



MUJERES, VIOLENCIAS Y EXCLUSIÓN

UNA GUÍA DE
BUENAS
PRÁCTICAS



àmbit
prevenció
FUNDACIÓ

El contenido de esta publicación se ha desarrollado en el marco de financiación de Subvenciones públicas destinadas a programas y proyectos de concienciación, prevención e investigación de las distintas formas de violencia contra las mujeres. Convocatoria 2023, por parte del Ministerio de Igualdad. Secretaria de Estado de Igualdad y Contra la Violencia de género.

Fundació Àmbit Prevenció

Coordinación y edición: Mercè Meroño Salvador

Investigación cualitativa: Mercè Meroño, Anna Castaño y Mairê Carli

Maquetación: Silvia Manzanera

Mayo 2024

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	9
3. AGRADECIMIENTOS	10
4. LOS DISPOSITIVOS	11
4.1. Aspectos relevantes	11
4.2. Dificultades y exclusiones.....	13
4.3. Las violencias.....	16
4.4. La participación de las mujeres	20
4.5. Las maternidades	22
4.6. El consumo y la salud mental	23
5. ESPACIOS: CUIDADO Y SEGURIDAD	25
6. CIRCUITOS Y COORDINACIONES	29
7. SOBRE LA COMUNIDAD	30
8. LAS NECESIDADES PROFESIONALES	32
9. LO QUE NOS QUEDA POR HACER	34
10. BIBLIOGRAFÍA	36

1. INTRODUCCIÓN

Esta guía quiere recoger y visibilizar, más allá de las buenas prácticas que se están realizando en diferentes Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña y Comunidad de Madrid), las reflexiones, las contradicciones, los retos y las propuestas compartidas que contribuyan a la mejora de los servicios y las atenciones que se llevan a cabo en mujeres con diferentes ejes de exclusión y violencias.

No hemos pretendido hacer una **Guía de Buenas Prácticas** al uso, ya que en la actualidad se disponen de bastantes iniciativas novedosas y también actualizaciones que contribuyen a una mejora del trabajo que se está realizando. Pensamos que esta guía puede contribuir a la reflexión, a la introducción de nuevas metodologías y prácticas en los diferentes dispositivos que van a ir conformando un abordaje centrado en las mujeres, comprendiendo sus interseccionalidades, con escucha y respuesta diferentes y con la participación indispensable de las mismas.

También hemos de reconocer que el proceso de investigación cualitativa en sí mismo ha creado sinergias entre las participantes y un mayor acercamiento y conocimiento del trabajo de todas, así como la posibilidad de colaboraciones entre profesionales y territorios.

Somos conocedoras de las limitaciones que conllevan las investigaciones cualitativas, y en la nuestra en concreto, la pequeña representación territorial (3 CCAA) y de las mujeres implicadas (6), por ende, muestran parcialmente la variabilidad de experiencias existentes. Pese a ello creemos que hemos podido potenciar la escucha y el trabajo conjunto de todas las partes implicadas, que son fundamentales para la implementación de mejoras, ya sea a través de nuevas estrategias y/o metodologías, el diseño de nuevos dispositivos, la incorporación de las mujeres como activos indispensables, y el análisis sobre las limitaciones y necesidades profesionales, extensivo también a las políticas públicas que sustentan la mayoría de proyectos que hemos analizado.

La perspectiva de género e interseccionalidad como punto de inicio de la **Guía de Buenas Prácticas**

Partiendo del reconocimiento de que las desigualdades de género no pueden ser entendidas ni atendidas en su complejidad desde una perspectiva unidimensional, se ha avanzado en el reconocimiento de la necesidad de avanzar hacia visiones más abiertas e interactivas que reconozcan la confluencia de múltiples ejes de desigualdad en intersección con el género, como la raza, la etnia, diversidad funcional, la clase social, la edad, la posición socioeconómica, la condición migrante o la diversidad de género y sexual.

La interseccionalidad ha representado, posiblemente, la estrategia política más importante que ha permitido abordar la desigualdad de género desde todos los ámbitos, todos los procesos y todos los niveles e incorporar la experiencia de las mujeres en el diseño, implementación, desarrollo y evaluación de las políticas.

