevista 10)

Ellas no identifican la violencia que reciben, y menos dentro de la pareja, del vínculo íntimo sexo-afectivo:

y que pongan que no, poco o nada a ítems que tú sabes que son bastante o mucho ¿vale? del tipo... sobre todo en el tema de la violencia sexual, sobre todo dentro de la pareja "¿cómo me va a violar mi novio?"

(Entrevista 6)

Preguntarles si él les exige tener sexo, les lleva a decir que no. Pero muchas de ellas sí tienen la experiencia de que "*me insiste y me insiste*" hasta lo hace, pero "*no me siento bien*":

hay un ítem, en el ítem 18 de violencia que pone: me exige tener sexo, tanto si quiero como si no quiero. Y claro, me ponían 'nada', cuando era algo súper frecuente en su historia. Y ella me decía: "¡a ver, es que yo querer, no quería, pero al final es como que me insistía tanto que, al final yo no sé si quería o no quería!"

(...) cuando vas hablando con ellas, pues ellas te comentan, por ejemplo, que acabas de parir, que duele muchísimo, que tienes una episiotomía y tal y que "¡lo hicimos y tal!" Y tú dices: ¿y cómo te encontrabas tú? "Mal." Pero, a priori, no hay una identificación, y eso todo recién parida ¿no?. Y claro, eso a mí también me duele ¿no?, que una mujer te diga "¡jo es que a mí nunca me han preguntado esto!" O sea, es así: "¡y ahora que lo pienso eso me supo a mí muy mal!" Porque además esta mujer se quedó embarazada de nuevo (por esas prácticas) "Y luego hubo una interrupción del embarazo y eso me hizo sentir a mí muy culpable..."

(Entrevista 6)

Adaptar las herramientas de recogida de información para poder detectar las violencias no identificadas se torna más que recomendable. "*¿Cómo te hace sentir la conducta que han tenido contigo?*" Y ahí es por donde ellas pueden entrar a identificar malestares, porque, a priori, no van a identificar la violencia, pero evidentemente, la conducta que se ha tenido sobre ellas no les ha hecho sentirse bien, antes al contrario.

El screening te pregunta sobre tensión. Ahora no lo tengo delante pero más o menos el screening te preguntaba ¿tú crees que tu relación es algo tensa, bastante tensa, demasiado tensa... o tanta tensión que me general tal? El lenguaje es diferente. Entonces, ese screening sí que te permitía darte cuenta ¿no?, te hablaba de tensión, te hablaba de tu malestar, te preguntaba si a raíz de esa tensión había consecuencias tuyas físicas, si duermes peor y tal, y en ningún momento está nombrada la palabra violencia

(Entrevista 6)

No olvidemos, además, como advierten los estudios desde perspectiva de género ya referenciados en este informe, 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 produzcan³⁶, especialmente si se trata de una mujer drogodependiente.

35 Esta compañera se refiere a todas las Comunidades Terapéuticas y Pisos donde no hay instaurado un sistema de detección ni atención desde perspectiva de género.

36 Bourdieu (2000) lo explica a través del concepto 'violencia simbólica', que ya hemos expuesto en este informe.

Para detectar las violencias necesitamos la formación de los equipos, adaptar las herramientas de detección y actuar sobre la “normalización” de dichas violencias, que quedarían si no invisibilizadas, tanto por parte de las mujeres víctimas como de la sociedad.

12.3. Sensibilización y formación de los equipos

La sensibilización y formación de los equipos en género se torna así en un elemento central de los procesos de cambio para una adecuada intervención en violencia y adicciones. Y no se trata de una cuestión de “ideología”, o de opiniones o de motivación, que es lo que suele suceder en relación con la perspectiva de género, sino de formación, de capacitación profesional y de calidad en la intervención. Casi todas las voces consultadas coinciden en señalar que debería exigirse desde la Administración para la intervención en adicciones:

En el pliego de condiciones de un contrato que yo saco, yo digo que tiene que tener perspectiva de género, y me la tienes que explicar. Y que es verdad que el papel todo lo aguanta, y que, claro, que en el papel todo queda bonito, pero es que también hay cosas que hemos revisado. Te estoy hablando de hace tres años, tres o cuatro años, que le dijimos a un recurso “¡oye, que, que las mujeres no se quedan! ¡Y dime por qué! Y vamos a ver qué podemos hacer. Y ha habido cosas que se han cambiado. Y es que creo, también, que esa exigencia de quien contrata un recurso... que dice: ¡dame una respuesta! O sea, yo te pongo esto, tú tienes que darme esto... tiene que haber un cambio; un cambio que tiene que ir, es decir, no sólo que el profesional esté motivado. Yo lo digo muchas veces en el grupo de eso, que a mí no me importa que el profesional esté motivado, es que... claro, hay cosas que se tienen que hacer de alguna determinada manera ya está. Y se lo voy a exigir. ¡Empieza a ponerte las pilas! que ¿te lo crees? bien, que ¿no te lo crees?, también. Y es que, como lo tenemos contratado, pues es que lo quiero... pues es que queremos trabajar el género, y que digan uh, ah...uf.. ...y es que, poco a poco, sí, pero hay que hacerlo. (...) Es decir, si las diferencias en adicción entre hombres y mujeres ya están demostradas, deja de hacerte el remolón. Pon, en la estrategia que sea, que hay cosas que se deben de contemplar ¡y se deben de contemplar! ¡punto!, ya está. Y después, ve exigiéndolas como exiges otras cosas. Esto es como cuando nos dijeron: mire, usted tiene que registrar el HIV, y bueno, la respuesta es “ya, ay, ay, es que no sé qué, que tal, ¡ah!, bueno... ¡eh!... ¡bah!...” y nos dicen, ¡que no!, ¡que la tiene que registrar!, y yo le voy a indicar todos los años que el 50% de sus pacientes no la tienen hecha (la serología), o el 30%, y luego el 20% o tal, hasta que, al final, todo el mundo tiene hecha una serología de HIV, de hepatitis, etc. Pues con esto lo mismo. Usted no registra los casos de violencia. “Ya, ¡jo! ¡es que tal, que cuál, bah! Jo!”. No, oiga, ¡que usted no registra y yo se lo exijo!, y se lo exijo todos los años, y yo le digo: es que el 90% de sus mujeres no sabemos si la sufre, no la sufre o en qué situación está. Y al final, mira, que lo puede encarar por las buenas o porque, al final, el que tienes por encima te exija una responsabilidad sobre determinadas cosas, porque si no, es muy difícil cambiar a todo el personal.

(Entrevista 1)

No sé, yo decía el otro día en un foro de estos que hasta que desde arriba de la entidad no haya el encargo de formación sí o sí de todo el equipo, no se va a conseguir. Va a quedar en la buena voluntad de una de la otra, de la motivada de turno y no..., no puede ser. O sea, una sesión, en horario laboral, gratis, on line, y que vayan 3 y el resto no... Y además

las figuras que van siempre son las mismas ¿eh? Trabajadora Social, Educadora, psicóloga... ¿psiquiatras? No van. Yo creo que debe haber una consigna desde arriba.

(Entrevista 10)

Entonces, a mí me sorprende mucho el que nos estemos cuestionando o planteando si tenemos que formarnos en esto. Es como decir..., no sé. Es como plantearte ¿tienes que saber qué es la metadona? trabajando en drogas ¡parece tan básico! Pero no, todavía... como si fuera opinología esto ¿no? El lunes pasado tuvimos como un taller de abordaje de las violencias, en la Red, y había un Trabajador Social que nos decía a una compañera y a mí: "¡a ver, yo la ideología me la dejo en la puerta!. Yo, cuando llego aquí, al CAD, hablo de drogas porque es mi trabajo. A mí me pagan por hablar de drogas", ¿no? Y es este discurso tan perverso de que soy tan profesional, soy tan clínico, que yo acoto mi campo de intervención ¿sabes?, que es ese discurso tan de la clínica de que cuanto más escueto es, mejor lo estás haciendo porque no te dejas influenciar por variables sociales.

(Entrevista 6)

Algo en lo que se coincide es que, en general, **sí ha habido un cambio en la sensibilidad, pero que sigue faltando formación:**

Y los discursos que yo escuchaba cuando la empezamos a crear eran muy distintos de ahora. En aquel momento, todavía, había muchas voces de "¿esto qué es?! ¡nosotros hacemos igual el tratamiento para hombres que para mujeres! ¡siempre se ha trabajado con las necesidades de las mujeres!" Y ahora no. Los discursos que yo escucho en los equipos o en la gente que viene a las Comisiones son más de "¡es que nos cuesta! ¡es que no acabamos de entender cómo pasarlo a la práctica!" ¿no? Por eso es importante los Manuales que hacéis ¿no?, porque ¡mira chica, que si te lo aplicas y te lo lees! ¿no? es que no tienes excusa. Yo creo que ya estamos en ese siguiente paso en el que la mayoría de entidades han tomado conciencia de que hay que hacer cosas distintas ¿no?, y de que algunas cosas que se estaban haciendo no funcionan con mujeres y hay que hacer cosas distintas, pero todavía estamos lejos de poder aterrizarlo a la práctica.

(Entrevista 6)

Lo bueno es que la gente ha visto la necesidad, porque yo creo que el tema de la atención a las mujeres con adicción estaba dando bastante frustración o impotencia o no sé cómo llamarlo a las y los profesionales en ese sentido ¿no? en el sentido de que tenían más recaídas, de que no terminaban los procesos, y han tomado conciencia de que no lo estaban haciendo bien...se ve en el hecho de la demanda de formación que hacen, y en ese sentido yo creo que sensibilizada la Red, si está. Es que ya son conscientes de que algo les estaba fallando en la atención a las mujeres y han entendido que el abordaje no era el correcto.

(Entrevista 10)

Sí, efectivamente, ese es el tema, que estamos un poco en pañales en cuanto a que, primero, eso no se realiza y segundo en cuanto al abordaje, o sea, cómo se podría abordar en las entrevistas iniciales. Por eso nuestra insistencia en que todo el personal de la Red recibiese la formación. Porque una cosa es recibir la formación, y otra cosa es que, yo, como personal sanitario ¿cómo puedo incorporar esta variable en la entrevista clínica que le hago a la paciente? O yo, como psicóloga, cómo puedo incorporar en la entrevista psicológica este tema... es decir, cómo puedo introducir este parámetro, o yo, como Trabajadora Social cómo... ¡ese es el tema!. Entonces, yo también creo que nos queda esa versión práctica de cómo introducir, a través de preguntas semiestructuradas esta variable y después recogerlo ¿no?, con las medidas de seguridad que eso supone ¿no? Me refiero a que ese trabajo no está hecho.

Date cuenta que recién estamos en la fase de sensibilización, formación, que tengamos un lenguaje común, que aterricemos en un Protocolo, que lo veamos necesario (*tener un protocolo*), y que después podamos desarrollarlo. Y sobre todo que esté todo el mundo alineado. (Entrevista 5)

12.3.1. No hay mejor herramienta que una buena base teórica

Los equipos piden herramientas, pero en los espacios de trabajo en red entre distintas entidades y organismos, la sensación es que **somos siempre las mismas las que nos estamos formando y estamos por los espacios. No cala en los equipos.**

Cataluña, la Subdirección General de Drogodependencias, con los CAS, ha creado una figura: el Referente de Violencia, y va dando formación y, en teoría, esta figura debe ir formando al resto del equipo. Pero bueno, mi sensación es que todavía recae mucho en la persona que asume el encargo y que no se acaba generalizando a todo el equipo. Esto cuentan compañeras que están ahí, que se les ha ido haciendo pesado que oyen “¡venga, los temas de género! ¡las mujeres están fatal!”, y que cuando hay alguna opción de las cápsulas formativas, siempre están los mismos 2 o 3 que se apuntan; no mayoritariamente el resto del equipo. (Entrevista 10)

Y que, aunque se entiende que hay que trabajar desde perspectiva de género, sigue sin articularse en los programas y tratamientos, e **incluso podemos entrar en prácticas negativas para el proceso de las mujeres, al no tener una buena base formativa para la intervención en las violencias de género y sus consecuencias.**

Pues tuvimos una formación que estuvo más específica del tema de violencias, de identificación y abordajes de violencias ¿por qué? Porque al final es como todo ¿no? Hemos empezado a hablar mucho de violencias, tenemos que abordarlas, tal cual, no sé qué, las identificamos. Bueno, hasta ahí. Las identificamos entre comillas, pero “venga, venga, oye, que esto todo el mundo las está haciendo y hay que abordarlas”. Y oye, pero no.....abordar... violencia sexual, las violencias en general... Hay unas directrices, hay que ir abordándolas poco a poco, hay que respetar procesos. Es como que hay que abordar esto, y tiene que ir rápido y tiene que ir en el plazo y procesos que marcamos nosotros. Y esto no va así. Así mejor no intervengas. Para intervenir así ... Yo lo que estoy viendo, y no sólo en mi centro de trabajo, sino a nivel de Red, y en la recogida de la información de la tesis y tal, es que sí, me estás hablando de violencias pero desde una óptica de revictimizar muchísimo a la mujer que tienes delante, de pedirle detalles a cosas que no te las quiere dar, etc.; cosas como muy básicas de la intervención de violencias y qué peligroso es meternos en un sitio sin saber cómo. Nos está pasando mucho con el tema de Abusos Sexuales en la Infancia ¿eh?

Bueno, evidentemente no digo nada nuevo al hablar de una prevalencia muy alarmante, evidentemente las mujeres te hablan de una manera mucho más abierta que ellos, así en individual y tal. De hecho, muchas de ellas identifican “sí, a raíz que a mí me pasa esto, todos esos flashbacks tan intrusivos empiezan los consumos”. No sé, a mí me da mucho vértigo intervenir en Abusos Sexuales en la Infancia, y eso que he hecho formaciones y tal, no sé, porque es una cuestión muy delicada que puedes revictimizar y un montón de cosas. Claro, yo lo que estoy viendo es a muchas entidades haciendo programas: “¡no, no, esto ahora lo estamos recogiendo y estamos haciendo un programa específico...! O una actividad específica y tal” y ¡uffffff!, cosas, detalles, que ves que no hay detrás esos estándares, esas cuatro claves que tienes que tener en cuenta antes de meterte ahí. Que es una movida

y está completamente relacionado con el tema de los consumos. Y así sólo te lo quieres mirar por la cuestión de que no consuman, sólo.

Y con el tema de la violencia de género en el ámbito de la pareja, igual, igual. Es decir ¿me entiendes? La idea final es que al final hemos comprado la idea de que hay un montón de ejes que tenemos que intervenir si queremos intervenir bien en drogas, vale, estupendo, pero que no lo sabemos hacer todo. Vamos a formarnos bien y luego vamos a imbricar todas estas cuestiones dentro de un mismo tratamiento de una manera integral con mucho cariño y con mucho cuidado. Y lo que estoy viendo es como que estamos yendo muy a saco y que estamos haciendo mucho daño de esta manera. Se nos van más, se nos van a mitad de programa con toda esa Caja de Pandora abierta o mal abierta, y así no. A mí esto particularmente me preocupa.

(Entrevista 6)

No se puede intervenir en los procesos de violencia sexual, en la pareja, en espacios de trata, situación de prostitución, abusos sexuales en la infancia, etc., sin tener formación en ello. Y la formación no se adquiere en cursos diseminados de 3, 10 o incluso 20 horas.

(...) profundizar en toda esta parte del abordaje del trauma en mujeres, más allá del enfoque de violencia. A mí, en concreto, tengo ganas de ir a una formación de alguien que haya trabajado esto a fondo, y que trabajando con mujeres y con violencias incorporar esta línea de trabajar con el trauma es fundamental en la formación.

(Entrevista 10)

De hecho, 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 principalmente compuestos por mujeres (con formación) y supervisión externa especializada en género:**

(...) cuando empezamos a hablar con ellas para ver cómo entendían ellas el trabajo con mujeres dije ¡madre mía!, ¡que no, que no, desde el asistencialismo no! ¿sabes? (...) Ahí estuvimos dando una micro formación, porque no fueron más de tres sesiones, y a partir de ahí empezamos un poquito a ver cuál era el enfoque que teníamos que dar ¿no? De la mujer. Entonces se trataba de trabajar un poquito más en horizontal, un enfoque mucho más directo, un enfoque en el que se entendiera que la mujer y yo somos lo mismo ¡cuidado!, que ella con unas circunstancias y yo con otras y desde ahí, claro. Desde ese punto de vista, y la verdad es que muy bien.

(Entrevista 3)

El equipo de profesionales para mí es otro elemento fundamental ¿no?, que deben tener formación en adicciones, formación en perspectiva de género sí o sí, con un abordaje feminista. Que vean que la clave es que ellas (*"las pacientes/usuarios"*) descubran el valor de ser agentes transformadoras, también creo que es súper potente, y cuando se consigue transmitir e involucrarlas y que no sean sólo sujetas pasivas de la recuperación, sino agentes activas ¿no? del cambio, de su cambio, del cambio social y eso se transmite ¿no? Cuando el equipo lo tiene claro es algo que se transmite en el día a día, en las actividades. O sea que, formación, sensibilidad, que haya una supervisión de cómo nosotras estamos interviniendo, porque nos interfiere como personas que somos y en el sistema que estamos y el hecho de que mayoritariamente sea un equipo de mujeres.

(Entrevista 10)

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.

12.4. La articulación de una red que integre transversalmente la perspectiva de género

En algunas Comunidades Autónomas se ha procedido a facilitar esos procesos de formación de los equipos profesionales, pero además ponen el punto de atención en la creación de redes que puedan trabajar de forma integral, porque, y esto es algo en lo que se coincide: **no todo puede depender de que exista un recurso residencial de adicciones y violencia, sino del trabajo en red y la posibilidad de articular las respuestas terapéuticas necesarias desde todos los recursos.**

Eso nos ha pasado con los pisos, eso nos ha pasado con patología dual, pero por ejemplo en Patología Dual está la psiquiatra, que es una profesional que sí que tiene sensibilidad y formación, con lo cual, para nosotras va a ser un criterio a la hora de derivar allí una mujer. Porque hay que darle respuesta y hay que intentar que se trabaje de la mejor manera posible. (Entrevista 1)

Pero es que yo creo que, a nivel ambulatorio, o sea, es la primera puerta ¿no?, ahí, por eso debes tener formación para ver el ritmo ¿no? cuándo introduces el tema, cómo lo introduces..., pero es una oportunidad clarísima de detectar, o sea, de hacer las preguntas necesarias para detectar y para dar cauce a todo ese trabajo sin el cual, yo creo que no podrá avanzar la mujer. Y creo que falta, pues eso, mucha formación ahí. (Entrevista 10)

Soy bastante crítica, porque yo he trabajado ahí, entonces, claro, yo siempre he sido crítica, en el sentido de que esa medida (*un recurso residencial para mujeres víctimas de violencia y con adicciones*), por sí sola, bajo mi punto de vista técnico, no resuelve el problema. Bajo mi punto de vista técnico lo que es necesario es que exista ese recurso y que a su vez exista todo el trabajo que estamos desarrollando: un Protocolo, una integración de los sistemas sanitario y social de atención y prevención de la Violencia de Género, un trabajo preventivo en los centros educativos, un trabajo preventivo con la sociedad.. Sin eso, sin una estrategia global, me parece un error ¿vale?, ahora, existiendo la estrategia global, me parece un acierto, pero claro, para eso estamos desarrollando el trabajo. Ahora, primero formamos a la gente de adicciones en Violencia de Género, igualdad y tal; ahora vamos a formar a la gente de la red de violencia, en adicciones; luego queremos formar a la gente de salud mental en adicciones y Violencia de Género, porque nosotras no entendemos el trabajo de otra manera. Si no es así, vamos a seguir teniendo los mismos problemas de derivación y de llenar el recurso. Porque, insisto, el problema no es tener el recurso, que ya lo es porque es mucho dinero, sino que es mantenerlo lleno para que políticamente sea rentable y eso es lo que a mí, como directora me preocupa, o sea que sea efectivo, que el dinero que nos gastamos se vea, que sea eficaz para la sociedad...

porque al final, si no es así te tumban todo lo que haces... Y sabiendo los designios políticos, que son bastante azarosos... pues hoy creemos en este proyecto y mañana no creemos y nos lo cargamos, y entonces volvemos a empezar de cero. Entonces, bueno, yo creo que, con estrategia, a nosotras nos parece correcto. Por supuesto que vamos a potenciar todo lo que nos venga, cualquier opinión, el trabajo técnico que podamos hacer para impulsarlo, lo vamos a hacer, pero contemplado desde esa estrategia que, como servicio de adicciones creo que es el camino que tenemos que hacer.

(Entrevista 5)

Es que, bueno, claro, hay que tener en cuenta que es que los CADs se atiende a perfiles de hombres y de mujeres y con ellas, de hecho, estamos recogiendo ya desde hace unos años la incidencia de maltrato, de violencia, tanto de lo denunciado como de lo no denunciado, de hecho, se diferencia lo que está denunciado, lo que ha ido a juicio, lo que tiene sentencia, está todo recogido, pero esas mujeres no tienen siempre por qué recurrir a esto, sino que la mujer puede recibir ayuda, bien por la vía de drogas o bien por la vía de mujer, que era la que no teníamos abierta hasta ahora. La vía de drogas ha existido siempre, y siempre se ha atendido en los recursos de drogas a mujeres víctimas y se ha abordado el problema que tengan, una tenía problema de maltrato y otra no, pero a todas se las ha atendido en lo que hayan necesitado. Quiero decir que, no es que hasta el año 16 a las mujeres no se las hiciera nada, quiero decir que desde la parte de Mujer no existía este problema, desde el enfoque Mujer, quiero decir. Y lo que ha costado mucho trabajo es que desde el enfoque Mujer se dieran cuenta de que hay mujeres que son drogodependientes y que es una obligación, desde ese enfoque, el prestarles la ayuda que necesitan, y no sólo desde el lado de la drogodependencia.

(Entrevista 9)

De hecho, algo que preocupa en la red de atención a las adicciones, sobre todo desde espacios de gestión y toma de decisiones, es que siga sin trabajarse con la red de violencia y se articulen espacios específicos sin un contexto fortalecido y consciente de la problemática en todas las redes que atienden a mujeres en situación de violencia.

Sí, bueno, reflexionando sobre el tema del recurso, ya sabes que a mi me genera un poco de contradicción ¿no? el tema de generar recursos específicos, porque puede llegar a ser un poco como perversión, porque en este caso le quitas el problema, en este caso a la Red de Violencia... Yo creo que tú me convenciste de ese recurso ¿no? con mirada amplia, interseccional y que no es para quitarles el problema, sino para complementar y que está claro que la Red de Violencia tienen que cambiar, porque esa rigidez..., porque es que las mujeres te vienen con un montón de historias, con hijos, con problemas de adicciones, de salud mental yo qué sé, o que viven en la calle o lo que sea, entonces, tienen que dar respuesta.

(Entrevista 5)

Quiero decir, que me parecería más lógico que si tienes un piso, en algún momento, con gente de igualdad... que se habló de que si el estamento que dirige el tema de igualdad crea el piso para mujeres víctimas de violencia de género, me da igual del tipo que sea, donde mujeres que tienen una adicción pueden entrar, donde mujeres que tienen una patología mental pueden entrar, o donde mujeres que tienen otra problemática pueden entrar, nosotros lo que podemos hacer es "¡vale! ¡nosotros te apoyamos!" Y te ayudamos, y hacemos como ese apoyo a esa situación de adicción, pero lo central, por así decirlo, que es el tema de la violencia, pues bueno, no depende de nosotros ¿sabes?, porque si no, al final vas

creando un gueto en adicción, que es lo que nos pasa con otras cosas, que claro, como yo tengo dinero, yo me hago el piso para sin hogar, o hago el piso para no sé qué o no sé cuántos. A ver si es que no somos capaces de ver que estas mujeres son víctimas de algo que les sucede a las mujeres de la población en general, que además tienen la característica esta (adicción). Deles usted un recurso y luego exíjame a mí que yo apoye y que yo haga y que, si hay 3 mujeres, 5 o 7 con esta problemática, pues que tengan un centro de referencia...

(Entrevista 1)

Algunas propuestas, sin embargo, incluso sugieren la creación de espacios de tratamiento ambulatorio que atiendan específicamente a mujeres y se conviertan en los espacios de referencia:

Nos decían: “¡que esto es arriesgarse mucho!, ¡esto es muy específico!” (en relación al programa de atención a violencia y adicciones), pero claro, nosotras nos fuimos a negociar, lo hemos ofrecido a la Secretaría Autonómica, que yo me acuerdo que en las primeras reuniones yo le llegué a decir que se necesitan Centros de Día específicos para mujeres, y no, ahí, un programita de 15 plazas, si no un Centro Específico y que a nuestra asociación no le importa salir adelante con ello, que sería súper interesante. Porque estamos hablando de un macroproyecto con toda su envergadura, detalles, como toca, con una atención integrada a mujer en Comunidad, trabajar con las mujeres con dignidad, porque eso es estar hablando de otro rollo. Eso es destinar recursos para trabajar mejor. Y eso se lo hemos ofrecido. (...) ¿cómo que no a un centro de día? ¿bajo qué parámetros decimos que no? Cuando está más que demostrado por investigaciones que la especificidad, trabajando con mujeres, mejora el éxito de los tratamientos ¿y entonces? ¿por qué no damos el paso hacia el Centro de Día? Cuando resulta que una vivienda es 10 veces más cara que un Centro de Día ¡Diez!, entonces, vamos a usar recursos ¿vale?, no sé, digo yo.

(Entrevista 4)

Para una adecuada atención integral, no todo puede depender de la existencia de un recurso residencial específico. Es necesaria la coordinación real y efectiva entre ambas redes y la transversalidad de género en las políticas de intervención.

12.5. La diferencia entre la atención integral desde perspectiva de género y la necesidad de recursos residenciales de apoyo al tratamiento y protección frente a la violencia

Llegamos así, quizás, a un elemento muy importante para seguir avanzando en el análisis de la atención a las mujeres con problemas de adicción y violencia de género, la necesidad de diferenciar entre:

1) la 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 en 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 recurso residencial de apoyo y protección.

Los criterios para que una persona vaya a una comunidad terapéutica o a un piso, sea hombre o mujer, suelen ser criterios relacionados con necesitar un apoyo extra, por ejemplo: haber realizado tratamientos ambulatorios sin que hayan funcionado; estar en un entorno familiar o social precipitador de las recaídas; encontrarse en una situación sociosanitaria y psicológica que requiera una intervención más intensiva y concentrada, etc. Cuando nos encontramos con mujeres con historiales de adicción y violencia graves, los niveles de deterioro (físicos, psicológicos, sociales) se ven además acrecentados por la variable género. En esas circunstancias, que necesiten un recurso residencial es casi una obviedad, pero el problema es, como ya se ha expuesto, que los recursos “mixtos” que existen en la red de adicciones no son los más apropiados para su recuperación y que, a lo largo de estos años, los espacios no mixtos existentes se han quedado infrutilizados por la forma en que estaban planteados y diseñados. Garantizar espacios de tratamiento específicos con apoyo residencial en los casos que se necesita, diseñados desde perspectiva de género, posibilita que al menos 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 nada óptimas para su recuperación. Puede que tengamos a una mujer en un momento motivacional para el cambio excelente en lo referente al consumo u otra conducta adictiva e ingresar en un recurso residencial, pero si no tenemos el espacio no mixto para poder trabajar los efectos de la violencia y el establecimiento del vínculo con los varones, posiblemente no nos dé tiempo a trabajarlo y tengamos que estar, como profesionales, dedicándonos a “apagar fuegos”. No debemos obviar además el componente de la protección frente a la violencia. Los espacios residenciales para mujeres en situación de violencia de género se diseñan desde la idea de proporcionar una protección, y es por eso que en ningún caso son mixtos.

Debemos diferenciar entre:

- 1) la 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 en 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 recurso residencial de apoyo y protección.

12.5.1. Perfiles de mujeres que no cumplen criterios de adicción, sino de abuso de sustancias

Pero emerge aquí una realidad que se detecta sobre todo en las redes de violencia: **mujeres en situación de violencia de género en la pareja que acuden a servicios de protección de la red de violencia, y una vez en estos recursos, emergen indicadores de consumo e incluso manifiestan un problema de abuso de sustancias, pero que en muchas ocasiones no cumplen criterios de adicción.** La necesidad de apoyo residencial se da en la protección frente a la violencia, pero el hecho de que una mujer llegue bajo el efecto de sustancias se vive como altamente disruptivo para el resto de mujeres alojadas en el recurso de protección, además de que en los equipos de violencia se verbaliza no tener herramientas/formación para hacer frente a esas situaciones.