En este sentido, la interseccionalidad muestra dónde residen los problemas, y a veces incluso, puede darse la falsa impresión de que el género y la interseccionalidad funcionan de manera independiente. De hecho, el género como construcción histórica y en nuestro entorno ha sido pensada y experimentada por mujeres cis y blancas y todo lo que de allí se desprende está matizado o filtrado por ese contexto histórico-social. Por ende, no van a poder ser replicadas tal cual nuestras interpretaciones en mujeres racializadas por el sistema. El género está siempre condicionado por la perspectiva colonial y la estructuración racial del mundo actual.

La interseccionalidad representa una potente herramienta analítica, de intervención social y política, necesaria para abordar la complejidad de las relaciones de poder, privilegio y desventaja, fruto de la interacción constitutiva de distintos ejes de desigualdad. El marco interseccional invita a articular el género con otras categorías de división social para atender a la heterogeneidad y a la desigualdad dentro del colectivo de las mujeres. Esto es una tarea

compleja que no puede reducirse a la mera incorporación de más “subgrupos” dentro de las políticas, sino que implica la transversalización de una serie de principios o claves interseccionales en las diferentes etapas que atraviesan las políticas públicas.

Para hacer esto de manera óptima hemos de tener en cuenta ejes adicionales de exclusión que impactan en la experiencia de las mujeres que consumen drogas y poder abordar también las intersecciones entre el patriarcado y la prohibición: dos formas de opresión sistémica. Se constata que el rango de las experiencias de las mujeres varía enormemente según factores como el estado de consumo de drogas, el color, el sexo, la etnia, la salud mental, la identidad de género, las creencias, la edad, la feminización de la pobreza, la nacionalidad, los procesos migratorios, los antecedentes penales y la situación de VIH, por nombrar algunos de ellos. Sin tener en cuenta las intersecciones entre estos factores, los obstáculos que se presentan en relación a abordar los ejes de exclusión por parte de los dispositivos y el impacto sobre las mujeres en el acceso a los derechos de ciudadanía, la discriminación y la exclusión continuarán operando.

Consideramos que las **Buenas Prácticas** deben ser medidas respetuosas con el propio proceso de la mujer, favorecer su autonomía, y contar con un enfoque basado en los derechos humanos e incorporar la perspectiva de reducción de daños en los diferentes aspectos

del abordaje que se esté llevando a cabo. Estas son las que sitúan en el centro la perspectiva de género e interseccional como modelo de comprensión, análisis y de atención que va a contribuir a la mejora de los programas y dispositivos que involucran a mujeres en situaciones relacionadas con las adicciones y/o consumo de sustancias psicoactivas, mujeres en situación de calle, con VIH+, VHC+ u otras ITS o enfermedades crónicas, en contextos de feminización de la pobreza y en situación administrativa y procesos migratorios, como ejes más frecuentes.

No se trata tanto de generalizar **Buenas Prácticas**, sabemos que hay modelos que pueden funcionar en unos entornos y en otros no, que no se pueden trasladar de la misma manera, ya que las necesidades de las mujeres pueden ser muy distintas. Nos gustaría poder abrir brechas donde la incorporación de estas buenas prácticas de manera parcial o total supongan mejoras en el trabajo que se está realizando. Difundir y extender los saberes compartidos y poder llegar a conseguir una mayor capilaridad en los diferentes territorios y proyectos.

Utilizaremos el término de **Violencias Machistas y no Violencia de Género**, ya que esta última se basa y reduce al ámbito de la pareja, no contemplando y por ende invisibilizando todas las demás violencias que están presentes en las mujeres con estas interseccionalidades. Las VM suponen una violación de los derechos

humanos a través de las violencias que se ejercen contra las mujeres, fruto de las discriminaciones y desigualdades en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Ejercidas por medios físicos, económicos o psicológicos, incluyen las amenazas, las intimidaciones y las coacciones, tanto en el ámbito público como en el privado, y tienen como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico. Las violencias machistas abarcan los ámbitos de pareja, familiar, laboral, social o comunitario, digital, institucional, vida política y esfera pública de las mujeres, educativo y otras formas que lesionen o puedan lesionar la dignidad, la integridad o la libertad de las mujeres.

Se pondrá el foco en las **Violencias Institucionales** y en el concepto de **Diligencia Debida**, en la intervención y el reconocimiento de las violencias machistas institucionales, desde un posicionamiento ético feminista. La Diligencia Debida es la obligación de los poderes públicos de adoptar medidas legislativas y de cualquier otro orden para actuar con la agilidad y eficiencia necesarias para prevenir, investigar, perseguir, castigar y reparar adecuadamente los actos de violencia machista y proteger a las víctimas (artículo 3.h de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista), como se señala en el [Protocolo Marco para una intervención con la diligencia debida en situaciones de](#)

[violencias machistas](#) del Departament d'Igualtat i Feminismes de la Generalitat de Catalunya. Es imprescindible que instituciones, servicios y profesionales de los diferentes sectores de intervención nos preguntemos, en todo momento, qué derechos se están vulnerando, cómo y por quién, y adoptar respuestas concordantes que eviten la revictimización y alcancen tanto la reparación como la prevención.

Elegiremos el término de **Mujeres que sobreviven a violencias**, por considerarlo un término que refleja la capacidad de agencia de las mujeres, sin obviar su condición de víctima específica ni del impacto que tienen las violencias en ellas. Ir más allá del concepto de víctima supone un reconocimiento de su parte activa en cualquier proceso o situación en la que se vea implicada y conlleva una mirada profesional o punto de partida en el que sea imprescindible partir del deseo que las atraviese, y abandonar la posición pasiva a la que a menudo se las ha situado.

Incidiremos en el impacto y repercusión que tiene el **Estigma** en diferentes niveles, desde el diseño de políticas hasta la revisión de los propios prejuicios y actitudes como profesionales. Especialmente en cuanto a la concurrencia de otras situaciones, entre ellas, violencias machistas, consumos problemáticos de sustancias, salud mental, sinhogarismo o VIH, entre otras.

Estigma que se refleja tanto en las actitudes cotidianas, como en la asunción de estereotipos y que da lugar a prejuicios que contribuyen a la exclusión de las mujeres y a la revictimización.

Estigma asociado a la exclusión que coloca a las mujeres que consumen drogas en una situación singular, donde se les restringe el acceso a los servicios de salud, mientras que se incrementa el riesgo de estar expuestas a violencias, a infecciones de transmisión sexual y/o sanguíneas y en general a un mayor deterioro de su salud física y mental.

El estigma que condiciona el relato de las mujeres porque se le da poca credibilidad y las descalifica cuando sufren y argumentan algún tipo de abuso o violencias, y contribuye a la victimización secundaria.

Consideraremos que la **Salud mental** es necesario abordarla teniendo en cuenta el impacto de los diferentes ejes de vulneración en las mujeres. Una mirada que no se centre en los aspectos diagnósticos psiquiátricos y por tanto en el abordaje farmacológico finalista. Una atención a la salud mental que sea consciente de que la medicalización del malestar de las mujeres es especialmente habitual, y que algunos problemas que tienen un origen social acaban recibiendo atención psiquiátrica, de manera que la actuación médica, lejos de abordar la etiología del problema, puede provocar daños en forma de

iatrogenia farmacológica y dependencias psicológicas. Comprender cómo el impacto de las violencias machistas, el sinhogarismo, la precariedad económica y la ausencia de vínculos afectivos estables y de calidad contribuyen al deterioro de la salud mental de las mujeres.

Se prestará atención a la inclusión de la **Reducción de Daños** en los abordajes, metodologías, servicios y políticas públicas como uno de los elementos claves, recientemente reconocida su importancia y que ha sido aprobada en la 67 Sesión Ordinaria de la [Comisión de Estupefacientes de la ONU](#) - órgano encargado de regular la política de drogas mundial-. Por primera vez se rompió el consenso de Viena incluyendo en la [declaración](#) el concepto de reducción de daños que fue aprobada por una gran mayoría de los países miembros. De hecho, gran parte de la incidencia para que el CND aprobase la entrada del concepto ha sido gracias a la sociedad civil y su propuesta de programas y alternativas enfocadas en los derechos humanos y en las personas que usan sustancias, distanciándose del paradigma hasta ahora imperante de un mundo libre de drogas.