El año pasado tuvimos en torno a un 13% de las mujeres en Centros de Emergencia que tenían indicadores de consumos problemáticos. Un porcentaje muy alto aceptan cuando se

les plantea que necesitamos el apoyo de la red especializada de drogas y que necesitamos que acepten esa intervención para poder seguir trabajando, pero también hay porcentaje de casos que deciden que no lo quieren abordar y normalmente estos casos terminan con el cese de la prestación en nuestros servicios, porque acaban saltándose la normativa y las infracciones de la normativa normalmente van vinculados a su consumo o a consumo dentro del centro o a llegar ebria al centro o a no hacerse cargo de los peques, en un momento dado, por su consumo, etc. Sí que es verdad que es una problemática que aflora con relativa frecuencia sobre todo en las mujeres alojadas.

La parte ambulatoria sucede un poco lo mismo. Lo que vemos es que, aquellos casos en los que hay consumo que no está reconocido o que no aceptan la intervención especializada en drogas es muy difícil que se mantengan. Casi te diría que no se mantiene prácticamente ningún caso, porque la prioridad de la mujer está en otro lugar.

Sí, mira, el año pasado, en 2020 los recursos de Emergencia, bueno, el año pasado hemos tenido algún recurso de alojamiento más por tema COVID, que ampliamos recursos ¿vale?, pero solamente en la parte de Centros de Emergencia, hemos tenido 242 mujeres, de las cuales 33 presentaban problemática de adicción, es decir, un 13,6%. A ver, te digo, tenemos tanto mujeres que han sido derivadas por el CAD como al revés mujeres sobre las que nosotras tenemos indicios asociados a un consumo que ellas no reconocen y que a lo largo del proceso de intervención esos indicios se convierten claramente en indicadores claros y se les indica que tienen que iniciar al menos un proceso de valoración por parte de la red especializada.

(Entrevista 3)

Y en la red de drogas, las Comunidades Terapéuticas son para personas con criterios diagnósticos de adicción, no de abuso...

R1.- Ya en el anterior protocolo se mencionaba que no solo se abordara la dependencia sino también el abuso, y en este ya se deja de forma muy explícita el que se trabaje con mujeres en las que también se detecte que tienen un problema de abuso, aunque no sea dependiente, pero ya hay una intervención psicoeducativa con ellas, o sea, que no por no reunir criterios de diagnóstico de dependencia se las deja de atender, o sea, no solamente para mujeres drogodependientes.

R2.-Es que el problema era que los recursos de mujer, en el momento que había consumo era motivo de expulsión, y en nuestros recursos (de apoyo residencial, como las C.T. o los pisos) se requería dependencia para intervenir y, claro, ahí hay una banda muy ancha de problemática que no la querían ni unos ni otros. De alguna forma a eso había que darle respuesta ¿no?

R1.- Aunque en los propios protocolos de los centros de las mujeres víctimas sí está recogida la posibilidad de acoger a mujeres que tomen medicación o que si están en un tratamiento y están estabilizadas..., pero luego, en la práctica nos hemos encontrado con casos en los que las entidades no respondían en esos casos. No las aceptaban, en definitiva y teníamos que buscar en qué provincia qué entidad podía acogerla, etc. entonces, eso es una barrera, una dificultad importante.

(Entrevista 9)

Es necesario que ningún perfil de las mujeres con problemas de adicción y/o abuso de sustancias y violencia de género, quede excluida de la posibilidad de recibir atención.

12.5.2. Dime en qué red te detectan y ¿trazaremos la más adecuada intervención?

En cuanto al consumo de drogas existen diferencias claras en función de que sea la red de adicciones la que lo detecte y derive a los servicios de violencia, o que se detecte en la red de violencia y se le indique a la mujer que tiene que realizar un trabajo sobre su consumo, con cierto contraste en la lectura de esta realidad desde cada red:

Mira, tengo aquí la memoria desagregada y, por ejemplo, en el Centro 1 ha sido más o menos en torno a la mitad de esos casos eran casos que ya venían con una intervención previa de CAD o de CAID, y en torno a la otra mitad de los casos se ha iniciado la intervención porque desde la red de violencia se ha detectado que existe esa problemática no reconocida. Es verdad que cuando se detecta es una problemática más asociada a consumo de fármacos, a consumo de alcohol y a consumo de hachís.

Sí. No lo tengo porcentualmente, pero sí te puedo dar el dato cualitativo porque se habla de ello en las reuniones de red habitualmente. Normalmente, cuando son mujeres que ya vienen con una intervención previa del CAD o del CAID vienen ya con una estabilización y una adherencia y, entre comillas, saben ya a lo que vienen, es decir, tienen claro por dónde va a ir el proceso y vienen con cierta estabilización, con conciencia de la problemática, etc. Es más complicado cuando somos nosotras las que detectamos: son casos que se detectan respecto de drogas socialmente aceptadas, es decir, no es lo mismo decirle a alguien, o que reconozca: “¡vale, tengo un problema con el consumo de cocaína!”, a reconocer “¡tengo un problema con el consumo de antidepresivos!” Es más difícil aceptar que tienes un problema con el consumo de antidepresivos porque socialmente el uso de psicofármacos está mucho más aceptado. Entonces, normalmente cuesta mucho más cuando detectamos casos desde los recursos. Cuesta bastante los casos de alcohol. Fundamentalmente, los casos que detectamos desde los recursos yo te diría que, significativamente, la droga más presente es el consumo de alcohol, bueno, más allá del consumo de tabaco que es algo que suele estar muy generalizado, pero que normalmente no nos lo planteamos (el tabaco) salvo casos así muy puntuales porque como está así socialmente aceptado y demás..., pero es verdad que el consumo de alcohol es especialmente problemático.

Del CAD nos pueden venir casos que están en metadona, por ejemplo ¿vale? y los casos que nosotras les derivamos son este otro perfil. Mujeres que entendemos que tienen un consumo de psicofármacos que realmente no corresponde a una pauta médica o mujeres que tienen un consumo de alcohol que juzgamos problemático y consumo de hachís también y que, ante la duda de si es problemático o no el tipo de consumo que está haciendo, pedimos al CAD que valore. Hay casos en los que claramente hay un consumo, pero no es un consumo problemático y es un consumo que ni interfiere en el cuidado de menores, ni interfiere en la intervención ni interfiere en la dinámica del centro y ya está, no hay mayor problema. Quiero decir que, en ese sentido entendemos que también se pueden dar consumos en esa línea ¿no?, pero tiene que ser el experto el que nos diga que son consumos en esa línea y nosotras ver que en el recurso residencial no se están dando circunstancias problemáticas por el consumo de esa sustancia. Total, que hay dos perfiles diferenciados. Los casos que nos llegan del CAD son casos con Metadona, nos llegan casos de tratamiento por cocaína..., y los perfiles que nosotras derivamos son al revés, que tienen consumo no pautado de psicofármacos, consumo problemático de alcohol, consumo de hachís que no sabemos si es o no es problemático y les pedimos a los compañeros del CAD que lo valoren.

(...) sustancias que en el momento que están en la zona de Estancia Temporal, que son tres días y que sólo se sale para ir al médico o al juzgado, aflora sintomatología de abstinencia

cia..., bueno, aunque hay otros casos que no son tan fáciles de detectar, como en el caso de la abstinencia a los antidepresivos, consumo abusivo de alcohol..., hay casos que no son tan fácil en la zona de Estancia Temporal discriminar si hay esos consumos, pero sí hay otros consumos que sí que afloran los indicadores de sospecha en la propia zona de Estancia Temporal por el tipo de recurso que es. Entonces, en los casos que sí que aflora pedimos a la Red especializada que valore la situación respecto a esa problemática concreta. Nosotras no somos expertas en drogas, con lo cual no podemos discriminar si hay un uso o un abuso cuando una mujer nos dice que consume y pedimos a las compañeras especialistas: ¡valóralo! ¡dinos si necesita un tratamiento! ¡dinos si está lo suficientemente estabilizada para que podamos incorporarla a un alojamiento protegido! Y desde ahí vamos a trabajar juntas.

(Entrevista 3)

La idea de nuestra formación (a la red de violencia) era que incorporaran la no derivación rapidita a la UCA, porque, de vez en cuando, puede ser que esta mujer no hace falta que vaya a la UCA, porque podemos ver qué hacer si es por un exceso de alcohol. Podemos hablar con ellas de otra manera para sacar información, y no ir de policías, o sea... porque puede ser, también, que no sea tanto una adicción, como un uso abusivo o un recurso frente a la violencia sufrida ¿sí?

(Entrevista 4)

R.- Esa es una queja reiterada de muchos CAD, que cuando se deriva a alguien de una casa de acogida es como para demostrar que esa persona tiene una adicción. Entonces, que hay que recoger analíticas, que hay que hacer una serie de pruebas como para recoger... Yo creo que la dificultad está en que se entienda que yo no tengo más forma de diagnosticar que alguien tiene una dependencia o que tiene una adicción, nada más que con la historia. Yo puedo hacer una analítica puntual y que me dé positivo, pero eso a mí no me dice nada. Yo tengo que hacer una historia, y si la persona que viene...y si el diagnóstico que yo voy a dar va a hacer que esa persona salga de un centro, porque una persona con una adicción no puede estar, esa persona lo que me va a contar a mí es una milonga. Y yo sé que me la está contando. Y en el 80% de los de las veces, yo sé que alguien, que si alguien de Servicios Sociales o de otro recurso te manda a alguien, porque tiene la sospecha de que tiene una dependencia, por unos indicios, unas sospechas, etc., a ver, que esto no es una serología de sangre para ver si tienes una hepatitis, es porque esa persona tiene una sospecha: por las cosas que pasan, por su comportamiento, pues porque alguien le ha visto que ha consumido... ¡pero es que ya es un mal comienzo! Es decir, que, si yo le pongo la etiqueta, va a salir, porque claro, ni ella quiere la etiqueta ni te la quiero poner yo. O sea, porque yo ya estoy condicionada, y es que ... ¡es que si se la pongo se va!

Yo creo que lo que procede es que me la manden, pero vamos a darle un giro, es decir, mándamela para que se ponga en tratamiento, para que se motive al tratamiento, para que tenga un seguimiento, y si pasado X tiempo, no se consigue nada, vale, pues eso son acuerdos a los que tú puedes llegar: "¡oye, mira, que yo te envío allí para que te ayuden, para que podamos continuar", etc. , pero no para que te diagnostique o no, y en función de eso vemos qué hacemos, porque claro, eso supone que la persona sale del recurso.

Y esa queja de que han enviado a tal, para que seamos nosotros los que diagnostiquemos y digamos si tiene una adicción, esa queja ya la he tenido yo de algún centro con algunos pisos. Y eso hace que la relación sea mala. Porque yo creo que es que está mal trabajado el hecho de decir: ¡no!, vamos a ver, es lo que tienes y no pasa nada, y si tú vas a un tratamiento y evolucionas bien, pues ya está. Pero es como esa situación de que vienen a nuestros centros obligadas, y que si, además, si vas a ir mal, te vas a ir fuera del recurso de protec-

ción. Claro, con lo cual la mujer no cuenta nada, lógicamente. Y es que, además, nosotros la única arma que tenemos es lo que ella nos cuente para trabajar en un momento determinado. Entonces, yo creo que esa motivación para hacer la derivación y ese objetivo de la derivación habría que consensuarlo y que trabajarlo. Porque si no, es verdad que genera muchísima dificultad y muchísima tensión, tanto en la persona que es derivada, en la que la recibe y en la respuesta que tú le das a quien te la ha enviado. Porque claro, la respuesta también es un poco dura al final para la otra parte, porque al final la respuesta es: oye, que me has enviado a una persona que dice que no le pasa nada y que no está motivada para hacer nada. Con lo cual, al final, la que sale perjudicada es la mujer.

(Entrevista 1)

En los espacios de atención a la violencia se percibe que, desde hace un tiempo, ha habido un cambio de visión o de panorama: llegan más mujeres con problemas de consumo.

Uno de los requisitos que había para acceder a la Red es que las mujeres no tuvieran problemas de consumo o temas de Salud Mental, salvo que estuvieran en un tratamiento ¿vale? A los Centros de Emergencia es verdad que entraban pocos casos, y cuando entraban era sobre todo consumo de alcohol ¿Cuál era el problema?, pues que cuando las mujeres no querían acudir al CAD, pues al final acababan siendo cesadas porque no cumplían el reglamento, porque llegaban habiendo consumido o porque consumían en el centro. Entonces, si nos agarrábamos a la normativa del centro, había que cesarlas. Eso, para el equipo siempre ha sido un problema porque, por un lado, dices: está dentro del centro, sabes que si tiene una historia de consumo es muy probable que haya una recaída, que es como en el caso de las mujeres que contactan con su agresor ¿vale? entonces, era siempre la lucha de qué hacer, de ¿la mantienes en el centro, con lo que eso conlleva para el resto de mujeres y para los menores que hay en el centro? o ¿la echas y la vuelves a revictimizar?, porque sabes lo que hay. Lo que pasa es que, antes, es verdad es que no había muchos casos. Ahora ha habido cambios y cada vez están llegando más mujeres con temas de consumo y no sólo de alcohol. Y seguimos en la misma problemática.

(Entrevista 8)

Y ante determinadas situaciones de consumo, se denota una apertura en la necesidad de realizar la intervención desde el propio centro de violencia. Identifican como problema que no se trabajen objetivos de consumo, que se obvie, y se de por sentado que las mujeres no van a hacerlo (consumir), y que, si sucede, se externalice la atención (coordinación con los CAD). Se percibe que se externaliza la atención en el sentido de que *“te viene un día un poco más contenta de lo habitual y es incumplimiento de normativa, y la tienes que mandar al CAD. Y ellas no quieren ir, claro. Salvo casos extremos, que ahí sí haría falta el CAD, el resto, pues es que podría trabajarse en el centro de otra forma”*.

R1.- Pero la mentalidad es: viene así, pues hay que derivarla al CAD. Claro, luego la mujer, si va, va obligada. Llega allí y dice: ¡si yo no quiero venir! Y entonces del CAD te la devuelven. Entonces, ahí yo creo que hay, por un lado, en la Red de Violencia, un desconocimiento de cómo afrontar esas situaciones, y luego hay una falta de coordinación entre ambas redes. Que si esa coordinación funcionara yo creo, salvo casos muy extremos, yo creo que sí se podrían asumir temas de consumo. Porque es que yo creo que, hoy por hoy, casi todas las mujeres que llegan, quitando los fármacos, que como dice R2 son todas, y en cuanto van al Centro de Salud y dicen “casa de acogida” o “violencia de género” ya les atiborran, quitando eso, yo creo que hay otros temas que se podrían ir trabajando con las mujeres, dándoles la oportunidad y teniendo una buena coordinación entre los recursos. Pero mientras eso no exista, yo creo que eso es muy difícil de mantener. Entonces, yo creo que ahí habría que

hacer, también, un trabajo conjunto de actuación. O sea, que si hay que hacer un contrato terapéutico ¿cómo lo vamos a hacer desde ambos lados? O sea, que no es: tú me las mandas a mí porque tienes obligación de hacerlo, y yo te la devuelvo, porque como la mujer no quiere, no lo puedo hacer. Es que yo tengo la sensación al final de que muchas veces nos tiramos la pelota...

P.- Con forma de mujer

R1.- A lo mejor hay que sentarse y decir: ¡venga! ¿cómo podemos hacer de forma conjunta?, que no sea un protocolo y otro protocolo, sino un protocolo único.

R2.- Yo, lo que está diciendo ella lo suscribo. De hecho, el contrato terapéutico lo hacemos nosotras contando con la mujer, pero no contamos con la ...es que la derivación es sí o sí ¿sabes lo que te quiero decir? Nadie llama al CAD o al CAID y dice: “¡oye, mira, es que tengo este caso y tal y voy a firmar el contrato terapéutico y te voy a derivar...!” No, el contrato terapéutico se firma y luego, ya veremos. La derivación se va a hacer sí o sí.

R1.- Pero claro, a veces es la propia mujer la que luego no quiere. Te dice que sí porque sabe que si te dice que no, le vas a decir que se tiene que ir. Pero luego llega allí y dice: “¡es que yo vengo obligada!”

R2.- “¡a mí me han dicho que venga!”(...)

(Entrevista 8)

Desde las casas de acogida se plantea que, si se trabajase el consumo, lo primero que habría que hacer es **adaptar la normativa**:

Yo creo que el primer paso es, si desde la Red de violencia se decide que pueden acceder mujeres con consumo activo que estén en tratamiento ¿vale? o que sabemos que van a poder recaer, lo primero es cambiar el reglamento ¿vale?, porque si en el reglamento pone que si llegas con consumo, habiendo consumido y llegas en mal estado, es una amonestación o es una amonestación grave que puede ser motivo de salida, eso ya genera malestar a la mujer y genera malestar al equipo, porque el equipo lo vive como: sí, hay amonestaciones, pero luego no puedo sacarla ¿vale?, entonces yo creo que pasa por cambio de reglamento si la apuesta de la Red es esa, y luego formación a los equipos. Y yo creo que también se trata de que se pierda un poco el miedo a enfrentar esa situación o situaciones y asumir que, igual que una mujer ha sufrido violencia puede llamar otra vez a su agresor o volverse con él, pues una mujer que ha estado consumiendo alcohol u otro tipo de sustancias durante mucho tiempo, es muy probable que ante cualquier suceso que le provoque malestar recaiga. Entonces, eso hay que asumirlo como equipo y aprender a trabajarlo, y no tirar de amonestación. Pero claro, si nos agarramos al reglamento es verdad que es lo que hay: amonestación.

(Entrevista 8)

En muchas situaciones, los consumos abusivos se producen estando ya en el centro de emergencia, alejada de su maltratador. Pero que estén alejadas no significa que no sigan apareciendo mecanismos aprendidos relacionados con la violencia sufrida y el uso de sustancias como medio de evasión de malestares. **Lograr que pueda hacer un trabajo terapéutico en ese sentido requiere tiempo. Y los Centros de Emergencia son para estancias breves**, de no más de 2 meses (la realidad es que a veces se alargan un poco según las circunstancias, pero nunca más de 3 meses).

Yo creo que es un trabajo que requiere mucho tiempo, o sea que no... en un Centro de Emergencia, en el que hay poco tiempo, si tienes que estar un mes o mes y medio o dos meses para conseguir que la mujer se adhiera a un tratamiento, ya la tienes que sacar,

porque ya se le acaba el plazo de estancia. Entonces, yo no sé tampoco cómo lo podríamos hacer para que fuera efectivo, o sea, yo creo que ahí nos falta también la formación. O sea, que aunque hayamos hecho también formación, pero que luego, en el día a día es difícil conseguir que una mujer se adhiriera a un tratamiento en poquito tiempo. O sea, es que es muy complicado. Entonces, eso tiene que ser un trabajo más a largo plazo. O sea que, una de dos, o se amplían las estancias y se asume desde violencia que esa mujer no va a poder ir a un CAD hasta que haya transcurrido un tiempo más largo o no hay nada que hacer.

(Entrevista 8)

Hay mujeres detectadas en la red de violencia que presentan abuso de sustancias, y cuya atención sería más óptima si se asumiera y realizara desde el propio recurso de violencia, con la formación adecuada de los equipos, adaptación de los recursos y las normativas de funcionamiento del centro.

12.5.3. Los Recursos de la red de adicciones como zonas y espacios de riesgo desde la perspectiva de la red de violencia y, por tanto, también de consumo

La coordinación/derivación con el Centros de Atención a las Adicciones lleva tiempo, y el trabajo motivacional es más largo mientras mantienes a la mujer en un espacio de protección. **Además, el problema es que, a veces, los CAD/CAID/UCA, etc. son espacios de riesgo porque habitualmente está también su pareja, es decir: su maltratador.**

R2.- Se trabaja normalmente con que, si la mujer te viene derivada con un centro de referencia, se trabaja con ese centro de referencia ¿vale? salvo que sea zona de riesgo. No solamente eso, sino que muchas veces el mismo centro de referencia es de riesgo porque allí está la pareja. No solamente por zona, sino porque él está también allí haciendo tratamiento. Entonces, eso entraba también desde la perspectiva de género. Claro, la pareja es un riesgo para las mujeres víctimas de violencia y eso hay que cuidarlo muchísimo, y sobre todo las que están en recursos residenciales

R1.- Lo que está pasando a veces ahí es que una mujer, que a lo mejor tiene vínculo con un CAD o con un CAID, porque ya lleva ahí en tratamiento mucho tiempo, cuando llega al Centro de Emergencia le dices: "no, no puedes continuar ahí, porque ahí va tu expareja o porque está en zona de riesgo y te tienes que cambiar". Y te dice: "¡es que yo no quiero ir a otro!"

(Entrevista 8)

Y ella se marchó. Pidió el alta voluntaria porque no quería estar. La mujer era de Valladolid y no quería estar en Zamora. La pareja había salido del Centro Penitenciario y no queríamos que ella pisara Valladolid ni por asomo, pero cuando dio a luz apareció la pareja ¿no? Y no puedes dirigirles hacia lo que crees que les conviene ¿no? Al final ella cree que lo que le conviene es lo que ella está pensando y nosotras no tenemos la llave ¿no? de lo que ella tiene que pensar...total, que te estás peleando con los recursos para que la lleven fuera, y luego, al final para que ella pida el alta, se vuelva, vaya a dar a luz y te encuentres con el maltratador en la habitación y "¡qué bien, que estamos muy contentos, que tenemos un bebé!"

(Entrevista 9)

De ahí el gran riesgo de que sean localizadas/contactadas por el maltratador, porque además normalmente recaen en su proceso de adicción, o sea que, aunque se estén recuperando, si aparece el maltratador → vínculo con el maltratador, es muy probable que aparezca de nuevo el consumo. **Es factor de recaída.**

Por otro lado, aunque las mujeres sigan yendo a tratamiento, el problema es que en la red de violencia normalmente no acceden a espacios de Larga Estancia, especialmente si ha habido recaídas o consumos esporádicos que se repiten cada cierto tiempo.

Es que el tema del consumo de sustancias siempre implica conflictividad por convivencia, etc. Normalmente Comunidad de Madrid considera que una persona consumiendo es una persona conflictiva para la convivencia.

(Entrevista 8)

El problema entonces es que, si en la red de adicciones no hay posibilidad de ingreso en un recurso específico no mixto, al ingresar en una Comunidad Terapéutica “mixta”, tal como hemos expuesto ya en este informe, lo más probable es que puedan volver a entrar en dinámicas perjudiciales de relación y posibles ciclos de violencia-consumo otra vez.

Los espacios de la red de adicciones constituyen en muchos casos espacios de riesgo desde la perspectiva de la red de violencia, al tratarse de espacios mixtos donde normalmente también acude la pareja o ex-pareja 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 recaída.

Sigue persistiendo la idea de que una mujer con problemas de adicción o con problemas de salud mental no debe/no puede ser atendida en la red de violencia, a no ser que esté estable en la(s) otra(s) problemática(s). Aunque se ha avanzado en intentar procesos de coordinación entre las redes, **la dificultad sigue estando en percibir cada uno de los problemas diferenciados unos de otros y como compartimentos estancos, y consideramos que es un problema conceptual y de diagnóstico que aún se arrastra en muchas redes:**

A día de hoy el planteamiento es que no es excluyente de la atención en la Red (de violencia) ni el que exista una problemática de salud mental ni el que exista una problemática de drogodependencias, pero sí somos conscientes de que necesitamos una estabilización en esa otra problemática para realmente llegar a ser eficientes en la atención a la situación de violencia. Pensamos que son problemáticas que, si miramos en la pirámide de Maslow, están en una situación mucho más de base que la problemática que nosotras atendemos con lo cual necesitamos tener, de alguna manera, el apoyo, el soporte de la Red Especializada, en este caso de drogodependencias, para empezar a trabajar las cuestiones que tienen que ver estrictamente con la violencia sufrida, con planes de seguridad, etc., que muchas veces, si lo otro no está trabajado o no está mínimamente abordado es difícil que la mujer incorpore, por ejemplo, pautas de seguridad cuando mi prioridad es el consumo o cuando voy a comprar lo que necesito, no me voy a poner a comprobar si esa zona es segura o no es segura en términos de mi expareja. Entonces, desde ahí se necesita, necesitamos, cierta estabilidad.

(...) El planteamiento no es de estás infringiendo porque quieres infringir la normativa, estás infringiendo porque tienes una problemática que puedes estar o no dispuesta a afrontar. No podemos evidentemente obligarte a afrontarla, pero si la quieres afrontar esto no supone un cese de prestación; supone que lo afrontes, y que cuando hagas ese proceso retomemos nuestro proceso contigo. El cambio de mirada, en ese sentido, sí que ha permitido aumentar el porcentaje de casos con objetivos alcanzados, o al menos parcialmente alcanzados ¿no? porque lo que sí que es verdad es que si hay una problemática de drogodependencia, cuando no hay un acompañamiento desde la Red de Drogas el porcentaje de abandonos es infinitamente superior al conjunto de casos que atendemos, el porcentaje de regreso con el agresor o de reenganche con un nuevo agresor es infinitamente superior, mientras que cuando conseguimos enganchar el trabajo de las dos redes es más fácil mantenerse.

(Entrevista 3)

Planteamientos como el anterior distan mucho de los que a día de hoy se contemplan en los (aún escasos) recursos de la red de drogas que trabajan desde perspectiva de género con mujeres drogodependientes víctimas de violencia y, a veces también, con problemas de salud mental.

Y también el trabajo con la Red de violencia, porque todavía continúan siendo dos redes que se tocan pero que no acaban de haber un trabajo integrado. Todavía te encuentras cosas tipo el SARA37 eh, aquí, en Barcelona, que es el supra-servicio que, con todos los cambios que ha tenido, con los cambios de las profesionales, que te pongan barreras de acceso de lo que sea, por ejemplo, que una mujer esté con un brote psicótico, que vale, que sí. O en los SIE38 les derivamos a una mujer, que hay parte de trastorno mental que está florido y no se acaba adhiriendo, porque te dice: “¡es que ahora está muy presente el trastorno mental y no podemos trabajar con ella la violencia!” Jope..., ¡nosotras estamos trabajando la violencia en mujeres con trastornos mentales! ¡Y lo trabajas hasta donde puedes!, ¡de la manera que puedes!, o sea, que no es excusa que ahora tiene un trastorno que..., que la Red de Violencia y la de Adicciones trabajen juntas y no sigan dándose excusas las unas a las otras, a mí me parece también fundamental. Entender que hay que dar una respuesta especializada, atenta a la interacción entre ambas problemáticas, y que no podemos atenderlas por separado, porque si no, una u otra terminan interfiriendo en la buena marcha del proceso de la mujer... Me preocupa cuando oigo hablar de que hay que tener recursos generalistas que puedan adaptarse a cada mujer, porque en el momento que esa mujer presente un comportamiento disruptivo por uso abusivo de drogas, o por salud mental, al no haber especialización que entienda que se den determinadas situaciones, termina fuera de ese recurso...

(Entrevista 10)

Lo que sabemos desde perspectiva de género en la red de adicciones, es que hay una profunda interrelación entre violencia, abusos de drogas y salud mental.

P- ¿Considera que intervenir sobre esta violencia favorece el tratamiento y una mayor probabilidad de éxito y mejora de calidad de vida de estas mujeres?

37 Servicio de Atención, Recuperación y Acogida. Servicio ambulatorio de ámbito de ciudad y de titularidad municipal que ofrece atención ambulatoria específica a personas víctimas de situaciones de violencia machista (mujeres, niños y adolescentes, y personas LGTBI) o personas de su entorno próximo directamente afectadas por esta violencia). También brinda asesoramiento al personal profesional y a las personas del entorno de las víctimas

38 Servei d'Intervenció Especialitzada / Servicio de Intervención Especializada (SIE)

R- No solo consideramos que mejore, sino que intervenir y trabajar la violencia resulta vital para que el tratamiento funcione. Es necesario trabajar de forma integral todos los aspectos y todas las áreas de la vida de las mujeres que atendemos.

Entre las variables que motivan el consumo o adicción comportamental y el uso que las mujeres hacen de ello, destacan principalmente estar o haber estado en una situación de violencia de género, y vivir situaciones traumáticas (violencia, abusos, agresiones...) que provocan a su vez mayor inestabilidad emocional.

La base de nuestro modelo socioeducativo de intervención se basa en el trabajo integral donde se aborden las adicciones con o sin sustancia como punta visible del iceberg que oculta una situación más compleja, donde “rascar” para descubrir violencias encubiertas y/o “normalizadas”.

(Cuestionario 2)

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

12.6. Las mujeres y sus hijos e hijas

Para seguir avanzando en todo lo expuesto a través de las entrevistas, se abre además un elemento central en las casas de acogida y en los recursos de tratamiento: ¿qué sucede cuando además de ser drogodependientes y sufrir violencia, son madres? Algunas de las expertas exponen el hecho de que cuando una mujer con hijos/as les llega al centro de atención a las adicciones, la situación suele haberse complicado por múltiples factores, entre ellos, la falta de apoyo del entorno familiar y social inmediato, y la intervención de Servicios Sociales.

P.- ¿Y con las que tienen hijos e hijas? ¿Os encontráis casos de mujeres que tienen hijos e hijas?