Nuestra mirada, por tanto, se va a centrar en los diferentes discursos, vivencias, experiencias y propuestas, lo que dicen ellas y la mirada que aportan las profesionales implicadas en diferentes ámbitos y servicios. **Sin ellas nada sería posible.**

[Este documento pretende favorecer la difusión de las buenas prácticas profesionales en materia de atención a las violencias machistas en mujeres que acuden a centros de reducción de daños, otros dispositivos de atención a la adicción de sustancias psicoactivas y/o vinculadas a centros o albergues de emergencia social.]

2.LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

La investigación cualitativa realizada se ha basado en las siguientes *fuentes de información* y ha utilizado *diferentes instrumentos* de recogida de datos.

- a) Formulario de recogida de experiencias de BP profesionales en las 3 Comunidades Autónomas (CCAA) involucradas en la investigación (Andalucía, Cataluña y Comunidad de Madrid). El cuestionario se envió por correo electrónico a entidades, federaciones, agrupaciones y administraciones. Participaron un total de 10 servicios de diferentes tipologías.
- b) Entrevistas presenciales a mujeres a través de un cuestionario (muestra de conveniencia). Se seleccionaron las mujeres según unos criterios iniciales que podían tener un peso importante en la investigación, algunos de ellos fueron: edad, procedencia, situación administrativa, violencias vividas y tipo de vinculación a servicios. Las 6 entrevistas semiestructuradas a mujeres se realizaron en Cataluña (Barcelona). La participación de las mujeres fue remunerada.
- c) Realización de 3 grupos focales online con participantes de las 3 CCAA. Profesionales de diferentes servicios y de disciplinas y responsabilidades heterogéneas. Participaron un total de 12 profesionales de servicios de atención, formación, gestión, coordinación y/o dirección de programas.
- d) Cuestionario on-line, a través de [Liberforms](#), a profesionales para la identificación de las demandas y necesidades de participantes y los modelos de intervención en los diferentes servicios. Obtuvimos un total de 51 respuestas al cuestionario on-line de profesionales de los servicios en las diferentes comunidades autónomas de Cataluña (24), Madrid (6) y Andalucía (19).

3. AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las profesionales que han contribuido con sus experiencias a la elaboración de esta guía, por su implicación personal y profesional y generosidad.

[1.CAT] [Aloges](#). Grup ATRA. Sra. Chantal de la Fuente

[2.CAT] [CRI Galena](#). Associació Benestar i Desenvolupament (ABD). Sra. Esther Aranda

[3.CAT] [CAS Baluard](#). Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)/ Agencia de Salut Pública de Barcelona (ASPB) Sra. Aldana Menéndez

[4.AND] [Comunidad terapéutica La Muela](#). Fundación Emet. Sra. Carmen Niño

[5.CAT] [Consultora de género especializada en violencias](#). Sra. Carmen Vidal

[6.CAT] [Género y Adicción](#). Fundació Salut i Comunitat. Sra. Gemma Maudes

[7.MAD] [Género y Drogodependencias](#). Sra. Patricia Martínez Redondo.

[8.CAT] [g-360.org](#). Consultoría de género. Sra. Gemma Altell

[9.CAT] [Entornos de Cobijo para Mujerxs que Usan Drogas Sobreviviendo Violencias](#). Metzineres. Sra. Aura Roig

[10.MAD] [Jefatura del Departamento de adicciones en la dirección general de Madrid](#). Sra. Maria Ruth Olmos Espinosa

[11.CAT] [Pisos terapéuticos para mujeres](#). AAT. Sr. Guillermo Seminara

[12.CAT] [Projecte Eunice](#). Associació INVIA. Sra. Irene Andrés

[13.AND] [Sexo 0.0](#). AOCD. Asociación Olontense Contra la Droga. Sra. Alba Lezcano

A todas aquellas profesionales que han contestado el cuestionario on-line de manera anónima.

Y por último, agradecer la aportación personal de las mujeres que han realizado las entrevistas y que a través de sus historias de vida han proporcionado su opinión sobre el consumo de drogas, violencias vividas, vulneraciones de derechos, vinculación a recursos... y otras experiencias, sobre todo desde su deseo de cómo quieren ser tratadas.

4. LOS DISPOSITIVOS

4.1. ASPECTOS RELEVANTES

El abordaje de las interseccionalidades en la diversidad de dispositivos presenta aún muchas dificultades debido a la complejidad en sí de las situaciones que atraviesan a las mujeres, y en parte a causa de la parcialización y especialización de los servicios, que sin pretenderlo acaba provocando una rigidez y por tanto un desajuste y poca permeabilidad a las necesidades que presentan las mujeres.