R.- Sí, y es un desastre. Quiero decir que ¡claro! lo que tienes que ver es quién se va a hacer cargo de esas hijas, lo que pasa es que es verdad que casi todas las mujeres que nosotros nos encontramos... a ver es que yo ahí te hablo por los informes que nosotras vemos aquí... es que claro, las situaciones suelen estar muy evolucionadas para mal, es decir... es muy raro que de repente salte una situación de violencia de género sin que antes ese caso haya saltado en Servicios Sociales porque haya pasado algo con los hijos, con los niños... a nosotros yo creo que como ya pasan por muchas ruedas, a nosotras nos llegan ya casos.... bueno, que no te puedo asegurar al 100%, pero que en general no vienen casos de una mujer con 2 niños sin ningún otro problema, así, que no haya intervenido antes Servicios Sociales... porque si estuviera en ese punto es que, a lo mejor tiene la situación de que alguien le está apoyando y se va a hacer cargo de esos niños. Algún caso hemos tenido de mujeres con niños, que a la hora de organizar con quién se queda o con quién no se queda, Servicios Sociales nos ha dejado “con el culo al aire” como quien dice... porque nos ha hecho una propuesta y que cuando la mujer ha ido a ingresar no se ha cumplido. Que después de hacer todo un engranaje de intervenciones, pues luego resulta que servicios sociales, que lo coge no sé quién y decide una cosa que no sabes ni por dónde ha venido, pero yo no te puedo decir qué casuística tenemos con eso.

A ver, en los casos ambulatorios eso es difícil que pase, porque todo el personal está bastante concienciado, y no creo que desde los CAD eso se proponga, salvo a lo mejor situaciones muy muy muy raras. Y, por ejemplo, una de las últimas mujeres que ha ingresado, bueno, fue hace un tiempo. Una mujer que nos llamaron desde servicios sociales ingresó en patología dual precisamente para eso, para que no hubiese una retirada de la custodia. Pero es verdad que yo creo que los casos que llegan en esa situación suelen ser casos muy muy muy...o sea, con mucho problema detrás. Que a lo mejor es algo que hay que ver ¿sabes? Que a lo mejor cuando se da ese salto, probablemente la situación lleva muchos años.

P.- Sí, entiendo que querías decir que faltaba prevención de poder llegar a esa situación antes. Antes de que con esas mujeres se den todas esas situaciones avanzadas para mal

R.- Claro, claro...porque yo creo que, a los CAD, nos ha pasado siempre que cuando llega un caso a un CAD, de cosas que están empezando, de drogas nuevas, de no sé qué y no sé cuánto, al final cuando llegan a nosotros son casos que ya llevan mucha evolución. Y yo creo que, con el tema de mujer, de adicción, de violencia y tal, pasa exactamente lo mismo o más. Difícil. Seguimos en la misma. Yo creo que es difícil que desde servicios sociales les deriven, difícil que les deriven desde atención primaria. ¿no sabes? Parece que es ¡jolín! No voy a mandarte a un CAD, y al final parece que para cuando llegan, ya está todo dinamitado.

(Entrevista 1)

De hecho, como se ve al consultar las memorias e información facilitada por los recursos que existen y funcionan desde perspectiva de género, las mujeres, aunque puedan acceder con hijos e hijas, son las que menos llegan, las que menos acceden. Porque cuando hay problemática de abuso de sustancias/adicción en una mujer que es madre, entra Servicios Sociales, y aparece la posibilidad y el miedo a perder la custodia.

R.- Normalmente se lo queda la familia materna. Normalmente. Y, bueno, como normalmente tenemos los casos de mujeres que son mayores de edad, los hijos también son mayores. Pero en caso de mujeres más jovencitas, se los quedan los familiares. Cuando llevamos a cabo las visitas familiares, vienen con sus hijos. O sea, ellas siguen manteniendo el contacto con sus hijos. Las que han decidido que el niño se quede fuera ¿vale? En muchos de los casos, cuando hablamos con mujeres, ellas mismas deciden dejárselo a un familiar por el miedo a la pérdida de la custodia

P.- Porque piensan que, si entran al recurso con la criatura ¿se lo va a quitar Servicios Sociales?

R.- Exactamente. Esa es otra lucha que tenemos ¡eh!, esa es otra lucha que tenemos. Yo, por ejemplo, que tengo muy buena relación con la Directora de Servicios Sociales, cuando llegamos al tema del menor, ¡jojo!, ¡jojo! La atención se centra en el menor y no en su madre. No en el conjunto, que es como debería ser. Y la intervención no es integral, sino que directamente se centra en la atención social de protección al menor, y no atención integral a una familia que consta de madre e hijo, y es otra deficiencia del sistema.

P.- Sí. Por eso te quería preguntar, porque no es lo mismo las Comunidades Terapéuticas donde no es posible ir con hijos e hijas, que aquellas donde sí que hay esa posibilidad, como la vuestra, y aun así, la experiencia es que, así y todo la mayoría van sin los hijos e hijas. Y era para ver qué explicación dabais desde los recursos donde sí pueden ir con las criaturas. Y esto es importante que se detecte... Entonces qué es lo que pasa ahí ¿es una dificultad de coordinación?

R.- No es de coordinación, sino de perspectiva de intervención. La atención social, y cuando hablas ya de tema de normativa, que ahí ya chocamos totalmente, las profesionales de Servicios Sociales se van a centrar en lo que dice la normativa jurídica de la protección del

menor. De hecho, en Servicios Sociales cada vez hay más recursos de atención al menor y cada vez menos recursos de atención a la mujer. Yo digo que desde Servicios Sociales hay ayudas a la mujer, pero no recursos hacia la mujer.

Si nos vamos al IMEX³⁹ tenemos recursos hacia la mujer, pero hacia la mujer con una problemática específica que es violencia de género, no otras problemáticas. Es como si la mujer sólo pudiera tener violencia de género, cuando ya sabemos que cuando trabajamos con mujeres con esta problemática, no sólo surge ésta, sino que siempre va unida con otras muchas. Por lo cual yo pienso que debería trabajarse transversalmente Servicios Sociales, Instituto de la Mujer y nosotros, que somos adicciones, en el caso de que se consuma. Y eso debería de hacerse siempre. ¿qué ocurre? Que trabajamos cada una desde nuestros espacios. Y, escúchame, no es porque nos llevemos mal, que precisamente yo tengo una relación excelente, muy buena, sino porque cada una tiende a hacer su normativa jurídica. Yo no cierro la puerta a nadie: a los recursos de adicciones podemos entrar todos; sin embargo, cuando te vas a los otros espacios, hay puertas, hay paredes, mejor dicho. Esto sí entra y esto no entra, y ya empezamos con la exclusividad.

(Entrevista 2)

Y a nivel de madres ¿qué madres llegan aquí? Pues madres con un nivel de retirada de custodia, que se ve muy coaccionada para hacer un residencial, que no les hace mucha gracia venir hasta aquí, hasta Cataluña, pero que ¿qué les queda? ¿no? o que le están poniendo esto, venir aquí, como condición a un retorno de los puntos de encuentro donde ver a la criatura y lo hacen ¿no?

(Entrevista 6)

La violencia vivida no se tiene en cuenta a la hora de ver la historia de estas mujeres y los efectos en sus vidas. Sólo se ve que consumen y que tienen hijos/as en riesgo.

De hecho, yo tuve una discusión con mi director, que yo había puesto: terapia psicológica de enfoque feminista como indicador, porque estaba recogida. Y mi director de tesis me decía “¡a ver ¿cómo vas a poner feminista?!”. Y digo: ¡sí!, es que el enfoque tiene que ser feminista para ser transformador! Te lo digo porque, claro, publicar una tesis, chocas con un montón de cosas, además ¡que no tienes la libertad! Yo hubiera puesto eso, hubiera puesto que, en el caso de las mujeres que tenían hijos menores de edad, la mitad habían perdido la custodia. Y en dos casos de catorce, en dos casos concretos, esa custodia la tenía el maltratador; el maltratador de la mujer. Y había casos judiciales. La explicación de parte de la abogada: “es que, claro, son casos diferentes. Un caso y una cuestión y una causa abierta tiene que ver con la violencia de género que hubo en X momento, pero esta mujer continuó con este hombre y ahora esta mujer, como bebe mucho, ha descuidado a su criatura y por eso se le quita la custodia. Son cosas diferentes.” Porque muchas veces las mujeres dicen: “¡joder!, yo hago el tratamiento y voy a hacer el pipí y tal, pero ¡que él también lo haga, porque él es también consumidor! ¡ostras! ¡y por lo que me estáis quitando el niño a mí, se lo estáis dando a él y él está haciendo lo mismo!” Y es que ya ellas te lo reivindican. Y desde el lado penal de la defensa te dicen: “¡ya, pero es que son casos diferentes!” Y ahí es cuando no entiendes nada... Es que no...

P.- Porque que él sea consumidor ¿no se está teniendo en cuenta? O ¿qué?

R- No, porque representa..., te digo un caso concreto donde, de hecho, él era consumidor en sus inicios, violencia de género desde que la pareja eran muy jovencitos, denuncias, órdenes de alejamiento y tal y cual, total que él va a prisión. Lo que pasa es que ella continúa,

39 Instituto de la Mujer de Extremadura

porque en ese momento tenían una niña de dos años en común y él: “tráeme a la niña, tráeme a la niña, que yo tengo derecho a verla...”, y él, evidentemente, como padre tiene derecho a ver a su criatura. Y en esas visitas se reconcilian y siguen juntos y todo el rollo. Pasan unos años y ella había consumido siempre con él. De hecho, esta chica me comentaba: “yo consumía mucho cuando no estaba con él porque le echaba de menos y consumir me recordaba mucho a él”, el consumo ¿no? Y años después, pues ella tiene una etapa muy mala y empieza a consumir mucho, saltan las alarmas desde el cole, que en aquel momento la niña debía tener 6 o 7 años, saltan las alarmas en Servicios Sociales, aquí va todo súper rapidísimo, y se hace una medida cautelar para esta madre, que se la retiran temporalmente (la custodia). A esto que ya estaban separados los dos. Se le retira temporalmente a esta madre y se le da directamente al padre porque ese padre ya estaba con una pareja normalizada. Ahí es cuando dice ella: “pero este padre me ha maltratado, y está bebiendo y está fumando porros cada día también”. Ella dice: “yo entiendo que tengo un problema con el consumo, por eso estoy en tratamiento”, pero le dicen: “ya, pero este padre ahora tiene una casa, está con su hija y, además, ahora el tema va contigo. Eres tú la que está consumiendo y la que está generando indicadores de desamparo”.

¿Sabes? Es este discurso que lo pasado, pasado está. ¿Qué te pegaba? Sí, pero eso ya...Ya pasó. Entonces, puedes comprender ¿no? que hacer un tratamiento residencial no viendo a tu hija... Ella ingresó un mes antes del Estado de Alarma, se ha tirado 4 meses sin ver a su niña sabiendo que estaba con el padre, sabiendo que el padre es un gran maltratador emocional de esa niña, siendo arma arrojadiza para castigar a la madre, y esa madre diciendo: “¡hola! ¿qué tal? Este padre no está apto ¿podemos reconsiderar, al menos, que la niña se vaya con mi madre?” Porque esa niña no conocía a su padre de nada. Si es que nunca había estado presente. Y casos de estos, bastantes, lamentablemente. Y ya te digo, en la investigación salieron dos que eran como muy flagrantes, de vulneración de los derechos de la infancia incluso, o sea, de tener un cuidador que porque sea el progenitor biológico ¡ya está! ¡no ha hecho nada más! Bueno, sí, ha hecho bastantes cosas que no están bien.

Pero bueno, no se puede reflejar porque una de las críticas que me hacían para poderla defender (la tesis) era que no estaba bien documentada y citada en algunos aspectos. O sea, que realmente no había muchos estudios a nivel europeo que avalasen que a las madres se les retiraba las custodias mucho más que a los padres drogodependientes. Te lo digo porque es un poco esta espiral tan perversa ¿no? de las publicaciones y de las citas que: porque como esto no está investigado, no está citado, no lo puedes decir ... ¡aunque tú lo hayas visto!

(Entrevista 6)

Que los recursos de drogas se coordinen con infancia desde un mismo enfoque integral de atención, para poder favorecer los procesos de recuperación con las mujeres consumidoras que son madres, es más que relevante.

Cuando cambian el enfoque... porque nosotras tenemos muy buenas experiencias este año de coordinación con el EAIA⁴⁰, con la red de infancia, súper buenas. De dar con una referente de Infancia con mucha sensibilidad y con una referente de Servicios Sociales, a hacer coordinaciones cada dos o tres semanas y seguimientos del caso y ver que esta madre ha hecho un súper buen programa y que esto se vea reflejado. Y te das cuenta de que tiene mucho efecto ¡eh!, en que ese punto de encuentro se active mucho antes, en que esas visitas con pernoctas se activen mucho antes. O sea, ya no es la desconfianza del sistema

40 Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia (EAIA)

hacia ella..., no, no, es el recurso de drogas que ha estado con esta mujer cada día que diga: "¡señores y señoras, esta mujer lo ha hecho, lo está haciendo súper bien! Y además con la criatura van súper bien. Esta mujer, además de ser drogodependiente tiene un montón de habilidades de crianza. Tiene una guía de mensajes súper ajustados a la criatura, tiene mucha empatía", no sé. El poder realmente destacar aspectos positivos de esa madre es fundamental. Pero si no nos manifestamos como recursos de drogas, que es donde están (las madres) ¿quién habla por ellas? Digo por ellas porque no se les da ni voz ni voto, y ojala pudieran ser ellas las que fueran escuchadas.. ¿no?

(Entrevista 6)

A veces los casos se complican y la intervención no logra que la mujer pueda llevar a cabo el tratamiento con sus hijas/os, pero es necesario dotarnos de espacios de intervención donde no exista la amenaza directa de retirada de custodia, a veces incluso nada más nacer la criatura, (en una mujer con adicción es un factor altamente estresante, que puede ser precipitador de aquello que se quiere evitar: que consuma) y donde ella pueda establecer procesos de recuperación de las violencias sufridas.

Es la segunda vez que tenemos una embarazada, en este caso embarazadísima, vamos, entonces de lo que se trata es de buscar alternativas a una tutela, pero si no la hay sí se contempla la tutela. Si no la hay, porque estamos hablando de un caso que pongo como ejemplo que ella no está en el momento, y creo que hay que valorar eso, que si está en fase precontemplativa y con ese panorama... Lo ideal es que tenga el bebé y que lo tenga con ella, eso queremos todos, pero si realmente ella sigue sin tener conciencia de problema, no tiene apoyos familiares y tal, al menos temporalmente, mientras ella se recupere se valorará esa opción.

R1.- Por la protección del menor... pues es que en el mismo hospital llaman a servicios sociales, que están ya allí los Trabajadores Sociales, de alguna manera que temen por el bebé, y eso tiene prioridad, el bienestar del bebé. Lo que pasa es que, cuando se ha podido trabajar con la mujer lo que se intenta es cambiar un poco esa conciencia de problema de la que hablaba C. y que, de alguna manera ella se comprometa al no consumo para que avance... o que cuando llegue al hospital llegue como no consumidora y no como consumidora, porque si no, no hay nada que hacer

R2.- En primera instancia lo que se desea es que se recupere y mantenga a su hijo, eso es lo ideal, pero claro, eso no siempre es factible

R1.- Pero es que son cosas que vas aprendiendo sobre la marcha. Yo, por eso, creo que esas experiencias están mucho más estudiadas, mucho más evaluadas en sitios donde hay más casos. Porque yo me planteo: si esta mujer asume el compromiso de no consumo ¿habría una posibilidad de que esta mujer volviera a la Comunidad Terapéutica con su hijo recién nacido? A un recurso específico, para que, de alguna manera, ella fuera asumiendo esa responsabilidad de forma tutelada con los profesionales de drogas. Pero claro, yo no tengo evidencia suficiente como para convencer a los de menores de que eso vaya a funcionar y no sea un riesgo.

(Entrevista 9)

Se detecta por tanto un problema de prevención en el deterioro de las situaciones de las mujeres con adicción que tienen hijos/as a cargo. Conocemos el proceso de doble penalización social y moral que lleva a que haya un menor apoyo social y familiar y una mayor ocultación del consumo (Martínez-Redondo, 2009), de forma que cuando estas mujeres llegan a las redes de atención, los procesos de deterioro a todos los niveles son mayores.

No se atiende de forma integral a la unidad familiar madre-hijo/a, sino que se interviene exclusivamente en términos de protección del menor ante una madre consumidora.

En las casas de acogida manifiestan preocupación por experiencias vividas con el consumo de las mujeres y la convivencia con menores:

R2.- Estoy totalmente de acuerdo con lo que dice R1 del cambio de normativa (en cuanto al consumo), y me sentaría a pensar un poco más el tema de los menores. A mí, el tema de los menores (conviviendo con mujeres) con consumo activo me preocupa, porque los menores están en la casa. No sólo los suyos (el de la mujer que consume), sino más, más niños y me preocupa ese tema. O sea, no sé muy bien cómo abordar eso ¿vale? yo, con los menores creo que me lo tendría que pensar un poco más. En el tema de las mujeres estoy totalmente de acuerdo con R1

R1.- Sobre todo, con el tema de los menores es porque haya sustancias en el centro. Por que ya nos ha pasado. Ahora ya, por ejemplo, si una mujer se tiene que tomar una medicación, se la tiene que tomar en el despacho delante de las educadoras, porque nos ha pasado a veces, que la mujer se lleva la pastilla y no se la tomaba y la dejaba por ahí tirada o la guardaba en el cajón y luego iba el pequeñajo y: "¡uy, un caramelo!" Y es verdad que ese riesgo está ahí, entonces...

R2.- La dejaba en la habitación, el niño...en fin

R1.- Es que el tema de los menores es delicado

P.- Pero principalmente os parece delicado ¿Por que haya sustancias dentro del recurso?

R1.- Sí

P.- Pero ¿porque la experiencia es que hayan introducido sustancias dentro del recurso, así en general?

R1.- Nosotras hemos encontrado alcohol

R2.- Latas de alcohol, desde que llevo yo aquí he quitado cuatro

R1.- O la meten dentro de los pantalones para que no se vea dentro del armario...y eso que, cuando entra una mujer con antecedentes de consumo, al firmar el contrato terapéutico, uno de los compromisos es a dejar revisar sus cosas cuando el equipo lo considere necesario, a coordinarse con el CAD, hablar con el CAD. Y claro, las mujeres que están consumiendo saben cómo manejar estas situaciones y lo esconden... y luego te encuentras las botellas vacías en otro sitio

R2.- Hemos tenido mujeres consumiendo cannabis

R1.- Y otras sustancias tampoco hemos detectado. Alguna mujer sí que ha dicho "¡ésta está consumiendo coca!" Pero no sabes si es verdad o es simplemente, ¡pues como ahora me llevo mal contigo, digo esto para hacerte daño! Esto no lo hemos podido comprobar, el resto de cosas sí.

(Entrevista 8)

Así, coinciden con los recursos tradicionales de apoyo residencial al tratamiento en la preocupación por la introducción de sustancias, mucho más si hay menores.

Sin embargo, la evidencia es que en recursos de atención a las adicciones a mujeres solas o con hijos/as, con un planteamiento desde perspectiva de género en la normativa (no hay normas con sistema de sanciones/amonestaciones como forma básica de funcionamiento) y en la forma de intervención (acuerdos, no control, empoderamiento), la introducción de sustancias no suele ser frecuente, porque, de hecho, cuando se produce, es de los pocos elementos que sí conlleva la salida del recurso:

P.- ¿te acuerdas de algún ejemplo concreto que hayáis tenido que cambiar porque no os sirviera porque aquello no era ni Comunidad Terapéutica ni Casa de Acogida?

R.- Sí, pues, por ejemplo, el horario de entrada, que nosotras decíamos *no, no, es ese horario y si no, que se vayan a la calle, o que se piren un rato!* O sea, no es habitual que las mujeres, o sea, no digo las mujeres en general, sino las que nosotras atendemos, no es habitual que nos lleguen puntuales a la hora de la cena. Tampoco vemos necesario que haya una hora exacta de comida o de cena, porque son unidades de convivencia pequeñas, entonces, también entre ellas se apañan ¿no? O sea, hoy comen a las 14:30, y mañana comen a las 15:00, entonces, hay franjas, pues de tal hora a tal hora es el espacio de la comida.

Entonces, todas esas cosas sí que las hemos tenido que ir cambiando, o bueno, ¿y por qué tiene que llegar una mujer a las diez de la noche? Y eso es un proceso..., que si vuelve más tarde, vuelve más tarde, que si duerme fuera, duerme fuera ¿no?, en ese sentido. Nosotras al final no tenemos horarios rígidos, tenemos franjas horarias. Sí que, por ejemplo, tenemos horarios marcados para los grupos (terapia grupal) o para las sesiones, eso sí, pero no hay una hora de desayunar, una hora de comer, una hora de cenar. Hay unas franjas, pero también unos límites que trabajas con ellas de forma individual. Si tiene criaturas sí trabajas con ellas un poco el horario con las criaturas, o también, si tienen desórdenes en cuanto a la alimentación, pues también trabajas con ellas en ese sentido.

Entonces lo que hacemos más bien con ellas es trabajar a partir de la planificación individual. También, otra cosa que empezamos a ver es que lo vivían mucho como control ¿no? El que les preguntáramos *¿dónde vas? ¿a qué hora vienes?* O cosas de este tipo. Entonces, lo que hacen ahora, bueno, desde hace ya bastante tiempo, es trabajar con ellas de forma individual su planificación semanal. Ellas nos la entregan, y la planifican teniendo en cuenta sus objetivos de trabajo. Y no tanto desde el control, sino desde que se planifiquen el día, que es en sí mismo un trabajo para ellas, sobre todo cuando vienen desde contextos de desorganización, y es que también tiene mucho que ver con trabajar la impulsividad, pero no es tanto desde el controlar qué es lo que hacen o dejan de hacer. Y eso, ellas también lo viven mucho mejor.

P.- Sí, porque si veis, por ejemplo, que alguien no cumple con lo planificado y está mintiendo sistemáticamente ¿cómo lo abordáis? Porque lo notáis a través de comportamientos disruptivos o lo que sea, no porque lo estéis controlando. Porque lo veis que lleva tiempo "metiendo la pata", etc., y veis que lleva tiempo mintiendo, etc. ¿cómo lo abordáis? Porque supongo que sucederá, vaya...

R.- Sí, claro, y no sólo con la planificación, sino con otras cuestiones. A ver, sí que hay una cosa que es como, bueno, o sea, sí que hay una parte que es tener la atención centrada en la persona, es decir, el tener presentes sus necesidades. Eso es importante, pero también es importante, porque esto también es un equilibrio que hemos tenido que ir buscando y que siempre estamos cuestionándonos ¿eh? Y es que también ellas vienen en un momento en el que no saben muy bien y que también están un poco perdidas y nosotras somos las profesionales que se supone que, en ese momento, les sabemos guiar y poder decirles *¡mira,*

a partir de nuestra experiencia tú eres experta en tu vida, pero nosotras no. Nosotras somos expertas en esto!, entonces, si tú tienes un problema con la cocaína y estás ahora en un momento de deshabituación, pues hay una serie de cosas que no te van bien". 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, 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, el "*varias veces te hemos pedido que reflexiones sobre esto y tú sigues igual*". Entonces es como ¡a ver!, nos quedamos sin herramientas, porque por muchas indicaciones terapéuticas, igual no es el lugar. Porque, a ver, yo voy a una escuela de francés a aprender francés, pero si lo que yo quiero es aprender inglés, no puedo estar insistiendo "*¡no, no quiero aprender francés, quiero aprender inglés!*" Y "*¡ya, pero es que aquí, lo que hacemos es francés!*" ¿no?, es que es como un poco...

Y esto sí que es algo que suele ocurrir, y luego es un poco también porque bueno, porque ellas, las mujeres, todas acaban el proceso que lo ven como algo...que también es una cosa a revisar y cambiar ¿no?, como que hay un principio y un final y hay un alta terapéutica ¿no? desde lo médico. 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? Entonces, nosotras también, a veces tenemos que decir a alguien "*¡mira, así, nosotras no podemos trabajar contigo!*" Por eso, el control...intentamos no entrar en el control, porque no tiene ningún sentido, porque ellas vienen libremente y están si quieren pasar por todo eso, si no...

P.- Y las salidas ¿cómo preparáis las salidas? Porque me imagino que estar en un recurso de estas características, en base a una situación de violencia ¿qué tal?

R.- Pues las salidas, depende. Depende del tipo de salida

P.- Me refería sobre todo a mujeres que veis que ese no es el espacio, pero que como vienen de una situación de violencia, y claramente el criterio de protección está ahí, frente a la situación de violencia. Claro, no es fácil salir del Ariadna ¿y a dónde te vas? ¿qué recursos, qué posibilidades tienes? ¿no?

M.- Depende muchísimo del caso, del motivo de salida, de todo ¿no? Entonces, si nos ponemos en el caso de que es una señora, que no tiene adherencia al tratamiento, que no vemos que cuaje..., y que ella lo ve y que lo podemos hablar, se puede hacer una salida acompañada. Y eso significa: "*te vas a ir, se acaba el proceso, pero te vamos a acompañar en esa salida y vamos a ver cómo y con los recursos que tienes, dónde vas.*" Otro recurso no hay, no hay. Eso es así. La mayoría (de las mujeres) no tienen red familiar tampoco. Entonces, eso es en el mejor de los casos. El mejor de los casos es que, quiero decir, que sea una salida porque no...porque la mujer ve que no es su lugar y en el mejor de los casos se puede hacer una salida acompañada. En el peor de los casos es un tema de hoy para hoy, es decir, hay tres reglas que intentamos respetar un montón, que son: a) confidencialidad del recurso, b) la introducción de sustancias dentro del recurso, o sea, que no hay una penalización por los consumos, pero sí hay penalización por la introducción de sustancias y c) la violencia dentro del recurso. La violencia no es que la mujer un día me monte un pollo, pero sí es las amenazas, las amenazas graves, una agresión física. Esto sí que es motivo de salida.

(Entrevista 7)

La experiencia apunta a que cuando trabajas desde una perspectiva de género centrada en el empoderamiento de las mujeres y el acompañamiento terapéutico en la toma de sus propias decisiones, acompañado de una normativa básica fundamentada en los acuerdos y la flexibilidad, con un mínimo de normas inquebrantables que sí pueden conllevar la salida del recurso, los niveles de conflictividad en cuanto a la introducción de sustancias o la violencia en la convivencia, se reducen drásticamente. Ellas son partícipes de la toma de decisiones y perciben esas normas desde otro lugar más compartido.

12.7. Diseño de recursos específicos con atención integral desde perspectiva de género

Partiendo de lo expuesto en el último testimonio del apartado anterior, una de las principales cuestiones que coinciden en señalar como relevante las profesionales entrevistadas que han sido responsables del diseño y puesta en marcha de **recursos específicos diseñados desde perspectiva de género**, o que forman parte del equipo técnico de los mismos, es la **necesidad de revisar y adaptar normativas y formas de funcionamiento**.

Los espacios tradicionales mixtos de adicciones son espacios con normativas muy rígidas, y muchas veces con una cultura de... a ver, de trabajo desde lo que tienes que hacer, también muy jerárquica ¿no?, de "yo soy el experto, a ti lo que te pasa es esto, tú lo que tienes que hacer es esto" ¿no?, y ese funcionamiento desde el... bueno, es muy normativo: "esto está bien, esto está mal". Yo creo que en el caso de las mujeres esto, más que ayudarles, las vuelve a dejar en esa posición de sumisión (...) no es para nada un espacio de empoderamiento. Unas entran, otras no entran y trasgreden, pero siguen moviéndose en ese continuo de "alguien sigue diciéndome lo que tengo que hacer". Desde ahí yo creo que un espacio específico tiene que contar mucho en lo que ellas van decidiendo lo que creen que es necesario. Creo que lo normativo, porque hay una convivencia en grupo, pero tiene que ser consensuado y deben entender por qué, pero para mí también esto es válido con los hombres, pero específicamente con ellas todavía más. (...) Yo creo que, en general, el trabajo en adicciones se ha hecho desde un modelo muy paternalista ¿no? con los hombres también. Que no me parece adecuado. Yo creo que apelar a la responsabilidad de cada cual y que cambies porque alguien te dice que lo que hacías está mal y que esto se ha de hacer y que esto no se ha de hacer me parece que eso es algo que hace cambiar en el modelo en general, pero en especial, a las mujeres creo que eso no nos beneficia para nada. No se puede avanzar, nos coloca en el mismo rol que hemos estado donde alguien te dice o que tienes que hacer y tú ahí vas haciéndolo o transgrediéndolo y es donde posiblemente se han situado siempre, o sea, que puede incluso lesionar en la autoestima ¿no?

(Entrevista 10)

Y se hace imprescindible, como viene señalando toda la evidencia en adicciones y perspectiva de género, modificar sustancialmente los contenidos de trabajo. Esto conlleva centrarse en el trabajo de la autoestima de género y el empoderamiento como herramientas cruciales para el cambio y su mantenimiento. Como ya hemos señalado, la violencia aparece de forma consustancial al sistema sexo-género, y abordar grupalmente por parte de profesionales mujeres los efectos de la subordinación estructural de lo femenino/las mujeres, se torna en elemento clave para la recuperación de las mujeres drogodependientes.

R.- Los contenidos del trabajo para mí es otro elemento fundamental ¿no? O sea, hay determinados temas que sí o sí tienen que estar cuando trabajas con mujeres. Acabo de leer vuestro libro, que me parece fantástico

P.- ¿El de Mujeres y Drogas?

R.- Es que es como “una biblia” y además está súper argumentado ¿no? Argumentado y justificado con bibliografía, que es algo que yo creo que a veces nos ha faltado “¿por qué hay que hacer tratamiento en grupo?” O “¿por qué hay que hacer un grupo específico sólo de mujeres?”, pues ahí lo habéis justificado con estudios cuantitativos y cualitativos ¿no?, pues eso, los temas que sí o sí han de estar son los que tú y yo ya sabemos: el eje transversal de la autoestima de género, lo que les ha supuesto estar socializadas como mujeres en una sociedad desigual y estar en una posición infravaloradas, el rol que ha jugado el consumo de drogas en ellas, hasta la maternidad, la culpa, todos esos temas... las violencias recibidas, las violencias sexuales, cómo les ha impactado eso en su proceso de adicción, toda una serie de temas que en un servicio no específico los puedes abordar a nivel individual, si es que hay terapia o trabajo individual, pero en grupo muy difícilmente, cuando en el espacio específico sí añade esa posibilidad de trabajo en grupo ¿no? al estar conviviendo con otras mujeres que están en ese o en otro momento de evolución o de recuperación que les pueden aportar muchísimo a la hora de identificar el peso que eso ha tenido ¿no? Y eso, para mí, acelera muchísimo el avance en el tratamiento y en la recuperación de una mujer. Imprime una velocidad distinta.

(Entrevista 10)

Para nosotras es básico que en todos los CAD haya un grupo de mujeres. Y costó. Pero fíjate, que lo que costó no tenía nada que ver con el grupo de mujeres en sí, si no con que en algunos centros no había cultura de grupo. Así como otros tienen una cultura de terapia grupal importante, y hacen grupos de todo tipo y manera, en otros centros no tienen esa cultura. ¿La experiencia con los grupos de mujeres? Bueno, a mí me parece excelente. Es una experiencia buenísima. Yo conozco fundamentalmente la de Latina ¿vale? y no sólo a nivel del grupo y de la terapia con las mujeres, que es evidente, porque las mujeres iban, las mujeres se quedaban en el tratamiento, no había más abandonos que en otros grupos u otras situaciones, que respondían y que hablaban de violencia. Es decir, que tú lo planteabas a las mujeres y lo contaban sin ningún problema y sin ninguna dificultad, y no es difícil.

Lo que hay que hacer es preguntar y dar opción a que la persona pueda hablar, vamos, que no requiere que tú hagas un interrogatorio con muchos recovecos para que la gente te cuente lo que le está pasando. Y tiene también otras connotaciones, o sea, se da visibilidad a las mujeres en los CAD. No es lo mismo que llegue un pelotón a una hora determinada porque tiene un grupo, a ese salpicado que se pierde muchas veces en el maremágnum de los centros. ¿y qué más te voy a decir de los grupos? Es que es verdad que me parece bueno los grupos de mujeres. Al principio cierta reticencia...cuando mandas a una mujer a un grupo específico, que te dice: “¿y a mí por qué me tienes que mandar a un grupo de mujeres?”, como ese acto diferencial con los hombres, pero bueno, es que eso dura el primer día que entran. No es una cosa ni que se mantenga en el tiempo ni que...Creo que yo, todos los años que estuve en Latina hubo una sola mujer que decía que no y que no, e iba de vez en cuando y “que yo no me parezco en nada...” y bueno, ¡pues deja de ir!, pero es raro. A veces esa dificultad es al inicio, pero cuanto más convencido está todo el mundo...

(...) Y yo creo que medidas de ese tipo, de cosas que ya sabemos que están demostradas, que son eficaces, pues bueno, los administradores tienen que empezar a exigirlos como cosas que han resultado ser una buena práctica y que se tienen que poner en marcha.

(Entrevista 1)

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).

Como se ha podido comprobar hasta este punto del Informe, son muchas las cuestiones que tanto la teoría como la práctica han puesto de relieve para lograr una adecuada atención a las mujeres con adicciones y violencias de género. Insistimos en la necesidad de diferenciar las situaciones que requieran de un apoyo residencial, de aquellas donde esto no sea necesario, pero aun así haya que trabajar la violencia de género sufrida por las mujeres y su interacción con la adicción.

Y un apunte final, en **la red de violencia tienen recursos de atención ambulatoria con los siguientes servicios:**

Y lo mismo nos pasa en los otros dos servicios que tenemos de Atención Ambulatoria, en CAP41 en Norte y CAP en sur, que aquí ya no sólo atendemos a mujeres, sino a mujeres y menores y, bueno, otros familiares afectados por la situación de violencia de género e, igual, son atenciones a medio o largo plazo para mujeres y menores que pueden tener, o no, medidas judiciales de protección. La atención es similar a la que se dispensa en los puntos, con la peculiaridad de que no solicitamos medidas judiciales y que, además, atendemos a los menores. Con lo cual hay también psicólogas infantiles, educadoras especializadas en la relación materno filial, etc. Igualmente, la atención es a medio, largo y larguísimo plazo porque muchas veces se trabaja con Trastorno de Estrés Postraumático.

(Entrevista 3)

Resultando que **esos servicios coinciden con los prestados en recursos como Espai Ariadna (residencial), Apoyat (residencial y ambulatorio) o AVANT (ambulatorio), para la atención a las adicciones y la prevención de recaídas con mujeres en tratamiento.**

12.8. Otras cuestiones a considerar

Queremos continuar, en los párrafos que siguen, exponiendo diversos aspectos que no hemos incluido-insertado en los puntos anteriores, bien por no romper el hilo del relato central que ha ido emergiendo de las diferentes entrevistas, bien porque tan solo aportan algún matiz a lo ya comentado. En cualquier caso, pensamos que es una información relevante que debe formar parte de este Informe.

12.8.1. Mientras los números sean buenos en hombres, “nos vale”

Es una realidad que la presencia de los hombres en los espacios de tratamiento sigue siendo abrumadoramente superior a la de mujeres. Aún hoy, y desde hace más de 20 años, las estadísticas de admisiones a tratamiento en casi todo el Estado suelen situarse de forma general

41 Centro de Atención Psicosocial no residencial especializado que tiene como objetivo la recuperación emocional y social de las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijas/os y otros familiares afectados por la situación de violencia de género

en torno a un 15-20% de mujeres frente a un 85-80% de hombres. Esto, cuando hablamos de tratamiento ambulatorio en los centros de atención a las adicciones, porque si llevamos nuestra atención a los recursos residenciales “mixtos” (comunidades terapéuticas, pisos de apoyo al tratamiento, pisos de autonomía, etc.), o a espacios de reducción de daños, las cifras de mujeres descienden aún más.

Sí, pero por ejemplo en estos recursos que todavía están muy masculinizados, aquí hay otra, otro condicionante. Las Juntas Directivas de muchas entidades son de personas muy mayores o que llevan muchos años, y el hecho del proceso al cambio, es decir, de salir del espacio de confort para cambiar, cuesta, porque ellos han tenido durante muchísimos años muy buenos resultados, y a pesar de que no tienen población mujer, si tienen población varón, por lo tanto, les sirve.

¿Qué ocurre? cuando nosotros empezamos a hablar desde la Secretaría de que hay que abrir las puertas a un modelo de intervención donde también se visualice a la mujer, es como “¿qué me estás contando?! Si yo no cierro la puerta a nadie! que aquí puede venir quien quiera.” Esto ha sido motivo de muchas reuniones. Claro, cuando yo comienzo a preguntar: “imaginaos que yo soy la que tengo un problema de alcohol y me voy.... ¿qué haríais conmigo si yo me acerco...?” Bueno, primero: “¿creéis que yo me acercaría? ¿cómo llegáis a mí, que tengo el problema? Yo vivo en el barrio donde tengo al lado el recurso y ¿cómo crees que yo me voy a acercar?” ¡Ojo!, la respuesta de los recursos de atención a alcohol: “No, normalmente, si te acercas, es porque estás ya muy convencida.” Ahí ya no hay mucho más que decir, pero...

(Entrevista 2)

“Salir de la zona de confort” implica ponerse como objetivo la reducción de la brecha de acceso al tratamiento por razón de género, actuando sobre elementos estructurales y de organización de itinerarios, formas de acceso, problemáticas de atención, equipos, etc. No actuar sobre las barreras de acceso al tratamiento para mujeres incurre en una violencia institucional más.

12.8.2. Inclusión de la perspectiva de género desde la Administración

Aunque no le hayamos dedicado un punto específico en la parte cualitativa, pero sí en la teoría, esta cuestión planeaba en las declaraciones de las personas entrevistadas a la hora de hablar de los recursos específicos y la inclusión de la perspectiva de género en los tratamientos: resulta unánime la convicción de que sin una clara voluntad política y sin el presupuesto necesario para llevarlo a cabo, es muy difícil desarrollar las acciones necesarias para una adecuada atención a las mujeres con problemas de adicción y violencia de género.

Yo voy a empezar con el tema de la inclusión de la perspectiva de género desde la Administración nuestra, desde la Junta de Extremadura. Tenemos la gran suerte de que el Vicepresidente segundo y el Consejero de Sanidad y de Servicios Sociales apuesta por la inclusión de la perspectiva de género en el ámbito de las adicciones. Por lo tanto, todo lo que proponemos desde la Secretaría técnica siempre es muy apoyado.

(Entrevista 2)

El tema que hemos desarrollado a partir del 2018, entendiendo el trabajo desde la perspectiva de género, en general, para después aterrizar en la violencia de género en particular. Piensa que nuestras propias memorias internas, presupuestarias, no reflejan el impacto

de género que desarrollamos en nuestros servicios. Esto es importante entenderlo también. Por eso, hay muchas cosas que no están visibilizadas y llevamos haciéndolas desde el 2018, porque los propios documentos formales no tienen una visión de género. Vamos a empezar por ahí. Y por lo tanto, este año hemos introducido por primera vez la posibilidad de medir el impacto de género de algo que veníamos haciendo de manera informal. Y yo, dentro de Salud.

L. y yo hicimos unos primeros informes de evaluación que, desde luego, no concretaban con tanta exactitud lo que hemos concretado este año. ¿Por qué? Porque ese es uno de los déficits, es decir, que ni siquiera las memorias recogen una visión del género. Por lo tanto, muchas de las cuestiones que hacíamos ni se tenían en cuenta y por ello, ni son evaluables, ni se pueden presupuestar económicamente, ni se puede evaluar su eficacia. Con lo cual ¿cómo hemos podido generar este trabajo? Pues básicamente con financiación externa, por eso la importancia de lo que te decía al principio, o sea, hemos tenido que buscar una financiación externa para poder tener la libertad absoluta de poder trabajar lo que nos dé la gana ¿por qué? No por restricciones internas, sino por falta de presupuesto, o sea, por falta de perspectiva de género que se refleje en los presupuestos. Y ahí voy con la ficha y las memorias de impacto de género. Al visibilizar lo que estamos haciendo, también estamos demandando que sí tú no me das presupuesto propio para que yo desarrolle políticas transversales y centrales de género, yo no voy a poder desarrollar ese trabajo de promoción de la igualdad, etc.

(Entrevista 5)

Si desde arriba no se coordina para que se hagan intervenciones integrales desde perspectiva de género... Se supone que la red asistencial de mujeres la irá asumiendo la Administración Pública... pero en muchos sitios hay una externalización, subcontratas... Y se le da incluso a empresas, con ánimo de lucro.

(Entrevista 4)

El Pacto de Estado salva un montón. Vamos a poder trabajar violencia e igualdad gracias al Pacto de Estado, porque objetivamente Sanidad tampoco tiene una línea de financiación en este tema. Lo que pasa que, a veces, el Pacto de Estado se queda un poco... que bueno, nosotras le echamos imaginación para poder entrar en sus esquemas... porque hay epígrafes que faltan, que deberían incorporar...

(Entrevista 5)

La cuestión de la transversalidad sigue siendo una asignatura pendiente, y la experiencia de estas autoras, que hemos participado en la elaboración de Planes de Adicciones de varias Comunidades Autónomas, es que normalmente el género queda reducido a la manida frase: "se tendrá en cuenta la perspectiva de género", sin que conste de forma efectiva y articulada en torno al ciclo de la planificación de proyectos. El género no puede ser un elemento que se incorpore "a posteriori", ni un tema aparte, y debe ser transversal a todo el Plan, con presupuesto concreto y suficiente para su desarrollo efectivo.

12.8.3. Garantías en la financiación de los recursos de atención desde perspectiva de género

Igualmente se reclama la necesidad de una apuesta clara de permanencia, porque es imposible trabajar en condiciones cuando no se cuenta con una perspectiva de continuidad a medio o largo plazo, es decir, si no se cuenta con una seguridad económica que permita planificar acciones, no

se va a lograr una auténtica implementación. Resulta, además, un indicador de decisiones tomadas en función de vaivenes políticos o de voluntades personales puntuales y no desde criterios fundamentados de necesidad.

El concierto nos garantiza 5 años de estabilidad, porque la licitación son 2 años, con ampliación de 1, y eso es una gran inestabilidad para el equipo profesional..., y claro, eso no lo quiere nadie. Entonces, al final, los equipos ¿qué son? De gente muy jovencita, con poca experiencia ¡un sinvivir! Claro, con el concierto nos garantizábamos la estabilidad; que gente con cierta experiencia tenga atracción por venir, y queríamos también la subida....que eso sí que ha llegado a ser, la subida de salario. Por lo tanto ahí sí que, un poco, bien.

(Entrevista 4)

O sea, claro, la pena es..., a ver ¿cómo te lo diría yo? Creo que ha costado más, como todo lo que lleva perspectiva de género ¿no?, que parece que es el añadido, o ¡venga, vamos a dar el resto de dinero ahí..., tengo un poquito de aquí, un poquito de allí! y así surgió Espai Ariadna y así surgió Metzineres; no desde una apuesta decidida de: ¡venga, voy a poner dinero en esto!, al menos hasta ahora ¿no? Yo creo que en el caso de Metzineres ahora está en una situación diferente, porque ha habido una Administración, desde violencias ¡eh!, que es distinto, que ha hecho una apuesta decidida, y por tanto lo ha dotado y lo ha financiado, bueno, como financian todo ¿eh?, porque no creo que ningún servicio sea tan... "perros con longanizas" ¡eh! y lo han financiado lo mismo que otros servicios, pero bueno, yo creo que la perspectiva de género va de que las entidades que están creando servicios y las administraciones no la han tenido como un eje central, y así tenemos la red que tenemos.

(Entrevista 10)

Sí es verdad que fue un poco como, bueno, existía la oportunidad de poder abrirlo y crearlo, porque en ese momento tuvimos el apoyo de las administraciones también, y claro, el tema económico es también un elemento que marca todo ¿no?, porque a veces se pueden tener muchas ideas o grandes proyectos, pero es verdad que son proyectos muy caros. Un proyecto residencial con profesionales las 24 horas es un proyecto muy caro. Entonces, la viabilidad depende mucho de que las administraciones se impliquen, pero entonces tuvimos la suerte de que todas las administraciones se implicaron en él y por eso pudimos ponerlo en marcha. La implicación de las administraciones es necesaria porque trabajamos con mujeres pobres y sin hogar en la mayoría de casos, y no puede ser un proyecto que pueda financiarse a nivel privado. Es un tema de perspectiva de derechos.

P.- Ese apoyo económico se ha mantenido con el paso de los años ¿no?

R.- Sí, ese apoyo económico se ha mantenido, siempre con transformaciones, con intentos de recortes, con mucha lucha. Cada año es una lucha y cada año es un ¡a ver si llegamos! Y todos los años es un reunirnos, a poner en valor, justificar, dar números, etc. O sea, no es un proyecto en el que estemos tranquilas, en realidad

(Entrevista 7)

P.- Porque es mayoría masculina siempre, supongo, pero es que si estáis en mitad de la montaña.

R.- Siempre (*más población masculina*). Es que piensa que aquí, si no tienes coche ya no podrías venir ni a trabajar. Imagínate el hecho de, bueno, las salidas familiares, todo el tema de la accesibilidad. Ya no sólo por el hecho de ser mujer, es decir, el hecho de ser una persona que no puedas acceder a un vehículo ¿no?, es que..., te quiero decir que los copagos no existen, o sea, que las cuotas cero no existen; que los copagos son 390€, como mínimo.

O sea, ¿quién tiene 400€ limpios al mes para esto?, para empezar ¡eh!, pero es que después tienes que fumar y te tienes que comprar medicación y hay un montón de cosas más. Es que hablamos de 600€ mínimo para hacer un tratamiento. Sí. Sí, aquí está así el tema ¡eh!, con el tema de los copagos y sí. Si no, claro, tienes que optar a Comunidades de tipo religioso, tipo REMAR, tipo RETO.

P.- O sea que ¿las Comunidades Terapéuticas en Cataluña todas son de copago? ¿No hay plazas concertadas 100% gratuitas?

R.- Sí que hay como un simbólico de...tenemos una cuota...te dirá todo el mundo: tenemos una plaza de cuota cero, pero igual hay una o dos plazas para las 40 que tienes y ¿sabes cuál es la lista de espera para esa cuota cero?, pues un año, un año. Y es una lista única. El tema de las listas, llevamos aquí una pelotera el personal que ¡no veas! O sea, ¿cómo vamos a hacer una única lista? No sé. Tienes 30 tíos y 2 chicas por ahí medio perdidas, y claro, ellas no se van a esperar un año, es que no van a ingresar nunca mujeres que no puedan pagar un copago. Sí, sí, así estamos, así estamos.

(Entrevista 6)

12.8.4. Medir la correlación que confirma que, a mayor número de indicadores de perspectiva de género en el diseño del tratamiento, mejores resultados

Consideramos que esta es una asignatura pendiente en todo el territorio, desarrollando procesos evaluativos que permitirían identificar buenas prácticas y replicarlas.

Sí que tienes mucha dificultad a la hora de categorizar los sitios (*como que tienen perspectiva de género o no la tienen*) ¡es que son tantas las variables!, pero a mí me parecía muy fundamental el tema de la formación ¿vale? de que el equipo esté o no formado, del tema de los grupos con mujeres y con hombres desde perspectiva de género, del tema de la supervisión externa, del tema de revisar normativas desde perspectiva de género, porque evidentemente si no las revisas las acabas siempre expulsando a ellas. Y entonces, sí, sí, estaba clarísimo que aquellos sitios donde tenían más indicadores tenían mejores resultados, y es que, además, se abordaban las violencias. A ver, suena como muy evidente, pero parece que no lo es tanto.

(Entrevista 6)

12.8.5. Espacios de reducción de daños desde Perspectiva de Género

En varias de las entrevistas con informantes clave, surgió el tema del inicio y creación del proyecto Metzineres, Entornos de Cobijo para Mujeres que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias. Este programa fue creado en junio de 2017 en el marco de la Fundación Salud y Comunidad (FSYC), de la cual se desvinculó un año más tarde, en julio de 2018. Sus orígenes están muy ligados a la experiencia del Espai Ariadna, que permite la entrada en el recurso con un consumo activo con la intención de ir trabajando la toma de conciencia acerca de lo que se quiere hacer en relación con ese consumo y su mantenimiento o no. Espai Ariadna es un recurso de tratamiento y por lo tanto un contexto en el que es posible ir trabajando la consolidación de abstinencia, pero ¿qué pasa cuando tras ese periodo inicial con consumo activo, una mujer no deja de consumir? ¿A dónde podían ir? Porque las violencias que habían vivido y la posibilidad de volver a vivirlas, seguían ahí.

Bueno, pues surge por necesidad, por no dejar fuera otra vez a un grupo de mujeres ¿no?, o sea, cuando empezamos con Espai Ariadna teníamos claro que tenía que ser un espacio inclusivo, que las normas no volvieran a dejar fuera a determinadas mujeres, que era lo que estaba ocurriendo antes en Servicios de la Red, tanto de violencia como de adicciones. Y lo que nos encontramos es que, al final, el hecho de...o sea, la convivencia, el hecho de generar un espacio que confina a un grupo de mujeres, el hecho de que vinieran con sus hijos e hijas, o sea, que estuvieran conviviendo con criaturas, todo eso hacía que cuando una mujer..., o sea, nosotras definimos un período inicial en el que podían seguir consumiendo, precisamente para iniciar la toma de conciencia, porque a veces llegaban directamente de la red de violencia y no había ninguna conciencia de que hubiera un problema con el consumo de drogas. O sea, que habíamos llegado superado ese período inicial, fuera de 1 mes o fuera de 3 meses, y había mujeres que, o no conseguían o no querían o no podían, por sus circunstancias, dejar de consumir. Y eso hacía que esas mujeres acabaran siendo, otra vez, expulsadas del sistema. No había espacio para ellas. O sea, se les daba una oportunidad, el tratamiento era flexible, pero había un punto en el que, si no había un compromiso con la abstinencia y con un cambio de estilo de vida, esas mujeres quedaban otra vez fuera y eso es lo que nos empujó a abrir un espacio en el que, realmente, el consumo no fuera una condición ¿no?, y de ahí surgió el espacio de Metzineres, absolutamente inclusivo.

P.- Por no dejarlas fuera ¿en qué sentido?, porque al fin y al cabo hay otros recursos de Reducción del Daño, o sea, podrían irse a otros recursos de Reducción del Daño...

R.- Sí, pero no estaban yendo, o sea, lo que veíamos en las mujeres que estaban transitando por la Red es que los recursos de Reducción del Daño que existían continuaban siendo recursos muy masculinizados, bueno, también con una estructura normativa y asistencial que, por lo que fuera, o ellas no llegaban o cuando llegaban no se adherían. Y el hecho de crear un espacio para mujeres venía de la misma filosofía ¿no? de entender que podía ser un espacio que les diera unas oportunidades y que ellas se sintieran más a gusto ¿no? entre el espacio de convivencia de ellas, con las profesionales y con el recurso, que hiciera que decidieran quedarse.

P.- Porque, además, perdona que sea yo la que lo comente, pero que tienen detrás una historia de violencia al fin y al cabo ¿no?, si han estado en Ariadna es por eso...

R.- Claro, absolutamente, y para las mujeres que nos llegaban con historias aún más duras de violencia, sobre todo aquellas que estaban viviendo en la calle y con historias de re-traumatización de muchísimos años. Entonces, el poder ofrecer ese espacio de no sentirte juzgada, de que no se te pida, pues casi ni el DNI cuando entras por la puerta, que puedas ir absolutamente a tu ritmo, que no haya posibilidad de fracasar porque, te saltes la norma que te saltes, si tú decides continuar vinculada y vas reparando las cosas que vas haciendo no vas a ser expulsada, nos pareció fundamental. Y la experiencia lo ha demostrado. Mujeres con muchísimas dificultades que habían estado expulsadas de todos los servicios de reducción de daños de toda la Red de aquí, de Cataluña o de Barcelona, acababan siendo mujeres que tarde o temprano se vinculaban; se vinculaban, utilizaban el servicio, y bueno, y ellas lo expresaban: sobre todo el no haberse sentido juzgadas, el poder hablar de todo, el no sentirse analizada, el poder venir en el momento que me viene bien, dentro del horario de apertura ¿no? Yo creo que se consiguió un contexto que ha hecho que quien sigue en consumo activo, pues..., es un contexto más útil ¿no?

(Entrevista 7)

12.8.6. Mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad / ejes de exclusión

Si bien la teoría ha recogido un mayor número de situaciones de especial vulnerabilidad en las que pueden concurrir violencia de género y adicciones, no todas ellas han aparecido en los discursos de las entrevistadas. Sobre las que sí han aparecido, estos son los testimonios:

Mujeres sin hogar

Las personas entrevistadas han puesto de relieve la realidad de la atención a un grupo de mujeres que muchas veces presentan en concurrencia problemas de adicción, problemas de salud física y mental y han sufrido violencia de género en el 100% de los casos. ¿Qué sucede con ellas?, porque presentar adicciones, a veces, también es criterio de exclusión de algunos espacios, y en otros no están porque son espacios “mixtos” donde vuelven a verse sometidas a agresiones.

Y el problema del sinhogarismo, que nosotras tenemos aquí un problema también que... en Las Palmas hay un trabajo que hacer importante... que yo logré convencer, conseguí dinero y no logré ponerlo en marcha ¿sabes? Pues por lo mismo, porque el Ayuntamiento de Las Palmas recoge un número elevado de sinhogarismo, donde hay un porcentaje de mujeres ¿no? y es que yo, cada vez que veo a una pienso, dónde están, cómo están, cómo consiguen la dosis, los riesgos que corren, las palizas que pueden recibir, las violencias..., bueno, yo me pongo malísima y yo me deshago porque es un trabajo, sinceramente, que tenemos que hacer, porque hay recursos también para personas sin hogar, pero es que el propio Ayuntamiento es también súper restrictivo con las adicciones ¡y nos echa a la gente con adicciones! ¡entonces es como que...! La verdad es que...! Y al final mea culpa ¿sabes? Que al final cogí un obcecamiento de los míos que... es que al final me da coraje ¿sabes?, porque al final es un trabajo que tenemos que hacer ¿sabes?; un trabajo que tenemos que iniciar como servicio y si la montaña no va a Mahoma, pues... Mahoma tendrá que ir a la montaña, pero ahí hay otro núcleo de trabajo durísimo y las que me parecen de mayor vulnerabilidad ¿sabes? Que no tengas un techo, que estés tirada en la calle y que te veas obligada a hacer lo que sea para sobrevivir y para conseguir la dosis que necesitas y para todo ¿sabes? Sinceramente...

(Entrevista 5)

R2.- Por eso te decía al principio que nosotras hemos puesto en marcha un proyecto de atención a violencia sexual en mujeres sin hogar o en situación de sinhogar, porque una de las cosas que vemos es que no van a los centros específicos, al CIMASCAM o algo, porque en cuanto no vayan un día o dos días a las citas les dan de baja. Y claro, mujeres que están en situación de sin hogar necesitan más tiempo y necesitan también vincularse de otra manera a las profesionales. Entonces, así como funciona no...

P.- Y ese recurso que habéis abierto ¿va a consistir en un Centro de Día? ¿va a ser residencial?

R1.- No. De momento Atención Ambulatoria. Va a ser Atención Ambulatoria y se va a valorar en cada caso si el tema de alojamiento es, digamos, un requisito importante para que continúe con el proceso ambulatorio, y si es así se les va a ofrecer la posibilidad de plaza en pensión. O sea, se va a intentar buscar dos o tres pensiones que sean más seguras. Ya conocemos algunas que tendrían la posibilidad de que sólo fueran mujeres y demás, como para reforzar el tratamiento ambulatorio. Pero como nos han recortado muchísimo, pues sólo poder ofrecer a poquitas mujeres

P.- Y el tratamiento ambulatorio sería terapéutico, para intervenir en la violencia sufrida ¿no?

R1.- Sí, va a ser intervención social, psicológica y educativa

P.- Vale, y ese proyecto lo estáis poniendo en marcha ahora...

R1.- Ahora, sí. Ya cuando tengamos toda la información, si quieres te la mando

P.- Sí, sí, claro, porque os va a aparecer adicciones también...y salud mental

R1.- Lo que pasa es que ahí, también, sí que decimos que para que una mujer pueda adherirse a tratamiento psicológico tiene que tener la capacidad, entonces, si hay un tema de consumo activo importante, a lo mejor no hay adherencia al tratamiento terapéutico. Entonces, ahí también se va a valorar cada caso. Es verdad que en los casos de mujeres sin hogar es lo que más vamos a encontrar: salud mental y tema adicciones

(Entrevista 8)

Mujeres en contextos de prostitución

Es un tema que en el equipo técnico sí lo hemos hablado y sí que ha habido un contacto con Médicos del Mundo, que es la organización que trabaja con personas que están en la prostitución y dicen que ellos también tienen una preocupación por ese tema, y bueno...lo tenemos ahí, pero sabemos de su complejidad y de su historia, pero está claro que es otro tema que habrá que abordar en algún momento. Para nosotros es una Caja de Pandora

R1.- Muy vinculado también a inmigración, a la trata y todo lo que supone ¿no?, personas en situación administrativa irregular

R2.- Es que en Canarias está ahí, porque al ser destino turístico...dada la situación fronteriza en la que está...yo lo he detectado en los cursos, pero nunca he abierto...

(Entrevista 5)

P.- Y luego, es que LUA trabajaba muchísimo con mujeres en situación de prostitución, muchas de ellas mujeres trans. Sí, me acuerdo de este programa. No sabía que seguía activo ¿eh!