Los procesos migratorios son vitales para entender no solo la cronificación de muchas de las vulnerabilidades que acompañamos, sino también los diferentes abordajes o posibles planes de trabajo que se puedan iniciar de manera conjunta. Entender cómo las personas migradas (inmigrante o emigrante) se han sentido en el territorio de acogida puede ser igualmente valioso para conocer posibles desconfianzas del sistema, el histórico de violencias, normalización de las violencias y de las discriminaciones, así como de la institucionalización de las problemáticas, basadas en las experiencias de contacto previo con diferentes servicios.

Los relatos de las mujeres ponen de relieve que el hecho de estar en la calle agrava significativamente su situación de vulnerabilidad y exposición a las violencias, ya que utilizan las estrategias que tienen para

conseguir lo básico y salir de la calle: aceptar trabajo sexual a cambio de dinero o drogas o entrar en pisos de consumo y hacer acuerdos que luego vienen acompañados de violencia para no dormir en la calle; aumento de consumo; etc.

“(...) porque, bueno, la comodidad obviamente o como es el día a día ya eso es terrible para tu cuerpo, porque bueno necesitamos un lugar suave... El problema es de los huesos de la comodidad de la cadera es, bueno, lo típico de buscar como cartones o como comodidad...”
[Mujer 5]

Son necesarios recursos específicos para las mujeres que cubran sus necesidades habitacionales, con modelos integradores, sin etiquetas, ni diagnósticos previos limitantes. Estos recursos deben poder proporcionar un espacio de acompañamiento, poniéndolas a ellas y no al consumo en el centro, e incorporar estrategias relacionadas con los consumos (reducción de daños, abstinencia, tratamientos sustitutivos...) como uno de los múltiples abordajes que podemos ofrecer como profesionales, no ser el eje central.

Observamos a través de las mujeres entrevistadas que no hay una manera lineal de relacionarse con la droga, y que las respuestas no son todas negativas. Hay maneras diferentes de conectarse con el consumo y, considerando que esta relación se puede dar tanto a raíz de su contexto social (condiciones de vida, trabajo sexual), como con aspectos psicológicos

(soledad, traumas...), resulta pues evidente que el tema del consumo de drogas no debe ser el foco de la atención profesional. La manera personal como cada una se relaciona con la droga nos presenta mundos tan distintos y cambiantes, que la vida de la mujer debe ser comprendida de manera holística e integral, entendiendo su demanda.

En cómo se definen las mujeres que consumen, vemos que casi todas usan características comportamentales despreciativas asociadas al estigma, vinculadas muchas veces con la vida en la calle, diciendo que son mujeres que están locas, descontroladas, como una furia, haciendo un paralelo con lo que consideran la “normalidad”. Afirmando también que tienen adjudicados diferentes etiquetas sobre sus procesos emocionales como *mujeres consumidoras*, clasificándolas como “dependientes emocionalmente”, “con carencias afectivas”, “con baja autoestima” y “con traumas infantiles”, entre otras atribuciones.

La diversidad de profesionales y recursos que han participado en la investigación muestra también la variabilidad de los territorios y modalidades de intervención basadas en objetivos y metodologías diferenciadas. Algunas se basan en el mantenimiento de la abstinencia, en la recuperación e inserción socio-laboral, otras en cambio están basadas en la reducción de daños, desde servicios *outreach*

o de proximidad, a espacios de libre acceso, o residenciales que contemplan el acompañamiento en el consumo supervisado, principalmente, en entornos urbanos.

“A partir del 2021 decidimos presentar un proyecto a diferentes subvenciones destinado al acompañamiento de mujeres supervivientes de violencias machistas con problemas de adicción o patología dual.” [12. CAT]

“En mi territorio no existen recursos específicos de mujeres. No hay un recurso como tal en el que esté ligado a las adicciones y a la atención desde las adicciones que lo sostenga o que le preste ese servicio, siempre tienen que ser que se incluyó en la parte mixta (...) Nos encontramos que las mujeres no llegan y no van a los recursos entonces.” [13. AND]

Más allá del consumo, la atención a las violencias machistas, la necesidad de incrementar los lugares de cobijo, los dispositivos o espacios de libre acceso, que se alejen de modelos profesionales de superespecialización, van a posibilitar la visibilidad de las mujeres y por tanto su acercamiento y una atención desde las múltiples interseccionalidades que presentan. Cambios en la metodología, pero también cambios de mirada e ideológicos, en definitiva.