R.- Sigue funcionando, sí, y está financiado desde Mujer, desde la Dirección General de la Mujer y además, es que desde hace 6 años para acá, las dos últimas legislaturas, compartimos directora general; la Comisionada General para la droga fue Directora del área de la Mujer, bueno, ya no. Pero entonces, en esa legislatura se propiciaron muchas cosas en el doble sentido, porque ella tenía la visión común de la mujer, la violencia y la drogodependencia, que no es fácil, pero eso nos benefició mucho en la legislación anterior

(Entrevista 9)

12.8.7. Que la financiación de los recursos no redunde en políticas de exclusión

A lo largo de las diversas entrevistas y cuestionarios que hemos recibido, observamos una constante referencia a la importancia de la financiación de este tipo de recursos y su mantenimiento. No hemos expuesto exhaustivamente este dato en el Informe por considerar que sería más adecuado en acciones futuras que puedan concretar aún más las líneas de acción que aquí se han esbozado. Sin embargo, un detalle que nos parece importante advertir ya en este informe es lo siguiente: hay recursos de abuso de sustancias/adicciones y violencia de género que están siendo financiados por la red de violencia de género, bien mediante plazas concertadas, bien mediante la financiación del recurso en parte o en su totalidad. Esta es una apuesta importante para garantizar que mujeres que consumen drogas o presentan adicciones y sufren violencia de género, puedan ser atendidas en un recurso como el resto de mujeres en situación de violencia de género. Sin embargo, debemos recordar que la red de violencia tiene su ámbito de actuación

principalmente en el ámbito de la pareja/expareja, y que es desde ahí que derivará los casos a ese recurso de adicciones. Así pues, es necesario no perder de vista lo argumentado al inicio de este informe: la violencia de género que sufren las mujeres drogodependientes es muy elevada en ese y otros tipos de violencia, por lo que la entrada en el recurso no puede quedar circunscrita solo al ámbito de la pareja/ex pareja en el caso de las mujeres con problemas de adicción. Es más: habrá mujeres que necesiten atención en recurso residencial no mixto por su historial de violencia y circunstancias vitales, aunque no tengan una pareja maltratadora en la actualidad, ni estén en situación de emergencia bajo criterios de violencia. Y hay determinadas mujeres que están en dinámicas de supervivencia, muy deterioradas, y lo que para otra mujer sería percibido como una situación de emergencia, para ellas no lo es.

La clave para los recursos de atención a la violencia de género y adicciones en coexistencia se fundamenta en poder ofrecer una respuesta flexible pero especializada, capaz de acoger y trabajar con los múltiples factores en interrelación que cruzan a las mujeres, sin que se conviertan en factores de exclusión, ofreciendo espacios de cobijo y recuperación para las violencias sufridas. Todas.

Ver ese hueco que queda en la mujer entendida como..., no sé, ¿un ente? que se separa ¿no?, que, como digo yo: ¿si tiene violencia de género, para allá, si tiene un problema de salud mental, hacia allá, que si tiene...hacia "acullá". Total, que es un escenario complejo donde esas mujeres con adicciones con alta vulnerabilidad se quedan en un espacio donde nadie la trata, la atiende, la mira...ni le tiene en cuenta. Y esa es la triste realidad con la que nos hemos encontrado que, entiendo que será común en otros territorios, no lo sé, pero desde luego, en nuestra comunidad autónoma sí. Porque las redes de atención están muy bien en aislado, pero tienen una debilidad muy fuerte, que es la integración del trabajo. Vamos, que la Red de Violencia funciona muy bien como red de violencia, la Red de Salud Mental muy bien como salud mental y la Red de Adicciones muy bien como red de adicciones. Pero ¿qué ocurre cuando te encuentras una persona que no se puede dividir ni en su persona, ni en su vida ni en sus dimensiones interseccionales...¿pues ahí ya la pifiamos!, porque todo es un negociar, que si tal, que si, oye, mira, coge a esta mujer, que tal... pero no logramos dar una respuesta adecuada.

(Entrevista 5)

P.- Pero aún así veríais también posibilidades ¿no? si hubiese pautas claras de trabajo (en relación a las drogas) y una estructura que permitiese trabajar (en relación a la presencia de criaturas), en principio ¿lo contemplaríais?

R1.- Es que es necesario. Es que, si no, muchísimas mujeres se van a quedar fuera de la Red

R2.- Es que es absurdo pensar en violencia de género única y exclusiva, igual que Salud mental, igual que situación de calle, o sea...como muchas situaciones, claro.

R1.- O sea, que ya no podemos pensar, como se pensaba al principio, cuando se empezó a trabajar en violencia de mujeres, como decían desde el Samur social: "normalizadas", que no tienen más problemas que el que les ha tocado por tener a un energúmeno por pareja, sino que ahora tienen añadido salud mental, adicción, consumo excesivo, una vulnerabilidad económica tremenda, falta de apoyo social y familiar, o sea, se les junta todo.

R2.- El perfil ahora es el de exclusión social, con todo lo que conlleva la exclusión, junto con la violencia. Todo esto que está contando R1..., incluso mujeres en situación de calle, o sea, directamente. Salud mental, toxicomanías, vulnerabilidad, situación económica brutal, sin red social, sin red familiar. Este es el perfil. La figura de la mujer víctima de violencia de género puro ya no existe, igual que pasa en otros colectivos, evidentemente, que seguro que tampoco existe

(Entrevista 8)

12.9. Transcripción de la entrevista a la Directora del Espai Ariadna

Entrevista a Miriam Vázquez de Santiago. Directora del Espai Ariadna, recurso residencial donde se presta atención integral a las mujeres, solas o con sus hijos e hijas, que requieren un espacio de intervención integral donde se aborde la situación de violencia de género y de drogodependencia en un entorno seguro.

P.- Tal vez lo primero es empezar por contar los inicios del Espai Ariadna, es decir, cómo surge. Y comenzando por ahí, se trataría de que cuentes, como se lo contarías a alguien que no conociera el recurso, cómo surge el recurso, qué se hace allí, y ya luego vamos con otros temas como los aprendizajes, cambios que habéis implementado posteriormente, etc. Pero para empezar es importante saber cómo se inicia el proyecto y conocer esa andadura, porque está claro que no es lo mismo en sus inicios que ahora ¿no?, después de tantos años de aprendizaje..., pero como te digo, lo primero es recoger ese recorrido histórico del Espai.

M.- El Espai nace hace ya 7 años; un noviembre de hace ya 7 años, en noviembre de 2013 y surge un poco de..., bueno, ya en Fundación⁴² había un proyecto, que es el Proyecto Malva que ya empezaba a trabajar un poco desde interseccionalidad, desde las violencias de género y las adicciones. También, además, diferentes profesionales trabajábamos, algunas en proyectos más dirigidos a la recuperación en el caso de las violencias y otras más en proyectos dirigidos al tratamiento de las adicciones. Entonces, antes sí que se empieza primero, antes de crear el Espai, ya algunas compañeras como Gemma Altell, tú, Maite Tudela, etc., varias compañeras ya estabais trabajando en relación a que había que trabajar con perspectiva de género en las adicciones y también empezabais a ver, estabais poniendo la mirada, también, en que en el tema de la violencia había también problema de consumo de sustancias, y entonces se empezó a ver que estas mujeres tenían esta doble problemática y que no estaban siendo atendidas en ningún lugar ¿no?, sobre todo en las situaciones en las que había una situación grave de violencia que hacía que se tuvieran que ir de los domicilios y no podían irse a ningún lugar.

Eso, por un lado, era lo que se identificaba más en la red de violencia ¿no?, pero en la red de drogas lo que se identificaba es que llegaban pocas mujeres y que muchas de las mujeres no acababan los tratamientos, eran normalmente expulsiones; algunas salidas voluntarias, pero sobretodo eran expulsiones por el incumplimiento de unas normativas que eran totalmente androcéntricas. Bueno, pues fruto de los diálogos entre los diferentes recursos y diferentes profesionales que estaban trabajando en formación, intervención, etc., surge la idea, y la oportunidad también de poder hacer un recurso, de poder crear un proyecto que fuera un recurso residencial para que pudieran ir las mujeres que estuvieran viviendo las dos problemáticas a la vez y porque se veía que había que poder abordarlas conjuntamente.

Y entonces surge un poco de ahí. Y surge un poco, también, sin saber qué es lo que surgiría y qué es lo que sucedería, porque no teníamos muy claro si iban a llegar derivaciones, si era realmente un proyecto necesario o no. Lo veíamos necesario, pero no sabíamos muy bien, tampoco, la respuesta de la red, de los agentes derivadores, cómo iban a llegar las mujeres...tampoco sabíamos muy bien qué tipo de intervención queríamos hacer ¿no?

Sí es verdad que fue un poco como, bueno, existía la oportunidad de poder abrirlo y crearlo, porque en ese momento tuvimos el apoyo de las administraciones también, y claro, el tema económico es también un elemento que marca todo ¿no?, porque a veces se pueden

42 Fundación Salud y Comunidad (FSyC)

tener muchas ideas o grandes proyectos, pero es verdad que son proyectos muy caros. Un proyecto residencial con profesionales las 24 horas es un proyecto muy caro. Entonces, la viabilidad depende mucho de que las administraciones se impliquen, pero entonces tuvimos la suerte de que todas las administraciones se implicaron en él y por eso pudimos ponerlo en marcha. La implicación de las administraciones es necesaria porque trabajamos con mujeres pobres y sin hogar en la mayoría de casos y no puede ser un proyecto que pueda financiarse a nivel privado. Es un tema de perspectiva de derechos...

P.- Ese apoyo económico se ha mantenido con el paso de los años ¿no?

M.- Sí, ese apoyo económico se ha mantenido, siempre con transformaciones, con intentos de recortes, con mucha lucha. Cada año es una lucha y cada año es un *¡a ver si llegamos!* Y todos los años es un reunirnos, a poner en valor, justificar, dar números, etc. O sea, no es un proyecto en el que estemos tranquilas, en realidad

P.- Porque la financiación inicial ¿fue sólo a un año o con vistas a más años? ¿Tú te acuerdas de eso?, porque yo no me acuerdo y, la verdad, imagino que el primer año no llenaríais plazas ¿no? O sea, porque el primer año, yo recuerdo que fue difícil

M.- Sí, fue difícil, pero acabamos llenando plazas. Podría buscar la memoria, pero acabamos llenando plazas. Es verdad que empezamos los primeros meses que teníamos, igual los dos primeros meses teníamos 2 o 3 mujeres, pero después se fue llenando y terminamos el año con un porcentaje de ocupación bastante alto. Ahora no recuerdo, pero lo podría buscar.

Y, en principio, yo, por lo que recuerdo, la financiación era un convenio de plazas, por un lado y, por otro lado, distintas subvenciones por parte de la Generalitat. Sí, el convenio de plazas venía por parte del Ayuntamiento y el dinero de solicitar subvenciones, que son anuales, pero de otros departamentos de la Generalitat. Y, entonces, en principio, la idea era de continuidad, esa era la idea, pero nadie te garantiza esa continuidad. Al menos no está del todo garantizada la continuidad. Y ahora estamos, porque ha habido un cambio, que del mismo recurso han surgido dos recursos diferentes, que tiene mucho que ver con la Administración que está aportando la financiación, y entonces, ahora mismo, Espai Ariadna está con subvención, bueno, con diferentes subvenciones, y estamos en la lucha de que sea algo más estable, pero hay mucha inestabilidad y siempre llegamos con el miedo, con el *¿qué va a pasar? ¿podremos cubrir o no?*, o con déficit, incluso, en algún momento, o sea, que no está siendo fácil.

P.- Ya, o sea, pero que habéis ampliado a dos recursos más. Han salido dos recursos, pero ya no hay convenio de plazas, sino que es por subvención. Y cuando has dicho que tiene que ver con la Administración no he entendido muy bien a qué te referías

M.- Sí, es como si de violencia y drogas, es como si del mismo útero hubieran nacido dos proyectos: uno sigue siendo Espai Ariadna, porque es el proyecto propio de Fundación (FSyC) y este, lo que ahora está, lo que hemos hecho es buscar diferentes subvenciones para poder seguir con el Espai Ariadna como proyecto propio ¿vale? Y el otro proyecto, que son pisos de violencia y adicciones, trabajan desde la misma perspectiva que nosotras, porque surgen desde el mismo proyecto "madre", dijéramos, pero es un proyecto que ahora mismo es de titularidad del Consorci de Serveis Socials de Barcelona, y la Fundación (FSyC) es la entidad gestora. Entonces, es una licitación. Entonces puede salir a concurso y puede ganarlo perfectamente otra entidad.

P.- Entonces, Espai Ariadna sí que es de Fundación (FSyC).

M.- Sí.

P.- Ya entiendo, ya. Pero Espai Ariadna ya no tiene convenios de plazas, sino que tiene subvenciones

M.- Nosotras teníamos un convenio de plazas con el Ayuntamiento y unas subvenciones por parte de la Generalitat, o sea que podían venir al Espai mujeres que tenían aquí sus plazas y podían venir derivadas, plazas que las pagaba el Ayuntamiento y las tenía reservadas para el Ayuntamiento, y después teníamos subvenciones y así podían venir mujeres de todo el territorio de Cataluña ¿no? Tanto de Barcelona como de fuera de Barcelona. El conocimiento técnico de cómo desarrollar el proyecto lo tenemos el equipo del Espai. El Ayuntamiento ha abierto dos recursos más, en concurso o licitación, y nos hemos presentado, y ahora tenemos esos dos recursos más que se han abierto, y que son en exclusividad del Ayuntamiento de Barcelona y FSC la entidad que los gestiona, pero Espai Ariadna sigue siendo un proyecto independiente.

Yo creo que la labor de las administraciones tiene que ser, por un lado, el apoyo a proyectos que vienen por parte de entidades, que en este caso Fundación es muy grande, pero hay otro tipo de entidades pequeñas que tienen mucho bagaje, mucho recorrido y mucho que aportar y las Administraciones, en general, no pueden llegar a todo eso desde su estructura. Suelen ser estructuras que no permiten mucha flexibilidad para dar respuesta a proyectos innovadores y que trabajan con la atención centrada en las personas y las situaciones de urgencia que se tienen que resolver en el momento. En este tipo de proyectos residenciales y con perspectiva feminista hay que poder garantizar las condiciones laborales de las profesionales, las sustituciones de urgencia con profesionales cualificadas, con perspectiva de género y en eso algunas entidades del Tercer sector son las que tienen la capacidad y la experiencia. Entonces, en ese sentido no es viable llevar a cabo según qué proyectos directamente por parte de las administraciones. Entonces, existen los concursos, las licitaciones, los convenios de plazas, etc., etc., pero creo que eso se tiene que hacer desde el compromiso y desde el respeto al valor de las entidades del Tercer Sector y a las ideas de los proyectos que tienen.

Y luego, también, hay otro tema importante también, que es las condiciones laborales de las personas ¿no?, y cómo los concursos van a la baja, y cómo en los concursos hay una puntuación enorme que tiene que ver con el tema económico y eso repercute, porque al final en un proyecto de este tipo lo más caro es el de personal y no puedes rebajar, quiero decir, cuando tú concursas por precio ¿qué estás rebajando? Entonces, ahí hay un tema pendiente importante que yo no sé cómo, pero es que creo que es importante también que las personas que estamos trabajando con mujeres, o bueno, con personas que tienen que ser atendidas por parte de las administraciones, es decir, porque son unos derechos de esas personas, las que trabajamos con esas personas tenemos que tener unas condiciones laborales equiparadas a las de las profesionales funcionarias con las que trabajamos codo a codo, pero nosotras con unas condiciones muy inferiores. Entonces, es verdad que ahí hay un tema, pero como nos lo creemos, como queremos poner en marcha cosas y tal, nos embarcamos, lo hacemos, pero que es una lucha diaria y de cada año el mantener unas condiciones mínimamente dignas.

P.- Pues eso sí que lo vamos a recoger, porque es un tema importante

M.- Es un tema importante no sólo para nosotras, eso le pasa a todo el mundo, a cualquier recurso

P.- Lo que pasa es lo que tú dices: los recursos residenciales tipo Espai Ariadna, que son pequeños y requieren el mismo equipo que una Comunidad Terapéutica o de un espacio donde hay muchísima más gente, entonces...

Yo sí que quería que ahora entrases un poco también en un poco ese conocimiento técnico que decías de las trabajadoras de la Fundación Salud y Comunidad (FSyC), y un poco saber cómo se organiza el Espai Ariadna cuando surge...pues todo un poco lo que te decía también del histórico de: los aprendizajes...o sea, porque cuando surge, como tú decías: “*no sabíamos muy bien sobre qué había que intervenir*”. Sin embargo, yo creo que eso, siete años después hay un aprendizaje en esa trayectoria, hasta lo que es lo actual ¿no?

M.- Sí, a ver, empezamos un poco...a ver, cuando digo “*no sabíamos*”, sí sabíamos cosas ¿no?, o sea, es que veníamos todo el equipo...primero se hace una selección del equipo intentando, es que es muy difícil, fue muy complicado que fueran profesionales que habían estado trabajando o se habían formado en género y adicciones. Esto ya fue como la primera cuestión complicada.

O sea, yo llego, a mí me ofrecen, o sea, a mí, de hecho, ya me seleccionaron, que yo ya estaba trabajando entonces en el SARA⁴³, que no sé si sabes lo que es: un Servicio de atención y recuperación, que es el Servicio Municipal de...que antes gestionaba Fundación, que ahora es municipal, y que atendía a todas las mujeres de Barcelona que estaban acogidas por violencia de género y también las que se dirigían allí directamente. O sea, es un servicio que es muy grande, ahora mismo es muy grande, y que entonces, cuando yo estaba trabajando allí, atendíamos unas 2000 familias al año. Mucha gente. Y el servicio muy “cañero”, o sea, de urgencias, de atención de urgencias, de atención también de tratamiento, o sea, que mi experiencia en violencias..., o sea, que yo venía de trabajar ya con mujeres y después de trabajar, concretamente ya, en violencia. Y, además, me proponen a mí llevar a cabo un poco el tema de Espai, porque yo ya venía de coordinar otro servicio, porque en el SARA estaba haciendo ya funciones de coordinación, y porque yo había estado trabajando en adicciones hacía años. La primera experiencia que tengo laboral, durante años, es en tema adicciones y en Comunidad Terapéutica llamada mixta ¿no?, entonces, bueno, yo tenía ahí ese contacto y después, ya eso lo dejé de lado y me puse a trabajar más con temas de género. Entonces por eso me lo comentaron a mí Gemma y Maite⁴⁴, en este caso y entonces, nosotras, entre todas, nos encargamos, porque fue un poco mi encargo, seleccionar al equipo.

Y ese fue el primer problema, reto o lo que sea, porque fue como *¡vale, pues tiene que ser gente que tenga formación o experiencia en violencia, género y adicciones!* Y esa es la primera pinchada, porque es *¡qué poca gente!* Y es que no había gente con esa experiencia, o muy poca gente en esas dos cosas a la vez, y bueno. Entonces ya dijimos *¡pues, al menos, que tenga perspectiva de género, que tenga sensibilidad y que haya estado en contacto con alguna de las dos cosas* (adicciones o violencia)! Desde ahí ¿no?, y bueno, pues al final conseguimos gente que había estado..., en ese momento, A. venía de haber trabajado en Comunidad Terapéutica y había hecho un máster en violencia, D. había estado trabajando en violencia y venía de trabajar en reducción de daños, y luego gente que a lo mejor había estado trabajando con personas sin hogar y que tenía interés por los feminismos, o que había hecho alguna cosa...y al final acabamos encontrando, pero esa fue la primera cuestión. Y nada, pues entonces empezamos todo el equipo a trabajar desde cero, desde montar el piso, bueno, los pisos, porque en ese momento teníamos tres pisos y entonces empezamos a

43 Se trata de un servicio ambulatorio de ámbito de ciudad y de titularidad municipal que ofrece atención ambulatoria específica a personas víctimas de situaciones de violencia machista (mujeres, niños y adolescentes, y personas LGTBI o personas de su entorno próximo directamente afectadas por esta violencia). También brinda asesoramiento al personal profesional y a las personas del entorno de las víctimas.

44 Se refiere a Gemma Altell y Maite Tudela. Ambas estuvieron más de 25 años en Fundación Salud y Comunidad, y son las impulsoras y responsables de la puesta en marcha de toda una línea de intervención y recursos desde perspectiva de género en adicciones y en la atención a familias, infancia, violencia...

armar un poco qué era lo que queríamos hacer y entonces empezamos a recibir a las mujeres. Y empezamos a ir viendo un poco, a partir de lo que ellas traían, lo que teníamos que hacer. O sea, así de claro. Sí que teníamos una base de conocimiento que era lo que se hacía en las Casas de Acogida y en las Comunidades Terapéuticas, es decir, teníamos una especie de mix ahí ¿no?, pero que pensamos que podía funcionar de una cosa y de la otra, y luego, también, hemos tenido que desaprender muchas de esas cosas también ¿no?, en cuestión de normativas, porque, por ejemplo, el primer contrato terapéutico, era un contrato terapéutico de una Comunidad, que luego hemos tenido que ir cambiando un montón de cosas ¿no?, porque veíamos que no nos encajaba. ¿Qué más?, pues la normativa del servicio tenía que ver con una Casa de Acogida que traíamos de otro espacio y que habíamos cambiado alguna cosa, pero luego, eso, también...

P.- ¿te acuerdas de algún ejemplo concreto que hayáis tenido que cambiar porque no os sirviera porque aquello no era ni Comunidad Terapéutica ni Casa de Acogida?

M.- Sí, pues, por ejemplo, el horario de entrada, que nosotras decíamos *¡no, no, es ese horario y si no, que se vayan a la calle, o que se piren un rato!* O sea, no es habitual que las mujeres, o sea, no digo las mujeres en general, sino las que nosotras atendemos, no es habitual que nos lleguen puntuales a la hora de la cena. Tampoco vemos necesario que haya una hora exacta de comida o de cena, porque son unidades de convivencia pequeñas, entonces, también entre ellas se apañan ¿no? O sea, hoy comen a las 14:30, y mañana comen a las 15:00, entonces, hay franjas, pues de tal hora a tal hora es el espacio de la comida.

Entonces, todas esas cosas sí que las hemos tenido que ir cambiando, o bueno, ¿y por qué tiene que llegar una mujer a las diez de la noche? Y eso es un proceso..., que si vuelve más tarde, vuelve más tarde, que si duerme fuera, duerme fuera ¿no?, en ese sentido. Nosotras al final no tenemos horarios rígidos, tenemos franjas horarias. Sí que, por ejemplo, tenemos horarios marcados para los grupos (terapia grupal) o para las sesiones, eso sí, pero no hay una hora de desayunar, una hora de comer, una hora de cenar. Hay unas franjas, pero también unos límites que trabajas con ellas de forma individual. Si tiene criaturas sí trabajas con ellas un poco el horario con las criaturas, o también, si tienen desórdenes en cuanto a la alimentación, pues también trabajas con ellas en ese sentido.

Entonces lo que hacemos más bien con ellas es trabajar a partir de la planificación individual. También, otra cosa que empezamos a ver es que lo vivían mucho como control ¿no? El que les preguntáramos *¿dónde vas? ¿a qué hora vienes?* O cosas de este tipo. Entonces, lo que hacen ahora, bueno, desde hace ya bastante tiempo, es trabajar con ellas de forma individual su planificación semanal. Ellas nos la entregan, y la planifican teniendo en cuenta sus objetivos de trabajo. Y no tanto desde el control, sino desde que se planifiquen el día, que es en sí mismo un trabajo para ellas, sobre todo cuando vienen desde contextos de desorganización, y es que también tiene mucho que ver con trabajar la impulsividad, pero no es tanto desde el controlar qué es lo que hacen o dejan de hacer. Y eso, ellas también lo viven mucho mejor.

P.- Sí, porque si veis, por ejemplo, que alguien no cumple con lo planificado y está mintiendo sistemáticamente ¿cómo lo abordáis? Porque lo notáis a través de comportamientos disruptivos o lo que sea, no porque lo estéis controlando. Porque lo veis que lleva tiempo metiendo la pata, etc., y veis que lleva tiempo mintiendo, etc. ¿cómo lo abordáis? Porque supongo que sucederá, vaya...

M.- Sí, claro, y no sólo con la planificación, sino con otras cuestiones. A ver, sí que hay una cosa que es como, bueno, o sea, sí que hay una parte que es tener la atención centrada en la persona, es decir, el tener presentes sus necesidades. Eso es importante, pero también es

importante, porque esto también es un equilibrio que hemos tenido que ir buscando y que siempre estamos cuestionándonos ¿eh? Y es que también ellas vienen en un momento en el que no saben muy bien y que también están un poco perdidas y nosotras somos las profesionales que se supone que, en ese momento, les sabemos guiar y poder decirles *¡mira, a partir de nuestra experiencia tú eres experta en tu vida, pero nosotras no. Nosotras somos expertas en esto!, entonces, si tú tienes un problema con la cocaína y estás ahora en un momento de deshabituación, pues hay una serie de cosas que no te van bien*. 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, 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, el *"varias veces te hemos pedido que reflexiones sobre esto y tú sigues igual"*. Entonces es como ¡a ver!, nos quedamos sin herramientas, porque por muchas indicaciones terapéuticas, igual no es el lugar. Porque, a ver, yo voy a una escuela de francés a aprender francés, pero si lo que yo quiero es aprender inglés, no puedo estar insistiendo *¡no, no quiero aprender francés, quiero aprender inglés!* Y *¡ya, pero es que aquí, lo que hacemos es francés!* ¿no?, es que es como un poco...

Y esto sí que es algo que suele ocurrir, porque, bueno, y luego es un poco también porque bueno, porque ellas, las mujeres, todas acaban el proceso que lo ven como algo... que también es una cosa a revisar ¿no?, como que hay un principio y un final y hay un alta terapéutica ¿no? desde lo médico ¿no?, pero bueno, hacen lo que pueden, hacen lo que en ese momento están preparadas para hacer, quieren hacer y se llevan eso ¿no? Entonces, nosotras también, a veces tenemos que decir a alguien *¡mira, así, nosotras no podemos trabajar contigo!* Por eso, el control... intentamos no entrar en el control, porque no tiene ningún sentido, porque ellas vienen libremente y están si quieren pasar por todo eso, si no...

P.- Y las salidas ¿cómo preparáis las salidas? Porque me imagino que estar en un recurso de estas características, en base a una situación de violencia ¿qué tal?

M.- Pues las salidas, depende. Depende del tipo de salida

P.- Me refería sobre todo a mujeres que veis que ese no es el espacio, pero que como vienen de una situación de violencia, y claramente el criterio de protección está ahí, frente a la situación de violencia. Claro, no es fácil salir del Ariadna ¿y a dónde te vas? ¿qué recursos, qué posibilidades tienes? ¿no?

M.- Depende muchísimo del caso, del motivo de salida, de todo ¿no? Entonces, si nos ponemos en el caso de que es una señora, que no tiene adherencia al tratamiento, que no vemos que... , ¿no?, y que ella lo ve y que lo podemos hablar, se puede hacer una salida acompañada. Y eso significa: *te vas a ir, se acaba el proceso, pero te vamos a acompañar en esa salida y vamos a ver cómo y con los recursos que tienes, dónde vas*.

Otro recurso no hay, no hay. Eso es así. La mayoría (de las mujeres) no tienen red familiar tampoco. Entonces, eso es en el mejor de los casos. El mejor de los casos es que, quiero decir, que sea una salida porque no... porque la mujer ve que no es su lugar y en el mejor de los casos se puede hacer una salida acompañada. En el peor de los casos es un tema de hoy para hoy, es decir, hay tres reglas que intentamos respetar un montón, que son: a) confidencialidad del recurso, b) la introducción de sustancias dentro del recurso, o sea, que no hay una penalización por los consumos, pero sí hay penalización por la introducción de sustancias y c) la violencia dentro del recurso. La violencia no es que la mujer un día me monte un pollo, pero sí es las amenazas, las amenazas graves, una agresión física. Esto sí que es motivo de salida

P.- Sí, por ejemplo, que monten un pollo y que discutan acaloradamente, pues sí. Se gestiona y se trabaja, pero cuando habláis ya de violencia grave...

M.- Claro, porque ya es como que ellas mismas..., porque cuando con eso hemos sido un poco más flexibles, es que ellas mismas, las mujeres que están ahí dice: *¡es que yo no tengo por qué estar viviendo esto!* Y es complicado, porque muchas de ellas son mujeres que han crecido y se han desarrollado en lugares donde ha habido mucha violencia. Entonces, pero bueno, es verdad que hemos tenido pocas, muy pocas. Son muy poquitos casos los que ha habido violencia, agresiones. No hemos tenido prácticamente..... A profesionales habremos tenido en un par de ocasiones amenazas, violencia física no ha habido...es decir, porque la gente se podría imaginar que en un recurso como el nuestro hay unos pollos impresionantes, y no. No hay más pollos que los que hay en otro tipo de Casas de Acogida. En ese sentido, ellas son bastante respetuosas. Y luego, yo creo que hay una parte que es cómo tú les tratas a ellas, en cómo tú te diriges a ellas hace también que no se pongan contigo chungas, pero que se pueden poner contigo muy chungas, porque ellas se han tenido que defender un montón de veces.

O sea, el tema de las salidas es un tema que no tiene una resolución concreta, que depende, y a veces son salidas de *¡te vas ahora mismo y no sé dónde te vas a ir!* Pocas ocasiones, pero sí ha habido, porque ha habido introducción de sustancias dentro del recurso, y normalmente no hay otro recurso, y ese es el problema. Esto es un problema. Bueno, a ver, hay recursos para personas sin hogar ¿no? que ya sabemos lo que son. Y a ellas les pones en contacto con esos recursos, o si tienen algún tipo de prestación intentas con ellas, aunque se vayan así...que no es plan, si no que intentamos ver a dónde te vas, si tienen recursos les damos margen para que se busquen una habitación, etc. Esto sí, pero cuando hay una situación de introducción de sustancias o de no respetar la confidencialidad, ahí es una salida que no se puede alargar mucho, que podemos darle muy poco margen de..., para que salga, muy poco margen. La confidencialidad, es que pone en riesgo al recurso, entonces, normalmente, además, cuando rompe la confidencialidad con la persona que las ha llevado hasta allí, o sea, con el agresor, es porque están en contacto con él, porque están de recaída con él, y de recaída ¿no?

Una vez tuvimos un caso de que ella vino con él y entró en el piso, entonces eso sí que es para nosotras bastante... también valoramos en función de con quién han roto la confidencialidad y cuál es el riesgo ¿no? eso también nos lo hemos tenido que plantear, porque antes era: *¡no, tal!*, pero es que eso no es muy viable, que una mujer que lleva un año allí y que no le diga a nadie dónde vive ¿no? no es realista. Entonces, también, eso se valora. Pero cuando es con el agresor... es que se pone en riesgo ella, nos pone a nosotras, y después es ya la situación que vivimos es.... Es que ahí ya hay un problema, porque si esa mujer estuviera en un recurso de violencia, la trasladarían a otro recurso de violencia. No es una expulsión del circuito. Porque la idea no es penalizarla por eso, sino protegerla ¿no? Pero en nuestro caso no puede ir a ningún otro lugar. Hay cosas que nosotras tampoco no podemos resolver, que no tienen que ver sólo con nosotras. No es que haya solo un recurso, sino una red de recursos...

También intentamos hacer mucha prevención para que esto no ocurra. Cuando ocurre, a nosotras también nos cuesta un montón. Por eso tratamos de recordarles mucho y tal...

P.- Prevenir que suceda, claro

M.- Sí

P.- Y una cosa ¿qué tipos de violencia os estáis encontrando principalmente? ¿Cómo acceden al recurso? O ¿cuáles atendéis? Vaya, porque una cosa es lo que el papel sostiene, o sea, que es todo lo que atendéis y otra es la que os llega

M.- Sí, la que atendemos, sí. Vale, el motivo de entrada, casi en el 100% de los casos cada año es por violencia en el ámbito de la pareja, el motivo de entrada ¿no? Después, en la exploración, lo que normalmente aparece es que han vivido diferentes tipos de violencias a lo largo de toda su vida: violencias familiares, violencias sexuales, si están en el contexto de calle, en el espacio público, pero sobre todo por parte de familiares. Algunos abusos infantiles, nos encontramos con violencia en el entorno familiar, nos encontramos diferentes parejas agresoras, y nos encontramos violencia en el contexto de consumo también, y nos encontramos también violencia en el entorno de la prostitución. Nos hemos encontrado también con trata, con tráfico de personas. O sea, nos encontramos con todos los tipos de violencia, también la violencia racista, y luego una de las que intentamos explorar mucho más y visibilizar es la violencia institucional; la violencia de género institucional ¿no?, que está presente en prácticamente todos los casos, o en todos los casos, yo diría.

Entonces, bueno, podemos decir que la primera violencia institucional que una mujer siente es la que hace que no pueda ir a un recurso porque tiene una adicción ¿no?, porque en algún lugar alguien le ha dicho: *para ti no hay solución*. Son prácticamente todas las que han estado dando bandazos durante un montón de tiempo, y vinculadas a Servicios Sociales y tal.

Entonces, pues bueno, la de la pareja, esa es una de las violencias constantes que vemos en todos los casos, o sea que la demanda es siempre, siempre, este año, justamente, era el 100%. El 100% de las mujeres que habían entrado este año han entrado por violencia en el ámbito de la pareja.

P.- ¿Pero, que vienen derivadas de la red de violencia? ¿o ellas tienen claro, en centros de atención a drogodependencias, tienen claro que tienen violencia en la pareja y por eso piden la entrada en el recurso? O...

M.- Vale, depende por dónde vengán. Si nos vienen por parte de la red de violencia, vienen porque han ido allí por un problema de violencia, y allí en la red han identificado que había un tema de adicción ¿no?, o ya estaba identificado ¿no?, ya estaba identificado y en ese momento la mujer aparece con problema de violencia de género. Y si vienen derivadas por los CAS (Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias), o por alguna Comunidad Terapéutica, normalmente el primer problema que las lleva allí es el tema de consumo, pero después allí en el trabajo que han hecho han identificado que una de las problemáticas importantes es la violencia que han vivido en el ámbito de la pareja. O mientras están trabajando en el CAS se da una situación grave de violencia, porque llevan mucho tiempo, a lo mejor, en una relación de violencia, pero a lo mejor en un momento se da una situación muy grave. Por eso, claro, dependiendo de por dónde entren han puesto el foco en un lugar o en otro, y el otro problema es lo que aparece después.

P.- Y cuando entran en vuestro recurso, ¿cómo actuáis con esto?, porque dependiendo de dónde vengán, y así aprovecho esto para preguntarte si vosotras asumís el tratamiento, o el tratamiento lo sigue llevando, por ejemplo, el CAS, o si las ponéis en tratamiento en el CAS con apoyo de vuestra parte. Porque claro, dependiendo de la red que vengán hay más conciencia de un problema o del otro ¿no?

M.- Sí. A ver, la primera fase del tratamiento es de motivación y conciencia, porque algunas vienen con una mínima conciencia, otras simplemente lo han empezado a nombrar y entonces están en un momento muy inicial ¿no? Entonces, nosotras asumimos todo el tratamiento y también las vinculamos a la red. Si no están vinculadas, por ejemplo, a un CAS, nosotras las vinculamos a un CAS, porque si en algún momento se van, ya están ahí ¿no? y ya pueden volver a través de ahí o pueden seguir tratamiento ambulatorio o....., por eso nos parece importante que estén conectadas a servicios que atienden tanto violencia

como adicciones, pero nosotras asumimos el tratamiento más intensivo o como más intenso, como si dijéramos ¿no?, porque tenemos la psicóloga, tenemos las educadoras, tenemos trabajadora social, la psiquiatra, que también está más horas. Entonces, hacemos tres Grupos Terapéuticos a la semana, las intervenciones individualizadas, o sea que nosotras estamos asumiendo el tratamiento de la señora y la señora también, aparte, está vinculada a servicios de la red de forma externa, porque..., pues por esto que te decía, porque nos parece importante que, si se va, ya tenga un vínculo fuera; un vínculo con los servicios.

P.- ¿Ese vínculo cómo se materializa? ¿En forma de cita una vez al mes o una vez cada X, o yo qué sé..., ¿cómo se materializa?

M.- Pues depende, depende de la necesidad de la mujer y también depende del CAS y del Servicio de violencia, por ejemplo ¿no? de lo que puedan asumir ¿no? Por eso asumimos nosotras el tratamiento, porque, por ejemplo, en el CAS las pueden ver una vez al mes... pero que, a veces, hacen cosas más intensivas ¿eh?, sobre todo cuando la mujer no está vinculada a otros servicios porque, por ejemplo, en algunos servicios de violencia a lo mejor están súper saturadas y no las pueden atender ¿no? entonces, por eso, algunas de nuestras luchas era el aumento de horas de la psicóloga, porque al final no era realista que pudieran hacer un tratamiento o un trabajo terapéutico como el que necesitaban de forma externa con los servicios públicos

P.- Por lo que comentas, está por un lado la red de violencia, y por otro la red de adicción. O sea, que vuestra idea sería prestar una atención...

M.- Nosotras, claro, intentamos abordar la globalidad del malestar, trabajamos todo. Ellas, cuando hablan con su profesional de referencia en el piso, que sería la educadora o la trabajadora social, hablan de todo, de todo lo que les ocurre, todo lo que les ocurre de una cuestión a la otra y a la otra, porque estamos hablando de violencia y adicción, pero hay muchas más cosas que les ocurren o les pueden aparecer. E igual luego, igual en los grupos terapéuticos con la terapeuta ¿no?, con la psicóloga ¿no? o con la psiquiatra también, que no tienen que ir a un sitio a trabajar una cosa y a otro a trabajar otra.

P.- Y con las criaturas ¿qué tal? ¿os llegan mujeres con hijos e hijas? O sea, ¿cómo está el tema de la maternidad? De la presencia de criaturas.... ¿os llegan perfiles de mujeres con críos y crías todavía en edad escolar? No ya mayores, sino en edad escolar o incluso bebés, o sea, que no haya retiradas de custodia, sino que mantengan la custodia.

M.- Sí, sí que nos llegan, pero nos llegan pocas. Sabes que este es un lugar donde puedes venir con criaturas, que nos da igual que el caso venga, vamos, que la mujer venga sola o con criaturas, pero la realidad es que vienen pocas criaturas en comparación con otros recursos de violencia donde hay siempre un montón de criaturas. O sea, yo he estado trabajando en recursos de acogida de violencia y hay..., es una locura la de criaturas que hay allí. Lo raro es que venga una mujer sola, y aquí lo raro es que venga mujer con criatura. Ahora mismo sólo tenemos una; una señora con una criatura. Este año, que ya nos parecía mucho..., y decíamos: ¡*buah!* ¡*cuántas criaturas!* cuando teníamos a la vez tres criaturas, y luego teníamos 5 criaturas que nos venían algunos fines de semana y era como ¡*uau!*, pero esa es una excepción total. Ahora mismo no tengo los números, pero..., bueno, tengo aquí la memoria de este año, pero el porcentaje de mujeres que vienen con sus criaturas es bastante bajo y la mayoría de ellas son mamás con criaturas menores. O sea, no es que no tengan criaturas, es que no las tienen ellas.

P.- O sea, que sí que os entran mujeres que son madres, pero que no tienen ellas la custodia, digamos, o la tiene otro familiar o los han dejado a cargo de otro familiar

M.- Sí, pero que los hayan dejado a cargo voluntariamente, normalmente no. A ver, teníamos este año un 68% de mujeres que acceden solas, un 10% con una criatura y un 5% de mujeres que recuperan la guarda mientras están en el recurso. Y luego, de las mujeres que acceden solas el 64% tiene hijos.

P.- uau!

M.- Lo que te decía..., ese es un tema que hay ahí ¿no? Y luego está el tema del trabajo con la maternidad. Es un tema que, aunque no vengan con sus criaturas, está ahí y lo trabajamos. Y luego también, el trabajo del vínculo ¿no?, su lugar como mamá porque, a lo mejor, no va a convivir con esos niños o niñas, pero puede tener una relación con ellos. Bueno, es que también hay mil casuísticas con esto. Y luego hay veces que los Servicios de Protección a la Infancia tienen que actuar, y es entendible en algunos casos, y en otros casos están castigando.

No negamos que hay algunas familias, y no sólo las mujeres, porque en este caso son las familias, o sea, tanto el padre, si es que hay un padre, como también la familia extensa, que son negligentes con las criaturas y que hay que protegerlas de alguna forma. Pero hay veces que se les penaliza a las mujeres de alguna forma ¿no?, de una forma que no se penaliza a los hombres. Y, de hecho, hay veces que cuando vienen sin las criaturas, éstas están viviendo con el agresor, que también es consumidor.

P.- ¿Habéis tenido casos así?

M.- Sí, cada año tenemos casos de estos. Pero claro, siempre hay una mamá del agresor que se hace cargo de los niños, que lo tapa..., o sea, que el agresor no se hace cargo realmente, pero está con ellos. Tiene derecho a estar con ellos ¿no?, y ellas no tienen derecho a estar con ellos. Este es un tema muy complejo, pero esta es una de las violencias institucionales que más vemos.

P.- Y en este caso que decís, que en el 100% de los casos la violencia proviene de la pareja ¿se cumple también que el 100% de estos hombres/pareja son consumidores o mayoritariamente consumidores? ¿o tienen también parejas agresoras no consumidoras?

M.- No. O sea, no nos hemos encontrado con ninguno que no fuera consumidor, o sea, con ninguno que no consumiera.

P.- Vale, vale...

M.- Con el tema de las criaturas, bueno, tenemos el caso de una mujer que no está en España, sino que está ahora en un recurso especializado, pero que es una mujer que empezó en el España y que la conocemos y que lleva un año de tratamiento, un año. Sus niñas están en un CRAE (Centros Residenciales de Acción Educativa), el plan de trabajo con el EAIA (Equipos de Atención a la Infancia y la Adolescencia) no ha cambiado desde entonces, es decir, que tenemos ahora mismo a esta señora viviendo un nivel de violencia institucional muy alto, porque es una mujer que lleva un año en tratamiento, un año de abstinencia, ha salido de la violencia, ha salido de todo, y no se han modificado en nada sus visitas con sus hijas. Sigue viéndolas cada 15 días y con supervisión, y como para decir: ¡a ver!, y entonces estamos ahí viendo qué es lo que podemos hacer con esto, porque nos parece..., bueno, ya hemos hecho cosas pero no estamos obteniendo resultados.

No siempre pasa eso, porque en otros momentos hay otros equipos..., porque hemos tenido retornos de criaturas con la mamá y han funcionado muy bien, pero en este caso, por ejemplo, no. Es que este es un caso es muy, muy..., está siendo bastante fuerte porque, de hecho, justo después de un año de que esta señora lleve el tratamiento, hacen la propues-

ta para la acogida en una familia ajena, desconocida para ella... y es como ¡a ver! ¿ahora? No te estás ni planteando que estas niñas puedan estar con su mamá ¿no? Bueno, es una mujer migrada, sin papeles, ex puta..., o sea, lo tiene todo. Entonces, bueno, con esto es con lo que nos vamos encontrando.

P.- El tema de sus papeles y todo eso ¿cómo puede contribuir esto, de alguna forma?, o ¿hay protección en ese sentido?

M.- Depende del caso, porque si ha habido violencia, eso ya lo sabrás, que si una persona, esta mujer, ha hecho una denuncia por violencia y se ha resuelto y se ha condenado al agresor, entonces por ahí sí que puede....puede tener permiso de residencia, pero esos son los únicos casos ahora mismo que permiten todo lo de esto, pero que es que..., ahora está peor que hace unos años. Entonces, nosotras no tenemos tampoco la capacidad de ... a veces sí que ha salido algún caso, algún caso de un plan de ocupación específico que hacen un contrato a algunas personas que no tienen documentación y tal, y entonces por ahí también hemos entrado. Pero, por ejemplo, en el caso de las mujeres que han sido víctimas de trata, también se supone que tienen ese derecho, pero es muy difícil porque ellas no declaran. Este es un tema también.

P.- Ya

M.- Porque si ellas no colaboran con la policía, tampoco. Y claro, normalmente dicen que sí, que colaboran, pero no dan unos datos que les sirvan, no se atreven a decir según qué cosas y...pero así, el tema tampoco va para adelante. Entonces, el tema de los papeles es un tema....., y así muchas mujeres salen al mercado de trabajo con sólo posibilidades de acceder al mercado informal, a buscarse la vida...otras... Porque es muy complicado que sigan adelante si no..., y luego es uno de los problemas centrales, también. Y luego, muchas veces, cuando quieres trabajar con una mujer, también, en la violencia de género que ha vivido, a veces le importa una mierda eso, porque ella lo que quiere es existir, tener una documentación ¿no?, ser alguien. Y eso está en la capa de arriba.

P.- Y ¿cómo os llegan esas mujeres que están tan golpeadas, que no tienen papeles...?, el tema de la violencia experimentada por parte de la pareja "se la refanfinfla" y ¿cómo llegan?, y digo se la refanfinfla entre comillas, claro, ¿cómo os llegan al recurso?

M.- Pues llegan, en realidad, porque la demanda es social. Es social...por pobreza. A nosotras nos llegan mujeres pobres, en general. Entonces, luego, una vez aquí, pues tú ya trabajas un poco con ellas.

P.- ¿Os llegan de Servicios Sociales o de dónde os llegan?

M.- De Servicios Sociales, claro,sí, sí. Y normalmente Servicios Sociales tiene mucha urgencia cuando hay problemas de casa, económicos. Las mujeres que están en estos casos, normalmente, están en un momento de desesperación, de....sí, he vivido violencia en general, ahora estoy en la calle, que no tengo papeles, que no tengo dinero, que tengo también un problema de adicción, sumado

P.- Y ¿cuánto porcentaje de mujeres os llegan así, más o menos?

M.- Justo este año 2020, nosotras este año, justamente, sólo hemos tenido una señora que no tuviera papeles pero, por ejemplo, en pisos justamente hay tres. Y migradas hay más, pero en pisos, y que no tengan la documentación, en este momento hay tres.

P.- Y migradas ¿cuántas son? ¿a lo mejor 50% o más? Tengan o no papeles ¿eh?...

M.- Sí, mira, depende...es que este año ha sido un poco extraño, porque han sido, la mayoría, nacidas en el territorio español, la mayoría. Y este año yo me digo: ¡uy! ¡qué raro!, y además, porque normalmente tenemos muchas nacionalidades distintas...y este año solo había 2 polacas, una eslovaca...y ni había..., porque normalmente tenemos colombianas, tal, de todas partes, pero este año ha pasado así, que también (las nacidas en territorio español) son casos más fáciles, entre comillas, o sea, con menos ejes de presión. Cuando digo más fáciles no quiere decir que estés mejor con la mujer ¿eh?, sino que necesitan menos tiempo para recuperarse, que todavía puede quedarles alguien todavía por ahí, de su red ¿no?, porque las mujeres migrantes están solas completamente y son casos que se alargan mucho más. Hemos tenido casos que incluso se han alargado 2 años porque sola, con una criatura, y sin ningún tipo de ayuda... ¿a dónde iba a ir?

P.- Bueno, creo que hemos hablado de muchas cosas, te seguiría preguntando 500.000 cosas, pero bueno, que es verdad que en el Ariadna hay muchísima información, es verdad que ahora entiendo mucho mejor la diferencia entre el Ariadna y los pisos nuevos que habéis abierto. Y que ya está, a no ser que tú quieras resaltar algo más, porque has dicho muchísimas cosas ¿vale?, lo de la violencia institucional, todo el tema de la necesidad del apoyo de las administraciones, el trabajo sobre violencia de género y drogodependencias, la importancia de la formación, el tipo de violencias que atendéis, que son todas, de dónde os vienen derivadas. Es como que hemos hablado de muchas cosas ¿sabes?, entonces, creo que el Ariadna se ha convertido en un recurso de referencia para mujeres que tienen múltiples problemáticas...

M.- Sí, al final tienen múltiples problemáticas. Llegan por esas dos (violencia de género y drogodependencias) pero que luego aparecen otro montón de cuestiones. No sé qué resaltar, la verdad, porque tú conoces muy bien el proyecto

P.- Oye ¿a pesar de que tenéis pocas criaturas, seguís teniendo contratada a alguien especializada en infancia?

M.- Sí, sí, sí

P.- Y cuando no hay criaturas ¿qué hace?

M.- No, porque tiene que ser una persona polivalente que pueda trabajar también con mujeres, y a veces tiene más criaturas y a veces tiene que trabajar con mujeres. Y luego, que también con las mujeres tiene que trabajar el espacio maternal ¿no? Y luego hace talleres y tal, porque es lo que te decía, que aunque no vengan allí las criaturas presencialmente, ellas las traen de alguna forma. Y algunas de ellas tienen contacto también, y entonces trabaja con ellas muchas cosas también. Y es importante que haya una persona que tenga esa mirada, porque si no, nosotras, no sé...yo me incluyo, porque yo, normalmente trabajo con personas adultas, y normalmente con mujeres, entonces, yo normalmente me olvido un poco de...y cuando hablamos del caso priorizo las necesidades de la mujer y está bien que haya alguien en el equipo que se encargue un poco de infancia y que diga: ¡hey, pero que aquí hay una criatura! porque es verdad que a veces hay temas, cuestiones, que...y a veces hemos tenido que pararnos a ver dónde hay negligencia y dónde hay otros estilos de maternidades. Y ahí también estamos con una mirada colonialista que...a veces....

Es como si a mí me estuvieran mirando todo el día a ver lo que hago con mi hijo, pues me dirían: ¡tienes que mejorar tal cosa o la otra! y todo el rato! ¿no te pondrías tú también un poco de los nervios? Y es que a estas mujeres las estamos mirando, porque están ahí, y las estamos viendo todo el rato. Y entonces nos hemos tenido que trabajar mucho como el ¡eh! ¡a ver! Con este tema nos tendremos que relajar, ver cómo vamos a intervenir con una

cuestión y con la otra..., qué es negligencia y qué no es negligencia, cuándo nos vamos a empezar a alarmar o vamos a dejar un margen a ver lo que ocurre, ..o sea, que esto es...

P.- Todo un trabajazo, sí, lo sé, lo sé

M.- Y nunca sabes bien si la decisión es correcta

P.- ¿Seguís con supervisión externa o ya no la tenéis?

M.- Sí, eso siempre hacemos la supervisión externa, sí. Ahora mismo estamos mucho más centradas en cuestiones del equipo y cuestiones del cuidado del equipo y no estamos teniendo supervisiones tan técnicas, porque ahora la necesidad tiene que ver con eso

P.- Con el equipo, más que con necesidades técnicas....

M.- Sí, pero vamos...que esas necesidades técnicas están siempre ¿eh?, pero las vamos resolviendo en las reuniones de equipo

P.- Porque las supervisiones las articuláis ¿cada 15 días? ¿cada mes?...

M.- Cada mes. Ya me gustaría tener más, pero no se puede.

P.- Claro, porque económicamente hay que sostenerlo ¿no?

M.- Claro. Pero eso siempre lo hemos tenido ¿eh?

P.- Sí, lo sé, y te lo pregunto sobre todo por el tema de las maternidades, porque yo estuve más pendiente a los inicios, con Gemma, y me acuerdo cuando estuvimos hablando del tema de la maternidad precisamente, porque una de las cosas que se detectaba era que se sentían muy controladas como madres y eso se vio claro, entonces...

No sé si se te ocurre alguna cosita más, porque yo ya estoy preocupada por tu horario de... pero ya llevamos un buen rato hablando y si te acuerdas de cualquier cosa, Miriam, o si a mí se me ocurre que...cuando estemos Elisabete y yo haciendo el informe, que nos surja o lo que sea, sé que te puedo consultar. Porque tengo la memoria del Ariadna, yo creo que tengo una memoria bastante técnica, pero que es de hace ya tiempo pero que creo que tampoco ha variado sustancialmente. Lo que no sé es si estabas tú ya de vuelta o no. Lo digo porque no sé si ha habido grandes cambios de cara al funcionamiento, que tampoco voy a recoger exhaustivamente, porque tampoco vamos a recoger exhaustivamente todos los recursos, sino aspectos importantes relacionados directamente con la atención al binomio violencia de género y adicciones desde perspectiva de género.

M.- Yo, si quieres te paso la de este año, pero que es u poco rara, porque ha sido el año del confinamiento

P.- Buah...eso no te he preguntado, pero me imagino que ha tenido que ver bastante

M.- Bueno, sobre todo porque se paralizaron por un tiempo todas las entradas

P.- Claro, porque yo es que creo que la del año 2020 tampoco creo que sea la memoria representativa del recurso, porque ha sido extraña y por lo que tú dices, porque hemos tenido un confinamiento a partir de marzo, que se declaró el estado de alarma y se paralizaron todos los ingresos en todos los recursos residenciales, entonces yo creo que eso es algo a tener en cuenta también. Que si me pasas la memoria, perfecto, por ver un poco los datos y tal, pero que yo sé que representativo no es... que está claro, que hemos tenido una pandemia y todavía estamos en... pero yo imagino que seguiréis con el tema de la búsqueda de empleo cuando sea menester, gente que quiera estudiar cuando se pueda...

o sea, que las necesidades...en fin, que este tipo de datos no te he preguntado porque ya sé cómo funciona

M.- Pues sí, eso, que este año las mujeres prácticamente no han podido hacer formaciones, no ha habido inserciones laborales, las ayudas han llegado tarde, o sea, que está siendo un año bastante complicado. Es verdad que vamos buscando opciones pero...es verdad que ellas se sienten bastante paralizadas en su proceso.

P.- pero vamos, que lo han llevado...

M.- Sí, yo te paso la memoria, la del año anterior y la de este

P.- Vale, guay, genial

M.- Y si tienes alguna cosa que me quieras preguntar...

P.- Vale, te pregunto con toda confianza. Vale, muy bien. Oye, y que muchísimas gracias y que un gustazo, como siempre. Y que muchísimas gracias por tu tiempo y por contarme, una vez más, cosas del Ariadna. Y por eso, no te he preguntado si pedís abstinencia para entrar o si eso se trabaja durante el recurso, porque yo todo eso lo sé ¿sabes?, que eso son cosas muy indicadas que hace el Ariadna, como el tema de la motivación para entrar en el recurso, que invitáis a las mujeres a que vengan a conocer el espacio...que son cosas, pequeños detalles muy importantes que seguís haciendo, y que todo eso son buenas prácticas a recoger y que seguís haciendo ¿verdad?

M.- Sí, sí (...)

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario extraído de Benoit et al. (2016)

1. Podría decirnos aproximadamente o por los datos que ha sistematizado el volumen de mujeres atendidas víctimas de violencia de género?
2. ¿Puede nombrar todos los tipos de violencia que han experimentado las mujeres que asisten/han asistido a su recurso?
3. En su práctica, ¿observa características o factores de vulnerabilidad específicos en las mujeres que han sido víctimas de violencia?
4. En su opinión, ¿qué consecuencias tienen estas situaciones de violencia para su salud y su consumo de drogas?
5. ¿Cómo es detectada esa violencia? y luego ¿Se interviene sobre ellas en su recurso? ¿cómo?
6. ¿Considera que intervenir sobre esta violencia favorece el tratamiento y una mayor probabilidad de éxito y mejora de calidad de vida de estas mujeres?
7. ¿Considera que las mujeres víctimas de violencia requieren enfoques o acciones específicas?
8. ¿Identifica entre estas mujeres grupos de mayor vulnerabilidad que también requieran acciones específicas? ¿Cuáles son esos grupos más vulnerables? ¿cuáles serían, a su juicio, las acciones específicas?
9. En su opinión, ¿qué recursos adicionales o qué conocimientos/formación sería necesaria para mejorar violencia entre las mujeres usuarias en su recurso?

ANEXO 2. Ejemplos de experiencias más integradoras que trabajan con perspectiva de género

ESPAI ARIADNA: SALIENDO DEL LABERINTO

Barcelona

Fuente: <https://www.drogasgenero.info/espai-ariadna/sobre-espai-ariadna/>

En 2013 nace “Espai Ariadna – Saliendo del Laberinto” como iniciativa para dar respuesta a las necesidades de tratamiento residencial detectadas, derivadas de la intersección de las problemáticas de la violencia machista y las adicciones en las mujeres y sus hijas e hijos.

En el Espai Ariadna se presta atención integral a las mujeres solas, o con sus hijas e hijos, que requieren un espacio de intervención integral donde se aborde la situación de violencia machista (sic) y de drogodependencia en un entorno seguro.

El servicio, gestionado por la Fundación Salud y Comunidad (FSyC) tiene un convenio con el Ayuntamiento de Barcelona y recibe apoyo de la Generalitat de Catalunya.

Los objetivos del recurso son:

- Facilitar la concienciación y motivación para el cambio
- Proporcionar las herramientas necesarias y acompañar en la recuperación integral de las mujeres atendidas desde una perspectiva profesional especializada
- Proporcionar atención a los niños y niñas y adolescentes visibilizándolos como sujetos
- Convertirse en un servicio conector entre las redes de atención

Población beneficiaria:

- Mujeres solas (o con hijas e hijos) que sufren violencia actualmente, han sufrido violencia en el pasado, presentan un consumo de alcohol y/u otras drogas en activo, o presentan una historia de consumo

METZINERES. Entornos de cobijo para mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias

Barcelona

Fuente: <https://metzineres.net>

Metzineres fue creado en junio de 2017 en el marco de la Fundación Salud y Comunidad (FSyC)—Barcelona, de la cual se desvinculó un año más tarde, en julio de 2018, siendo actualmente una red autogestionada planteada desde el feminismo interseccional y la incorporación de pares, de abordaje integral y holístico. Es el primer programa integral de reducción de daños en Cataluña, exclusivo para mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias (MUDSV) y personas de género disidente que usan drogas, en múltiples situaciones de vulnerabilidad, entre ellas experiencias de violencia y trauma.

Con alcances holísticos e individualizados a la medida de las particularidades de cada una, ofrece propuestas flexibles de entrada directa e inmediata según sus expectativas, inquietudes, curio-

sidades, intereses y necesidades. A través de un modelo innovador y atrevido de intervenciones de base, desplegado en Entornos de Cobijo, es sostenido por estrategias comunitarias ancladas en derechos humanos y transversalidad de género, que prueban ser fiables, pragmáticas, costo-efectivas, donde toda mujer es protagonista.

Metzineres se despliega en Entornos de Cobijo de los que cada persona podrá formar parte y deambular en virtud de sus demandas de bienestar, circunstancias, ambivalencias, grados de implicación y demanda de acompañamiento. Se trata de mitigar posibilidades de fracaso para evitar la tan habitual revictimización o traumatización secundaria.

Entornos:

- De Momento: Entorno de cura, formación y recuperación

De Momento está abierto a todas las MUDSV con una refrescante agenda de actividades formativas, ocupacionales, culturales y de ocio. Facilitando necesidades básicas, brindando atención sociosanitaria y extendiendo una amplia gama de opciones de autocura, vínculos de confianza, intercambio de saberes, autodefensa, solidaridad, apoyo mutuo, mientras se busca animar pericia técnica e incidencia política.

- La Osada: Entorno Productivo

La osada promueve mérito profesional, emprendeduría y oportunidades de trabajo satisfactorias para MUDSV que encaran mercados laborales obstaculizantes, estimula empleabilidad con ingresos regulares estables, y potencia habilidades, impulsa autosuficiencia e inspira crecimiento personal.

- La cubierta: Entorno Residencial

La Cubierta se convierte en vivienda segura que convida serenidad, intimidad, descanso y protección para MUDSV en situación de sin hogar o que han tenido que abandonar el domicilio, tendiendo a su voluntad todo un abanico de elementos terapéuticos para propiciar estabilidad.

ASOCIACIÓN AVANT

Valencia

Fuente: <https://www.asocavant.org/>

La Asociación Avant, situada en Valencia, con el apoyo de la Consellería de Acción, Cultura y Deporte, la Vicepresidencia y Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas, la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat de Valencia y el Fondo Social Europeo de la UE, dirige sus esfuerzos a la ayuda a personas en riesgo y/o situación de exclusión social por su condición de inmigrante, por su pertenencia a minorías étnicas, por las víctimas de violencia de género, por su situación privativa de libertad o excarcelación, por el padecimiento de una enfermedad, ya sea mental o infectocontagiosa, por su situación de pobreza y finalmente como consecuencia de una adicción, siendo esta última la que dio origen a la creación de la asociación, así como a sus familiares, entendido a estos en su sentido más amplio, sea cual sea la problemática.

Dispone de un programa específico de atención a mujeres víctimas de violencia de género y conductas adictivas denominado "Adicción y Violencia Contra la Mujer".

<https://www.asocavant.org/programa/atencion-mujeres-victimas-violencia-genero-conductas-adictivas/>

Población destinataria: Mujeres con problemas de conductas adictivas y violencia de género.

Servicios que ofrece el programa: Asistencia psicológica y social. Terapias de grupo. Técnicas de control de impulsos. Entrenamiento en técnicas de relajación. Técnicas para el manejo de la ansiedad. Técnicas para el manejo de emociones. Talleres de salud. Asesoramiento y orientación legal y laboral. Talleres formativos. Orientación y apoyo a las familias.

FUNDACIÓN EMET ARCOIRIS

Córdoba

Fuente: <https://fundacionarcoiris.org/la-fundacion/la-fundacion-mision-y-valores/>

Cuenta con Financiación pública, financiación privada y colaboraciones, entre ellas Bankia, Obra Social La Caixa, Junta de Andalucía, Ayuntamiento de Córdoba, Fundación CajaSur y Plan Nacional sobre Drogas dependiente del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

Somos una organización independiente y plural, que fomenta el compromiso, la participación activa, la formación continua y el trabajo en equipo.

Desde el origen ha contribuido a la igualdad en los colectivos insuficientemente atendidos, siendo capaz de dar respuesta a las nuevas demandas de la sociedad y las administraciones públicas, mediante una intervención profesional e interdisciplinar.

Nuestra labor consiste en la atención especializada a personas con problemas de adicción y menores en situación de riesgo. Para ello empleamos técnicas de intervención biopsicosocial y familiar que impulsen un crecimiento pleno como ciudadanos con derechos y obligaciones y fomenten la autonomía gradual como mejor forma de integrarse en la sociedad. Así mismo, participamos en acciones de cooperación con países en vías de desarrollo.

Cuenta con un recurso específico para mujeres: La Muela. Comunidad Terapéutica femenina <https://fundacionarcoiris.org/instalaciones/la-muela/>

La C.T. La Muela es un entorno protegido y confortable, donde los compañeros y los profesionales que le atienden le ayudarán a tomar el impulso necesario para adquirir un papel activo respecto a su propia vida en relación con su problemática.

Realizamos una intervención intensiva e individualizada para mujeres con problemas de adicciones y jóvenes con trastornos graves de conducta. Nuestra actividad está orientada a la rehabilitación integral de la persona. Todo esto se lleva a cabo mediante un programa de actividades terapéuticas, talleres educativos y ocupacionales, actividades deportivas, etc., con las que se pretende favorecer la adquisición de hábitos de vida saludables.

ASOCIACIÓN APOYAT. Asociación para la Prevención, Orientación y Ayuda al drogodependiente

Badajoz, Extremadura

Fuente: <https://apoyat1986.wordpress.com/>

En octubre de 2008 comenzaron a aplicar la perspectiva de género, adaptando y ampliando el programa residencial para dar accesibilidad al perfil femenino. En esta fecha se inauguró el Centro Residencial "Portadaex" para la desintoxicación y deshabitación de mujeres con problemas de adicción, con hijos/as menores a cargo.

En 2011 ampliaron el programa con un nuevo soporte residencial en régimen semiabierto, cedido por el Ayuntamiento de Villanueva de la Serena, destinado a la inserción sociolaboral de las mujeres que finalizaban los tratamientos de desintoxicación y deshabitación de conductas adictivas en el Centro Residencial Portadaex y que precisaban de un recurso específico para la realización de una tercera fase de inserción: la Vivienda de Incorporación sociolaboral.

Es un recurso que se encuentra ubicado en el centro urbano y que cuenta con 5 plazas destinadas a mujeres, pudiendo éstas venir acompañadas de sus hijos e hijas y/o embarazadas.

La finalidad del mismo ha sido y es mejorar la inserción sociolaboral mediante la realización de itinerarios individualizados, el seguimiento de los procesos de inclusión y el acompañamiento social y laboral.

Prestan especial atención a...

<https://apoyat1986.wordpress.com/centro-de-dia-victor-guerrero/>

Mujeres con problemas de conductas adictivas y a mujeres víctimas de violencia de género con adicciones

¿Que ofrecemos?

Favorecemos la inserción social de las personas con problemas de conductas adictivas mediante el apoyo, promoción y motivación de ellas, diseñando Itinerarios Personalizados que promuevan la participación activa de las personas en su propio proceso de inserción social y laboral con un enfoque de género, ofrecemos:

Atención e información; atención psicológica; apoyo jurídico; incorporación sociolaboral; formación; acciones para el bienestar y la salud; ocio y tiempo libre; programa de voluntariado

Programa "MARA"

- Atención a mujeres víctimas de violencia de género con conductas adictivas.
- Atención a agresores consumidores.

Programa "Mujer y psicofármacos"

Es un programa específico de prevención y atención a mujeres que toman/abusan de psicofármacos y desean minimizar su mal uso o poder decirles "adiós" a través de terapias individuales y un grupo de terapia emocional.

OTRAS INFORMACIONES RELEVANTES

En el transcurso de las entrevistas se nos ha proporcionado información descriptiva en relación a procedimientos y recursos en las diversas Comunidades Autónomas que atienden a mujeres drogodependientes. Es información relevante de cara a configurar una fotografía de la atención que se presta actualmente en gerencias de servicios especialmente concienciadas con la atención a mujeres desde perspectiva de género, independientemente de que se tengan recursos residenciales específicos de atención al binomio violencia-drogodependencia. Solo añadimos aquí la información que no haya quedado explicitada en el análisis cualitativo de las entrevistas.

Instituto de Adicciones de Madrid Salud

A partir de la inclusión de la perspectiva de género en sus servicios de forma transversal y la puesta en marcha del protocolo, prestan especial atención a la detección de la violencia y la rápida actuación en caso de emergencia. Normalmente priorizan la entrada de cualquier mujer en situación de violencia en los diferentes recursos residenciales que tienen concertados: *“Si una mujer necesita desintoxicación, que pueda tener un recurso donde pueda pensar tranquila qué hacer... La priorizamos en recurso residencial”*. El hecho de que exijan que esos recursos incorporen la perspectiva de género, sumado al desarrollo de grupos terapéuticos de mujeres en todos los CAD, ha permitido que poco a poco, cada vez más mujeres muestren una mayor adherencia al tratamiento y permanezcan en los recursos.

Secretaría Técnica de Drogodependencias de Extremadura

Aparte de lo ya recogido a lo largo de este informe, y en concreto en lo referido a APOYAT, la Secretaría tiene una red de atención que garantice que ninguna mujer en necesidad de apoyo residencial quede fuera de los recursos. Cuentan con: Otro Centro de Día que trabaja Adicciones, Violencia y Discapacidad. Otro centro para 15 días de estancias breves. Y una Comunidad Terapéutica en Plasencia para mujeres solas o con hijos/as. En esa comunidad, que abrirá sus puertas en marzo de 2021, habrá espacio de acogida de emergencia también.

Comunidad Valenciana

Aunque tiene un protocolo de atención a violencia y adicciones, no hemos accedido a la información acerca de su implementación efectiva.

Cuentan con las “Viviendas de Especial Vulnerabilidad” para mujeres, que son financiadas por el Institut de les Dones, y en las que se contempla que entren mujeres con problemas de salud mental y/o adicciones. Hoy por hoy, hay una por cada provincia. La derivación de mujeres se produce a través de las agentes territoriales.

Junta de Castilla y León

Cuentan con un recurso para mujeres drogodependientes y se atiende también a mujeres con abuso de sustancias aunque no cumplan criterios de adicción. *“El acceso es a través de los servicios de atención a mujeres víctimas de violencia, los CEAS (Centros de Atención Social), como a las casas de acogida o centros de emergencia, porque realmente es un dispositivo de atención a mujeres víctimas, aunque luego tengan drogodependencia, pero el acceso es a través de esa vía.”* Este recurso es financiado por la red de violencia.

Las mujeres que acceden a la red de adicciones y se encuentran en situación de maltrato, ingresan de forma prioritaria en los diferentes recursos de la Junta, a través de una labor de coordinación entre todas las entidades y organizaciones que los gestionan.

ANEXO 3. Protocolos específicos de atención a violencia y adicciones

Generalitat Valenciana

Beneitez, Penélope; Herrero, Francisca; Gilabert; M^a Sales; Dorado, M^a Luisa; González, M^a Luisa ...et al. (2016).

Guía de Intervención ante la Violencia de Género en mujeres con Adicciones. Generalitat . Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública (23 páginas)

http://www.san.gva.es/documents/7260336/8300394/171103+Guia_Mujeres_Adicciones_VG+-+Actualizada.pdf

Junta de Castilla y León

Servicio de Asistencia a Drogodependientes. Comisionado Regional para la Droga. Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León (2018)

Procedimiento de actuación 4/2018 para la atención integral a mujeres víctimas de violencia de género con trastorno por consumo de drogas. (23 páginas)

<https://www.dropbox.com/s/xb4ghqbu3i8bpxr/JCYL.pdf?dl=0>

Ayuntamiento de Madrid

Alonso Verdugo, Belén; Delgado Muñoz, Manuela; De Antonio de las Heras, M^a José; Orozco Jabato, Belén; López Cerón, Nieves; Lahuerta Galán, Guadalupe; Olmos Espinosa, Ruth; Díaz de Salazar Martín de Almagro, Mercedes (2017)

Protocolos. Intervención en los CAD ante la violencia de género (85 páginas)

Madrid+Salud. Instituto de Adicciones

https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2017_ProtocoloViolenciaGeneroCAD.pdf

Diputación de Córdoba

Cobos, Luna, Luciano (s.f). Protocolo de actuación conjunta ante una mujer con problemas relacionados con el consumo de sustancias o conducta adictiva y víctima de violencia de género desde la cooperación entre recursos. Córdoba. Unidad de Drogas y Adicciones-CPD. Instituto Provincial de Bienestar Social. Diputación de Córdoba. (18 páginas)

http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/2016/PROCESO_MUJER_Violencia_de_genero_y_drogodependencias.pdf

Comunidad Autónoma de Canarias

Rodríguez Alemán, O. A. (2020). Protocolo de actuación y coordinación en casos de violencia de género en la red de atención a las adicciones de la comunidad autónoma de Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Salud Pública (114 Páginas)

https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/76046/2/protocolo_actuacion_coordinacion.pdf

La versión breve, denominada: Guía breve derivada del Protocolo de actuación y coordinación en casos de violencia de género en la red de atención a las adicciones de la comunidad autónoma de Canarias.

<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e7d15a64-2800-11eb-880d-8966c02e9a6e/GUIA%20BREVE%20DEL%20PROTOCOLO%20DE%20VIOLENCIA%20DE%20GENERO.pdf>

Moreno Ojeda, Luz Marina y Brito González, M^a Lourdes (2020). Guía breve derivada del Protocolo de actuación y coordinación en casos de violencia de género en la red de atención a las adicciones de la comunidad autónoma de Canarias. Canarias. Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Salud Pública (66 páginas)

Bibliografía

AFIFI, TRACY; BROWNRIDGE, DOUGLAS; MACMILLAN, HARRIET Y SAREEN, JITENDER (2010). The relationship of gambling to intimate partner violence and child maltreatment in a nationally representative sample. *Journal of Psychiatric Research*, 44(5), 331-337.

AGUILLELLA, AGURTZANE; LLACER, JUAN JOSÉ; REBOLLIDA, MONTSE; GÓMEZ, CESÁREO Y OREN-GO, TERESA (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la Comunidad Valenciana. *Salud y drogas*, 3(2), 37-60.

ALBERDI, INÉS Y NATALIA MATAS (2002). *La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación la Caixa.

ALBAJES, GEMMA, Y ALEU, MONSERRAT (2005). Alcohol abuse and domestic violence from a gender perspective/Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género. *Health and Addictions/Salud Y Drogas*, 5(2).

ALTELL ALBAJES, GEMMA (NOVIEMBRE, 2011). La prevención de la violencia contra la mujer asociada al abuso del alcohol y otras drogas. En: Lorena Giménez Manrique (2012). *Protocolo de evaluación de necesidades de adicción y violencia contra las mujeres*. Trabajo Fin de M.U. en Investigación, Tratamiento y Patologías Asociadas en Drogodependencias 2010-2012.

ALTELL, GEMMA (2011). Ciclo de debates sobre violencia familiar. *Intervención específica con mujeres drogodependientes que sufren violencia en la pareja.[sn]*.

ALTELL, GEMMA (2011). La prevención de la violencia contra la mujer asociada al consumo de alcohol y otras drogas. En Gisela Hansen Rodríguez (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. Universidad de Barcelona.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Edition)*. Washington, DC.

AMORÓS PUENTE, CELIA (1998). El punto de vista feminista como crítica. En Rosa Cobo (2005) *El género en las ciencias sociales. Cuadernos de trabajo social*, 18, 249-258.

AMORÓS PUENTE, CELIA (2008). Conceptualizar es politizar. *Género, Violencia y Derecho, Valencia*, 15-26.

AMOROSO, IVANA Y FERNÁNDEZ, GUADALUPE (2014). Violencia de género y sistema de salud: Un análisis de la intervención hospitalaria. Limitaciones en la detección, reconocimiento efectivo y el abordaje desde el segundo nivel de atención. *Revista Debate Público: Reflexión de Trabajo Social*, 4(8), 91-100.

ANDREWS, NAOMI; MOTZ, MARY; BONDI, BIANCA; LESLIE, MARGARET Y PEPLER, DEBRA (2019). Using a developmental-relational approach to understand the impact of interpersonal violence in women who struggle with substance use. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4861.

ARANA, XABIER Y COMAS, DOMINGO (2019). *Consumo de alcohol y violencia de género. Perspectiva de los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias, jurídico y social*. San Sebastián. IVAC-KREI. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_gabia/es_def/adjuntos/b-1-Consumo-alcohol-violencia%20genero.pdf.

ARANA, XABIER Y GERMÁN, ISABEL (2005). Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. *Eguzkilore*, (19), 171-179.

ARIZA, GLADYS ROCÍO (2011). Hacia la definición de la violencia en las relaciones de pareja como un problema de salud pública en Medellín a comienzos del siglo XXI. *Feminismo/s*, 18: 67-92.

AROSTEGUI SANTAMARÍA, ELISABETE Y MARTÍNEZ-REDONDO, PATRICIA (2018). *Mujeres y drogas: Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Universidad de Deusto.

ARPA, SHARON (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

ARRANZ LOZANO, FÁTIMA (2015). Meta-análisis de las investigaciones sobre la violencia de género: el Estado produciendo conocimiento. *Athenea digital: revista de pensamiento e investigación social*, 15(1), 0171-203.

ARSOVA NETZELMANN, T.; DAN, M.; DREEZENS-FUHRKE, J.; KALIKOV, J.; KARNITE, A.; KUCHAROVA, B.; MUSAT, G. ET AL. (2015), Women using drugs: a qualitative situation and needs analysis. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

ARTETA MOLINA, DAYANA (2020). *Violencia de género y adicciones en las mujeres*. Valencia. Cendoc Bogani. Disponible en: <http://cendocbogani.org/es/PMD-tem/false/1/anyo-0/temas-de-actualidad>.

AZIM, TASNIM; BONTELL, IRENE Y STRATHDEE, STEPHANIE (2015). Women, drugs and HIV. En: Cinta Folch, Jordi Casabona, Xavier Majó, Mercé Meroño, Victoria González, Joan Colom,... y Albert Espelt, (2020). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>.

BARRÈRE UNZUETA, MARÍA ÁNGELES (2008). Género, discriminación y violencia contra las mujeres. En Patricia Lorenzo et al (coords.). *Género, violencia y derecho*. Valencia. Tirant lo Blanch, 27-47.

BENOIT, TERESE Y JAUFFRET-ROUSTIDE, MARIE (2016). Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances. *Strasbourg: Council of Europe*.

BIAGINI, GRACIELA SILVIA (2015). Orígenes y particularidad de la violencia de género desde la atención primaria de la salud en distritos seleccionados de la provincia de Buenos Aires. *XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales*, 000-061.

BLANSCH, MARÍA (1996). Violencia de género. *Revista venezolana de análisis de coyuntura*, 2(2), 11-23.

BLOOM, BARBARA; OWEN, BARBARA Y COVINGTON, STEPHANIE (2003). *Gender-responsive strategies: Research, practice, and guiding principles for women offenders*. US Department of Justice, National Institute of Corrections.

BLUME, THOMAS (1996). Social perspectives on violence. *Michigan Family Review*, 2(1), 9-23.

BODELÓN, ENCARNA (2014). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de la cátedra Francisco Suárez*, 48, 131-155).

BOSCH FIOL, ESPERANZA (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje. *Asparkia: investigació feminista*, 24, 54-67.

BOSCH FIOL, ESPERANZA; FERRER PÉREZ, VICTORIA A. Y ALZAMORA MIR, AINA (2005). Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido violencia de género. *Feminismo/s*. 6: 121-136.

BRENTARI C.; HERNANDEZ B. Y TRIPODI S. (2011). Attention to women drug users in Europe. En Simonelli, Alessandra, Pasquali, Caterina y De Palo, Francesca. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 24496.

BURGDORF, KENETH; LAYNE, MARY; ROBERTS, TRACY; MILES, DAN AND HERRELL, JAMES (2004), 'Economic costs of residential substance abuse treatment for pregnant and parenting women and their children'. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

CASTAÑEDA ABASCAL, ELENA (2014). El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 249-257.

CASTAÑOS, VIOLETA (2009). *La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres*. Madrid. Fundación Atenea.

CASTILLO, AGURTZANE; LLOPIS, JUÁN; REBOLLIDA, MONTSE; FERNÁNDEZ, CESÁREO Y ARENGO, TERESA (2003). Identidad de género y abuso de drogas. Estudio de las características del uso de drogas ilegales entre las mujeres en la Comunidad Valenciana. *Salud y drogas*, 3(2), 37-60.

CASTRO, ROBERTO Y RIQUER, FLORINDA (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. En Roberto Castro (2016) Violencia de género. *Conceptos clave en los estudios de género*, 1. Disponible en: <https://debatefeminista.cieg.unam.mx/include/pdf/23violencia-de-genero.pdf>.

CASTRO, ROBERTO (2016). Violencia de género. *Conceptos clave en los estudios de género*, 1. Disponible en: <https://debatefeminista.cieg.unam.mx/include/pdf/23violencia-de-genero.pdf>.

CLARK, MARILYN (2015), The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean región. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

COBO BEDIA, ROSA (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 249-258.

COHEN, LISA; FIELD, CRAIG; CAMPBELL, AIMEE Y HIEN, DENISE (2013). Intimate partner violence outcomes in women with PTSD and substance use: A secondary analysis of NIDA Clinical Trials Network "Women and Trauma" Multi-site Study. *Addictive behaviors*, 38(7), 2325-2332.

COLIMIL, FRANCISCA Y RAMÍREZ, DANIELA (2016). La opresión del género sobre las trayectorias de vida de mujeres alcohólicas. *Temas sociológicos*, 20:111-135.

COLL-PLANAS, GERARD; MORENO, GLORIA; RODRÍGUEZ, CARMEN Y NAVARRO-VARAS, LARA (2008). Cuestiones sin resolver en la Ley integral de medidas contra la violencia de género: las distinciones entre sexo y género, y entre violencia y agresión. *Papers: revista de sociología*, (87), 187-204.

COVINGTON, STEPHANIE Y BLOOM, BARBARA (2006). Gender Response Treatment and Services on Correctional Settings. Teoksessa: Leeder, Elaina (ed.) Inside and Out: Women, Prison and Therapy.

CRISP, BETH; THOMAS, SHANE; JACKSON, ALUN; SMITH, SERENA; BORRELL, JENNIFER; HO, W. Y., ... & THOMASON, NEIL (2004). Not the same: A comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling services. *Journal of Gambling Studies*, 20(3), 283-299.

CSAT (CENTER FOR SUBSTANCE ABUSE TREATMENT) (2013). Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

DECLARACIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (1993). *Resolución*, 48(104), 20.

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO (2020). Macroencuesta de Violencia contra la mujer (2019). Madrid. Ministerio de Igualdad del Gobierno de España. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf.

DE MIGUEL, ANA (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18: 231-248.

DEL RÍO, MARÍA TERESA (2007). La violencia de género en el trabajo: el acoso sexual y el acoso moral por razón de género. *Temas laborales: revista andaluza de trabajo y bienestar social*, 91: 175-204.

DESAI, RANI Y POTENZA, MARK (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 173-183.

DOMANDZIC, MARÍA VIRGINIA; PASCUAL, ARIADNA Y ZUERAS, IRENE (2020). Sinhogarismo femenino: una aproximación a la intersección entre género, edad y procesos migratorios. *Research on Ageing and Social Policy*, 8(1), 57-85.

DOKKEDAHL, SARA; KOK, ROBIN; MURPHY, SIOBHAN; KRISTENSEN, TRINE; BECH-HANSEN DITTE Y ELKLIT A. (2019) The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 9;8(1):198.

DRAKE, ROBERT; ESSOCK, SUSAN; SHANER, ANDREW; CAREY, KATE; MINKOFF, KENNETH; KOLA, LENORE, ... Y RICKARDS, LAWRENCE (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric services*, 52(4), 469-476.

ECHARREN, COCHÉ (2002): Enganchadas. Ellas nunca dicen no. En Josefa Moya, Enrique Duato, y Ana Cañete (2006). Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales. *Portularia*, 6(2), 151-163.

ECHEBURÚA, ENRIQUE (2019). Sobre el papel del género en la violencia de pareja contra la mujer. Comentario a Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29, 77-79.

ECHEBURÚA, ENRIQUE; GONZÁLEZ-ORTEGA, ITXASO; DE CORRAL, PAZ Y POLO-LÓPEZ, ROCÍO (2011). Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 215-227.

EDMUND, S Y BLAND, PATRICIA (2011). *Real tools: responding to multi-abuse trauma. A tool kit to help advocates and community partners better serve people with multiple issues*. Alaska. Office on Violence Against Women, U.S. Department of Justice.

EL-BASSEL, NABILA; GILBERT, LOUISE Y RAJAH, VALLI (2003). The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone: Heightening the risk of sexual intimate violence and HIV. *Addictive Behaviors*, 28(8), 1385-1403.

ELLSBERG, MARY; PEÑA, RODOLFO; HERRERA, ANDRÉS; LILJESTRAND, JERKER Y WINKVIST, ANNA (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1595-1610.

EMCDDA (2009), Women's voices: experiences and perceptions of women facing drug problems in Europe. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION) (2011), Cost and financing of drug treatment services in Europe: an exploratory study. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

EMCDDA (EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION) (2015), Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

EPELE, MARIA ESTHER (2002). Gender, Violence and HIV: Women's Survival in the Streets. *Cult Med Psychiatry* 26, 33-54 (2002).

ETTORRE ELIZABETH (1998) ¿Mujeres y alcohol: placer privado o problema público? Barcelona. Narcea.

ETTORRE, E. (2015). Embodied deviance, gender, and epistemologies of ignorance: Re-visioning drugs use in a neurochemical, unjust world. *Substance Use & Misuse*, 50(6), 794-805.

EXPÓSITO, FRANCISCA (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*, 48(1), 20-25.

FAGAN, ABIGAIL Y WRIGHT, EMILY (2011). Gender differences in the effects of exposure to intimate partner violence on adolescent violence and drug use. *Child Abuse & Neglect*, 35(7), 543-550.

FAIRBAIRN, NADIA; LI, KATHY; WOOD, EVAN Y KERR, THOMAS (2008). Physical violence among a prospective cohort of injection drug users: a gender-focused approach. *Drug and alcohol dependence*, 97(3), 237-246.

FALS, STEWART; GOLDEN, JAMES Y SCHUMACHER, JULIE (2003). Intimate partner violence and substance use: a longitudinal day-to-day examination. *Addictive Behaviours*, 28 (9) 1555-74.

FARAPI (2007). Estudio documental sobre drogas y violencia de género. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

FERNÁNDEZ-MONTALVO, JAVIER; LÓPEZ-GOÑI, JOSÉ Y ARTEAGA, ALFONSO (2015). Psychological, Physical and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(8), 1279-1298.

FERRER PÉREZ, VICTORIA Y BOSCH FIOL, ESPERANZA (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 21(1), 1-10.

FERRI, MARICA; BO, ALESSANDRA; MONTANARI, LINDA Y ROLAND, SIMON (2015), 'The importance of developing a reliable knowledge base in the treatment offered: the EU experience'. En Alessandra O'Neil y Jonathan Lucas, (eds), *DAWN drugs and alcohol women network: promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin, Italy: United Nations Interregional Crime and Justice Research Initiative (UNICRI) Publication.

FIGUEROA ESTRADA, ARMANDO Y GÓMEZ SAN LUIS, HORTENSIA (2020). Ludopatía en mujeres y hombres de baja california, México: un estudio de las narrativas. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 20(2).

FIOL, ESPERANZA Y PÉREZ, VICTORIA AURORA (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, 9(1), 7-19.

FOLCH, CINTA; CASABONA, JORDI; MAJÓ, XAVIER; MEROÑO, MERCÉ; GONZÁLEZ, VICTORIA; COLOM, JOAN, ... Y ESPELT, ALBERT (2020) Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>.

FOLEY, KATHLEEN (2010). Pain Control and Drug Policy: A Time for Change. *JAMA*, 304(15), 1727-1728.

FOUNTAIN, JANE; BASHFORD, JON; UNDERWOOD, SUSAN; KHURANA, JAJGIT; WINTERS, MOIRA; PATEL, KAMLESH AND CARPENTIER, CHLOÉ (2002), Update and complete the analysis of drug use, consequences and correlates amongst minorities. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

FRANCO-JAÉN, SONIA; RODRÍGUEZ-GONZÁLEZ, JOSÉ MANUEL Y DEL RÍO, FRANCISCO (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica (En línea)*, 38(3), 317-338.

FRYE, VICTORIA; EL-BASSEL, NABILA; GILBERT, LOUISA; RAJAH, VALLI Y CHRISTIE, NICOLE (2001). Intimate partner sexual abuse among women on methadone. *Violence and Victims*, 16(5), 553.

FUNDACIÓN ATENEA (2010). Bola de Nieve: educados por igual. Estudio sobre la población de mujeres consumidoras en situación de prostitución en la ciudad de Sevilla. En Xabier Arana y Domingo Comas (2019). *Consumo de alcohol y violencia de género. Perspectiva de los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias, jurídico y social*. San Sebastián. IVAC-KREI. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_gabia/es_def/adjuntos/b-1-Consumo-alcohol-violencia%20genero.pdf.

GALERA, SUELI; BERNAL ROLDÁN, MARÍA CARMEN Y O'BRIEN, BEVERLY (2005). Women living in a drug (and violence) context: the maternal role. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13(SPE2), 1142-1147.

GARNIER- MULLER, A. (2004). Un lieu d'accueil pour les consommatrices du drogue. En: Juan José Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebollida y Paul Stocco, Paul (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157.

GENERAL, O. A. (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Nueva York, Estados Unidos.

GILBERT, L.; RAJ, A.; HIEN, D.; STOCKMAN, J.; TERLIK BAYEVA, A. Y WYATT, G. (2015). Targeting the SAVA (substance abuse, violence and AIDS) syndemic among women and girls: A global review of epidemiology and integrated interventions. En Cinta Folch, Jordi Casabona, Xavier Majó, Mercé Meroño, Victoria González, Joan Colom,, ... y Albert Espelt (2020). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>.

GIMÉNEZ MANRIQUE, LORENA (2012). *Protocolo de evaluación de necesidades de adicción y violencia contra las mujeres*. Trabajo de Fin de Máster. Máster Universitario en investigación, tratamiento y patologías asociadas en drogodependencias. Valencia. Universidad de Valencia.

GIMENO REINOSO, BEATRIZ Y BARRIENTOS SILVA, VIOLETA (2009). Violencia de género versus violencia doméstica: la importancia de la especificidad. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 27-42.

GLICK, PETER Y FISKE, SUSAN (2001). Sexismo ambivalente. *Avances en psicología social experimental*, 33, 115-188).

GÓMEZ, YOLANDA; RODRÍGUEZ, MERCEDES; FERNÁNDEZ, ROXANA Y COTO, ESTEBAN (2013). Mujeres en prisión: un estudio sobre la prevalencia del maltrato. *RES. Revista Española de Sociología*, 20, 21-38.

GONDOLF, EDWARD (2014). "Why Straus's 'Reanalysis' of Physical Tactics Used by Female Partners Is Wrong: A Response to 'Addressing Violence by Female Partners Is Vital to Prevent or Stop Violence Against Women: Evidence From the Multisite Batterer Intervention Evaluation', by Murray Straus, *Violence Against Women*, 20, 889-899, en *Violence Against Women*, 20(12), 1539-1546.

GONZÁLEZ GARCÍA, NANCY (2019). *El rol de los profesionales sanitarios en la visibilización de la violencia de género: un estudio en atención primaria y especializada*. Disponible en: <https://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/54061>.

GONZÁLEZ GUTIÉRREZ, RAQUEL (2017). *Respuesta de los recursos ante la Violencia de Género en Mujeres con Discapacidad*. Trabajo de Fin de Grado de la Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación. Universidad de La Laguna. Disponible en <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3742/Respuesta+de+los+recursos+ante+la+Violencia+de+Genero+en+Mujeres+con+Discapacidad.pdf?sequence=1>.

GONZÁLEZ-GUARDA, ROSA; FLOROM-SMITH, AUBREY Y THOMAS, TAINAYAH (2011), 'A syndemic model of substance abuse, intimate partner violence, HIV infection, and mental health among Hispanics. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

GRANERO, ROSER; PENÉLOPE, EVA; MARTÍNEZ-GIMÉNEZ, RAQUEL; ÁLVAREZ-MOYA, EVA M.; GÓMEZ PEÑA, MÓNICA ET AL., ET AL. (2009). Sex differences among treatment-seeking adult pathologic gamblers. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 173–180.

GRANT, JON Y KIM, SUCK WON (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 56–62.

GRELLA, CHRISTINE (2015), 'Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders. En Alessandra O'Neil, y Jonathan Lucas (eds.). *DAWN drugs and alcohol women network: promoting a gender responsive approach to addiction*, United Nations Interregional Crime and Justice Research Initiative (UNICRI), Turin.

GREENFIELD, SHELLY; BACK, SUDIE; LAWSON, KATIE Y BRADY, KATHLEEN (2010). Substance abuse in women. *Psychiatric Clinics*, 33(2), 339-355.

GRUPO POMPIDOU Y CONSEJO DE EUROPA (2017). Introducing a gender dimension into drug policy. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and Illicit trafficking in Drugs. Disponible en: <https://rm.coe.int/2017-pg-gender-2e-final/1680784f58>.

HAMMARSTRÖM, ANNE (2011). Why feminism in public health? En: Gladys Rocío Ariza (2011). Hacia la definición de la violencia en las relaciones de pareja como un problema de salud pública en Medellín a comienzos del siglo XXI. *Feminismo/s*, 18: 67-92.

HANSEN RODRÍGUEZ, GISELA (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. Universidad de Barcelona.

HEDRICH, DAGMAR (2000) *Problem drug use by women. Focus on community-based interventions*. Co-operation Group to combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs. Strasbourg: Pompidou Group.

HERMAN, JUDITH (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.

HURLEY, DOROTHY (1991). Women, alcohol and incest: an analytical review. *Journal of studies on alcohol*, 52(3), 253-268.

INPUD (INTERNATIONAL NETWORK OF PEOPLE WHO USE DRUGS) (2014), A war on women who use drugs. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

IZQUIERDO, M^a JESÚS (2007). La solidaridad y los intereses en la base de la ciudadanía. En Raquel Osborne (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona. Bellaterra.

JÓNASDÓTTIR, ANNA (1992). El poder del amor. ¿Le importa el sexo a la democracia?. En Raquel Osborne (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona. Bellaterra.

JULIANO, DOLORES (2004). *Excluidas y marginales. Una aproximación antropológica*. Valencia. Cátedra, Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer.

KENDLER, KENETH; BULIK, CYNTHIA; SILBERG, JUDY; HETTEMA, J. M.; MYERS, J. Y PRESCOTT, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57 (10), 953-959.

KORCHA, R. A.; CHERPITEL, C. J.; WITBRODT, J.; BORGES, G.; HEJAZI-BAZARGAN, S.; BOND, J. C.; ... Y GMEL, G. (2014). Violence-related injury and gender: The role of alcohol and alcohol combined with illicit drugs. *Drug and alcohol review*, 33(1), 43-50.

KORMAN, L. M.; COLLINS, J.; DUTTON, D.; DHAYANANTHAN, B.; LITTMAN-SHARP, N. Y SKINNER, W. (2008). Problem gambling and intimate partner violence. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 13-23.

LAMAS, MARTA (2014). ¿Prostitución, trata o trabajo? *Nexos*, 1-9.

LEVY, S.J. (1981). Sexism in drug abuse treatment programs. En: Elisabete Arostegui y Patricia Martínez-Redondo (2018). *Mujeres y Drogas. Manual de Prevención de Recaídas con Perspectiva de Género* (2019). Bilbao. Universidad de Deusto.

LEY ORGÁNICA 1/2004, DE 28 DE DICIEMBRE, DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

LEY ORGÁNICA 3/2007, DE 22 DE MARZO, PARA LA IGUALDAD EFECTIVA DE MUJERES Y HOMBRÉS. *BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO*, 71, 12611-12645.

LI, YING; MARSHALL, CAITLIN; REES, HILARY; NUNEZ, ANNABELLE; EZEANOLUE, ECHEZONA Y EHIRI, JOHN (2014). Intimate partner violence and HIV infection among women: A systematic review and meta-analysis. Cinta Folch, Jordi Casabona, Xavier Majó, Mercé Meroño, Victoria González, Joan Colom,, ... y Albert Espelt (2020). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>.

LIPSKY, SHERRY; KRUPSKI, ANTOINETTE; ROY-BYRNE, PETER; LUCENKO, BÁRBARA; MANCUSO, DAVID Y HUBER, ALICE (2010). Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. En: Cinta Folch, Jordi Casabona, Xavier Majó, Mercé Mero-

ño, Victoria González, Joan Colom,, ... y Albert Espelt (2020). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>.

LIRA, LUCIANA (S.F.). Violencia de género y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas. *Liberaddictus.org*. Disponible en: <http://www.liberaddictus.org/Pdf/0575-50.pdf>.

LLOPIS, JUAN JOSÉ (1997). *Edad de inicio en el consumo de opiáceos y circunstancias concomitantes. Un estudio con mujeres heroinómanas, su personalidad y evolución*. En: Juan José Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebollida y Paul Stocco, Paul (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157.

LLOPIS, JUAN JOSÉ (2002). Informe sobre toxicomanías e identidad de género. IREFREA.

LLOPIS GIMÉNEZ, CELIA; RODRÍGUEZ GARCÍA, MARÍA INMACULADA Y HERNÁNDEZ MANCHA, INMACULADA (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, 20(4), 151-169.

LLOPIS, JUAN JOSÉ; CASTILLO, AGURTZANE; REBOLLIDA, MONTSE Y STOCCO, PAUL (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157.

LÓPEZ SAFI, SILVIA (2015). La violencia simbólica en la construcción social del Género. *ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 2 (2), 1-20.

LOZANO-VERDUZCO, IGNACIO; ROMERO-MENDOZA, MARTHA Y MARÍN-NAVARRETE, RODRIGO (2016). Violence narratives of Mexican women treated in mutual-aid residential centers for addiction treatment. En Sonia Franco-Jaén, José Manuel Rodríguez-González y Francisco del Río, Francisco (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica (En línea)*, 38(3), 317-338.

MAFFÍA, DIANA (2007). Epistemología feminista: la subversión semiótica de las mujeres en la ciencia. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 12(28), 63-98.

MARCOS, VERÓNICA; GANCEDO, YURENA; CASTRO, BÁRBARA Y SELAYA, ADRIANA (2020). Dating violence victimization, perceived gravity in dating violence behaviors, sexism, romantic love myths and emotional dependence between female and male adolescents. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(2), 132-145.

MARSH, JEANNE; D'AUNNO, THOMAS Y SMITH, BRENDA (2000). Increasing access and providing social services to improve drug abuse treatment for women with children. *Addiction*, 95(8), 1237-1247.

MARTÍNEZ-REDONDO, PATRICIA (2008). *Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias*. Salamanca. ASECEDI.

MARTÍNEZ REDONDO, PATRICIA (2009) *Extrañándonos de lo 'normal'. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes*. Madrid. Horas y horas la editorial.

MARTÍNEZ-REDONDO, PATRICIA (2010) *Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención*. Edita: UNAD Financia: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Madrid.

MARTÍNEZ-REDONDO, PATRICIA (2018). *Uso de Drogas Adicciones y Violencia desde la Perspectiva de Género*. Jornada Adicción y violencia de género: "Espacio para el aprendizaje e intercambio de conocimientos". Jornada Técnica de AVANT, Valencia, 26 de junio de 2018.

MARTÍNEZ REDONDO, PATRICIA (2019). Uso de drogas, adicciones y violencia desde perspectiva de género. *Infonova*, 35, 23-34.

MARTÍNEZ-REDONDO, PATRICIA Y LUJÁN-ACEVEDO, FABIÁN (2020) *Hombres y adicciones. Intervención desde perspectiva de género*. UNAD, Madrid.

MATULIC, MARÍA VIRGINIA; DE-VICENTE, IRENE; BOIXADÓS, ADELA Y CAÏS, JORDI (2019). Las mujeres sin hogar: realidades ocultas de la exclusión social. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 9(16), 49-68.

MEDINA-MALDONADO, VENUS ELIZABETH; LANDENBERGER, MARGARETE; RONDÓN DE GÓMEZ, ROSA Y OSIO PATRIZZI, MIGUEL (2015). Experiencias de enfermeras en prevención de la violencia de género y asistencia a mujeres afectadas. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(4), 0-0.

MENDOZA, MARTHA PATRICIA; GÓMEZ, CECILIA Y MEDINA-MORA, ELENA (1996). *Las mujeres adictas: de la descripción a su construcción social*¹. En: Reunión del Grupo de Consulta sobre el impacto del abuso de drogas en la mujer y la familia. Noviembre 18-20; Montevideo, Uruguay.

MENESES-FALCÓN, CARMEN (2003). *Perfil de la prostitución callejera. Análisis de una muestra de personas atendida por APRAMP*. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas.

MENESES FALCÓN, C. (2007). Consecuencias del uso de cocaína en las personas que ejercen la prostitución. *Gaceta sanitaria*, 21(3), 191-196.

MILLET, KATE (1995). *Política sexual*. Universidad de Valencia. *Cátedra*.

MORENO, SARA (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud ya las condiciones de trabajo en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 58-76.

MONTENEGRO LEZA, SOFÍA (2016). El antes y el después de la Ley Orgánica 3/ 2007. *REDUR* 14: 117-136.

MOSQUERA, MERCEDES Y FRÍAS, ROSA MARÍA (2019). Carta de la Dirección. *Infonova*, 35, 1-120.

GÓMEZ MOYA, JOSEFA; DUATO, ENRIQUE Y CAÑETE, ANA (2006). Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales. *Portularia*, 6(2), 151-163.

MUÑIZ, MARÍA (2017). Online teen dating violence, family and school climate from a gender perspective/Violencia de pareja online en la adolescencia, clima familiar y escolar desde la perspectiva de género. *Infancia y Aprendizaje*, 40(3), 572-598.

NAJAVITS, LISA MARIE; WEISS, ROGER; SHAW, SARA Y MUENZ, LARRY (1998). "Seeking safety": Outcome of a new cognitive-behavioral psychotherapy for women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 11(3), 437-456.

NAJAVITS, LISA MARIE; ROSIER, MARSHALL; NOLAN, ALAN Y FREEMAN, MICHAEL (2007). Un nuevo modelo basado en el género para la recuperación de las mujeres del abuso de sustancias: resultados de un estudio piloto. *Revista estadounidense sobre el abuso de drogas y alcohol*, 33(1), 5-11.

NARDI RODRÍGUEZ, AINARA (2018). Predicción de la ejecución y aceptación de conducta precursoras de violencia de género en población adolescente. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Sociosanitarias. Departamento de Psicología de la Salud. Elche. Universidad Miguel Hernández. Disponible en: <http://193.147.134.18/bitstream/11000/4533/1/TD%20Nardi%20Rodr%C3%AD-guez%2C%20Ainara.pdf>.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA) (2016), Substance use in women, Research report series. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

NELSON-ZLUPKO, LANI; KAUFFMAN, EDA Y DORE, MARTHA M. (1995). Gender differences in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social work*, 40(1), 45-54.

NELSON-ZLUPKO, LANI; DORE, MARTHA M.; KAUFFMAN, EDA Y KALTENBACH, KAROL (1996). Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(1), 51-59.

NIETO, M. A. (2004). Violencia y consumo de cocaína. *Adicciones*, 16(1), 46-47.

O'NEIL, ALESSANDRA Y LUCAS, JONATHAN (2013). *DAWN drugs and alcohol women network: Promoting a gender responsive approach to addiction*. Turin, Italy: United Nations Interregional Crime and Justice Research Initiative (UNICRI) Publication.

ONU MUJERES (2018-2019). Informe anual. Disponible en: <https://annualreport.unwomen.org/es/2019>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1998): *Violencia contra la mujer*. Disponible en: https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 1999): *Violence and injury prevention. Violence and health* Disponible en: <http://www.who.int/eha/pvi/infokit/women.htm>.

OSBORNE, RAQUEL (2008). De la «violencia» (de género) a las «cifras de la violencia»: una cuestión política. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 15, 99-124.

OSPINA-ESCOBAR, ANGÉLICA (2020). Violencia sexual y reproductiva hacia mujeres que se inyectan drogas en la frontera norte de México. ¿La frontera de los derechos? *Revista Cultura y Droga*, 25(30), 114-143.

OTEIZA, CRISTINA (2020) Mujer, droga, rol materno y violencia familiar. *Revista Horizontes*, 17(2): 73-81.

PALACIOS, JOSEFA (2006). La ludopatía. *Contraluz: Revista de la Asociación Cultural Arturo Cerdá y Rico*, 3, 229-234.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO, 2013). *Violence against women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: EE. UU.

PASTOR, YOLANDA; PASCUAL, ELENA; MUÑOZ, JUAN Y BRAVO, SORAYA (2020). El efecto de la redacción de los ítems en la medición de las actitudes hacia la violencia en el noviazgo. *Psychosocial Intervention*, 29(1), 19-28.

PERIS VIDAL, MANUEL (2015). La Importancia de la Terminología en la Conceptualización de la Violencia de Género. *Oñati Socio-legal Series*, 5(2), 716-744.

PERIS VIDAL, MANUEL (2013). La despolitización de la violencia de género a través de la terminología. *Asparkia: investigació feminista*, 24, 176-194.

PETRY, NANCY Y STEINBERG, KAREN (2005). Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers. *Psychology of Addictive behaviors*, 19(2), 226.

POGGI, FRANCESCA (2019). Sobre el concepto de violencia de género y su relevancia para el derecho. *Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 42, 285-307.

POWIS, MICHAEL GOSSOP; BURY, CATHERINE; PAYNE, KATHERINE Y GRIFFITHS, PAUL (2000). Drug-using mothers: social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review*, 19(2), 171-180.

PULEO, ALICIA (2005). El patriarcado ¿una organización social superada. *Temas para el debate*, 133, 39-42.

RAESIDE LAVINIA (2003) Attitudes of staff towards mothers affected by substance abuse. *British Journal of Nursing*, 12:13–26.

RAMOS PEREZ, PILAR (2020). *Mujer y sinhogarismo Análisis de una realidad compleja e invisibilizada*. Trabajo de Fin de Grado. Facultad de ciencias sociales y de la comunicación de la Universidad de la Laguna.

RAMOS-LIRA, LUCIANA; SALTIJERAL-MÉNDEZ, MARÍA TERESA; ROMERO-MENDOZA, MARTHA; CABALLERO-GUTIÉRREZ, MIGUEL ÁNGEL Y MARTÍNEZ-VÉLEZ, NORA (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *salud pública de México*, 43, 182-191.

REED, BETH G. (1987). Developing women-sensitive drug dependence treatment services: Why so difficult?. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19(2), 151-164.

RICO, NIEVES (1996). *Violencia de género: un problema de Derechos Humanos*. Serie Mujer y Desarrollo, 16. Cepal. Naciones Unidas.

RISKA, ELIANNE (2019). Gender an Medicalization ann Biomedicalization theories En Paige Sweet (2015) Chronic Victims, Risky Women: Domestic Violence Advocacy and the Medicalization of Abuse. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 41(1), 81-106.

RODRÍGUEZ, SILVIA (2011). ¿Cuáles son los marcos interpretativos de la violencia de género en España?: un análisis constructivista. *Revista Española de Ciencia Política*, 25, 11-30.

RODRIGUEZ PALOP, MARÍA EUGENIA (2012). La persistente violencia contra las mujeres a pesar de la LO 1/2004 de Medidas de Protección Integral frente a la Violencia de Género. Working Paper. *La Revue des droits de l'homme. Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux*, (1).

ROHLFS, IZABELLA Y VALLS-LLOBET, CARMÉ (2003). Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 4:263.

ROLANDO, SARA; RENA, ALICE; O'NEIL, ALESSANDRA; BECCARIA, FRANCA Y SMITH, CINDY (2016), 'Exploring the level of gender mainstreaming in the working agenda of substance use treatment centres in Italy'. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

ROLDÁN, MARÍA CARMEN Y GALERA, SUELI (2005). Perception of the mothering role of women who live in a context of drugs and violence. *Revista latino-americana de enfermagem*, 13(SPE2), 1118-1126.953-959.

ROMANS, SARAH; COHEN, MARSHA; FORTE, TONIA; DU MONT, JANICE E HYMAN, ILENE (2008). Uso de medicamentos psicotrópicos y de género: el papel de la violencia de pareja íntima. *Preventive Medicine*, 46(6): 615-621.

RUBIO, ANA (2010). La Ley integral: entre el desconcierto del género y la eficacia impuesta. En Manuel Peris (2013). La despolitización de la violencia de género a través de la terminología. *Asparkia: investigació feminista*, 24, 176-194.

RUBIN, GAYLE (1975). The traffic in women: Notes on the " political economy" of sex. New York and London. Monthly Review Press.

RUIZ-CANTERO, MARÍA TERESA (2007). El sistema sexo-género en investigación sobre atención sanitaria. En Dolores Ariño, Concepción Tomás, Mercedes Eguiluz, Luisa Samitier, Teresa Oliveros, Teresa Yago, y Rosa Magallón, R. (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación? *Gaceta Sanitaria*, 25(2), 146-150.

RUIZ-CANTERO, MARÍA TERESA; CARRASCO-PORTIÑO, MERCEDES Y ARTAZCOZ, LUCÍA (2011). Logros y retos de género de la Encuesta Nacional de Salud de 2006: análisis de los cuestionarios de adultos y hogar. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 6-12.

RUIZ DE AZUA, NÉLIDA; ZURBANO, DELFINE; AGÚNDEZ, MERCEDES; LÓPEZ DE FORONDA, FAUSTINO; MARTÍNEZ ACHA, VALENTÍN ET AL. (2003): Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres en la CAPV. Vitoria-Gasteiz. Ararteko.

RYAN, JOSEPH; MARSH, JEANNE; TESTA, MARK Y LOUDERMAN, RICHARD (2006). Integrating substance abuse treatment and child welfare services: Findings from the Illinois alcohol and other drug abuse waiver demonstration. *Social Work Research*, 30(2), 95-107.

SALAZAR BENÍTEZ, OCTAVIO (2018). Paridad y justicia de género. Algunas reflexiones críticas sobre las políticas de igualdad en España *Comunicación y género*, 1(1): 5-24.

SALLES, V. Y TUIRÁN, R. (2003) Dentro del laberinto. En Sara Moreno (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud ya las condiciones de trabajo en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12).

SÁNCHEZ, LIDIA Y APARICIO, ANDRÉS (2016). Dificultades en la atención a mujeres con hijos y trastorno de adicción, desde una perspectiva de género. D. Carbonero; Esther Raya; Neus Caparrós y E. Gimeno. *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social*. Logroño. Universidad de La Rioja.

SARTOR, CAROLYNE Y O'MALLEY, STEPHANIE (2016). Brief Report: A Web-Based Pilot Study of Childhood Sexual Abuse, Recent Stressful Events and Alcohol Use in Women. En Sonia Franco-Jaén, José Manuel Rodríguez-González y Francisco del Río, Francisco (2020). El abuso sexual infantil y la relación con el desarrollo de comportamientos adictivos: una revisión sistemática. *Terapia Psicológica (En línea)*, 38(3), 317-338.

SCHAFFER, INGO Y LOTZIN, ANETTE (2018). *Psychosocial support to tackle trauma-related symptoms and related substance use disorders*. Hamburg. Co-operation Group to Combat Drug Abuse and illicit trafficking in Drugs.

SFOPH, J. (2003). Women-centred. Requirements for low-threshold drugs services. A toolkit for practice. En: Juan José Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebollida y Paul Stocco, Paul (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157.

SHANNON, KATE; KERR, T.; BRIGHT, V.; GIBSON, K., Y TYNDALL, M. W. (2008). Drug sharing with clients as a risk marker for increased violence and sexual and drug-related harms among survival sex workers. *AIDS care*, 20(2), 228-234.

SIMONELLI, ALESSANDRA; PASQUALI, CATERINA Y DE PALO, FRANCESCA (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24496.

SPRINGER, SANDRA; LARNEY, SARAH; ALAM-MEHRJERDI, ZAHRA; ALTICE, FREDERIK; METZGER, DAVID Y SHOPTAW, STEVEN (2015), 'Drug treatment as HIV prevention among women and girls who inject drugs from a global perspective: progress, gaps, and future directions'. En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

STOCCO, PAOLO; LLOPIS, JOSÉ; DEFAZIO, LAURA; CALAFAT, AMADOR Y MENDES, FERNANDO (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity* (Vol. 200, No. 0). Irefrea.

SURRATT, HILARY; INCIARDI, JAMES; KURTZ, STEVEN Y KILEY, MARION (2004). Sex work and drug use in a subculture of violence. *Crime & Delinquency*, 50(1), 43-59.

SWEET, PAIGE (2015) Chronic Victims, Risky Women: Domestic Violence Advocacy and the Medicalization of Abuse. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 41(1), 81-106.

TESTA, MARÍA; VANCILE-TAMSEN, CAROL Y LIVINGSTON, JENNIFER (2004) The role of victim and perpetrator intoxication of sexual assault outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 3, 320-329.

TIRADO-MUÑOZ, JUDIT; GILCHRIST, GAIL; LLIGOÑA, EVA; GILBERT, LOUISA Y TORRENS, MARTA (2015). Intervención grupal para reducir la violencia de género entre consumidoras de drogas. Resultados de un estudio piloto en un centro comunitario de tratamiento de adicciones *Adicciones* 27, (3), 168-178.

TUBERT, S. (2003). Del sexo al género. Los equívocos de un concepto. Madrid. Cátedra.

UHLER, A. Y PARKER, O. (2002). Treating women drug abusers: Action therapy and trauma assessment. En: Juan José Llopis, Agurtzane Castillo, Montse Rebollida y Paul Stocco, Paul (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157.

UNAIDS (2010). Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. En: Cinta Folch, Jordi Casabona, Xavier Majó, Mercé Meroño, Victoria González, Joan Colom,, ... y Albert Espelt (2020). Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>.

UNDERWOOD, MARION; KUPERSMIDT, JANIS B. Y COIE, JOHN (1996) Childhood peer socio-metric status and aggression as predictors of adolescent childbearing. *Journal of Research on Adolescence*, 1996.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC) (2016), Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women- En Sharon Arpa (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Lisbon, Portugal: EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

VÁZQUEZ, JOSEFA (2012). *Ludopatía y mujer: un análisis desde la perspectiva de género*. In IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género. Sevilla. Unidad para la Igualdad, Universidad de Sevilla.

VÁZQUEZ, ROSMARY; MONTALVO, PATRICIA Y CANTÓ, MAGDALENA (2011). Atención a la violencia de género en las urgencias de un centro de salud. *Atención Primaria*, 43(5), 270.

VÉLEZ, MARTA Y JANSSON, LAUREN (2010). Síndrome de estrés postraumático en mujeres embarazadas abusadoras de drogas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 84S-92S.

VILLAR MÁRQUEZ, ELIANA (2014). Perspectiva de género y programas sobre drogas: El abordaje de las desigualdades. Madrid. COPOLAD. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas.

VILLAGRÁ LANZA, PATRICIA; GONZÁLEZ MENÉNDEZ, ANA; FERNÁNDEZ GARCÍA, MARÍA PAULA; CASARES LÓPEZ, MARÍA JOSÉ; MARTÍN MARTÍN, JOSÉ LUIS Y RODRÍGUEZ LAMELAS, FILOMENA (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23, 219-226.

VILLAVICENCIO MIRANDA, LUIS Y ZÚÑIGA FAJURI, ALEJANDRA (2015). La violencia de género como opresión estructural. *Revista chilena de derecho*, 42(2), 719-728.

WALKER, LEONORE (1979). *Battered Woman*. New York. Harper & Row.

WARSHAW, CAROLE; LYON, ELEANOR; BLAND, PATRICIA; PHILLIPS, HEATHER Y HOOPER, MIKISHA (2014). *Mental health and substance use coercion surveys*. Report from the National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health and the National Domestic Violence Hotline.

WHO (2002). *World Report on violence and Health*. En En Izabella Rohlfs y Carme Valls-Llobet (2003). Actuar contra la violencia de género: un reto para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 4:263.

WILSON-COHN CARINDA; STRAUSS, SHIELA Y FALKIN GREGORY (2002). The relationship between partner abuse and substance use among women mandated to drug treatment. *Journal of Family Violence*, 17(1), 91-105.

YUGUEROS GARCÍA, ANTONIO JESÚS (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *BARATARIA. Revista Castellano-Manchega de Ciencias sociales*, 18:147-159.

ZALAUQUETT, CHERIE (2012). Ciencia y género: lo legítimo y lo bastardo en epistemología científico-social. *Revista Izquierdas*, (12), 26-51.

ZURBANO-BERENGUER, BELÉN Y LIBERIA VAYÁ, IRENE (2014). Revisión teórico-conceptual de la violencia de género y de su representación en el discurso mediático. Una propuesta de resignificación. *Zer*, 19 (36), 121-143.

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

Patricia Martínez-Redondo y Elisabete Arostegui Santamaría

Federación Española de Municipios y Provincias
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