“Nuestro modelo de convivencia asume a mujeres que están atravesadas por múltiples intersecciones y, por lo tanto, no es que nos hayamos especializado en las drogodependencias... Es decir, nuestro modelo de intervención se basa en poder acompañar a la

mujer, sea cual sea sus intersecciones, y trabajar de forma conjunta con la red de drogodependencias. Podemos hablar de modelo integrador: trabajamos desde un modelo integrador de colectivos y, por lo tanto, significa que nuestro modelo de convivencia asume a mujeres que están atravesadas por múltiples intersecciones. Es decir, nuestro modelo de intervención se basa en poder acompañar a la mujer, sea cual sea sus intersecciones, y trabajar de forma conjunta con la red de drogodependencias.” [12. CAT]

A veces puede resultar difícil diseñar nuevos proyectos, dispositivos, estrategias vinculadas a subvenciones públicas, debido a la sectorización (departamentos, fuentes distintas de financiación) de las mismas, la separación de líneas de financiación (atención a las violencias machistas, a las drogodependencias, al sinhogarismo, a la salud mental, recursos residenciales...) para hacer frente a las necesidades de las mujeres. Las necesidades de las mujeres no entienden de parcialización y por tanto serán necesarios avances en este sentido.

Las políticas públicas han de reconocer la necesidad de generar dispositivos integrados y acordar la financiación que mejor se ajuste al abordaje de los diferentes ejes de vulnerabilidad, una aproximación desde la interseccionalidad. Se deben aplicar de una manera efectiva la co-creación de políticas públicas que tengan en cuenta todas las partes (profesionales, mujeres, comunidad); estas

políticas que a través de principios de horizontalidad y transversalidad se adapten de manera ágil a las necesidades cambiantes, que estén contextualizadas a cambios sociales y económicos y también a situaciones emergentes de carácter urgente.

4.2. DIFICULTADES Y EXCLUSIONES

Todas las mujeres entrevistadas para el estudio relatan en sus entrevistas situaciones de violencia física, psicológica, sexual y, de alguna manera, institucional. La frecuencia no es menor que una vez a la semana, siendo dos de ellas que relatan violencia diaria y una que dice ser puntual. Los agentes que perpetúan esta violencia suelen ser: pareja/ex pareja, familiares, desconocidos, personas implicadas en el reparto o venta de drogas y vecindario.

De manera general vemos que las entrevistadas tienen un historial de violencias que atraviesa diversos momentos de la vida, empezando desde poca edad hasta el día actual. Se destaca el hecho de que los relatos de violencia aparecen durante todo el relato, no solo en las preguntas relacionadas con el tema, sean los procesos migratorios, las vivencias relacionadas con la maternidad, los antecedentes de las situaciones de vulnerabilidad, la infancia. Preocupan no solo la variedad de relatos como la frecuencia en que la violencia está presente en sus vidas cotidianas. Igualmente se observa

en ellas una normalización de conductas sexuales abusivas o de agresiones recibidas.

Las agresiones sexuales grupales también aparecen de manera repetida en los relatos, no como algo extraordinario, sino como una preocupación muy presente en su cotidianidad, especialmente por la situación de sinhogar o de calle y durante las negociaciones relacionadas al uso de droga.

Las mujeres migradas relatan una mayor sensación de violencia policial hacia ellas, mientras las mujeres españolas parecen sentir que esta violencia es más direccionada a los hombres que a las mujeres. Aunque haya un número de entrevistas muy por debajo de un mínimo necesario para sacar conclusiones más asertivas, denotamos que todas las mujeres cis relataron violencia por parte de exparejas sexuales (padres de sus criaturas) con quien han estado por varios años, mientras que las mujeres trans tienen más relatos de violencias ejercidas por otras personas (incluyendo familias en el país de origen). Casi todas las mujeres cis han estado en casas de acogida para mujeres víctimas de violencia machista.

De las entrevistas se extraen también otros datos que son relevantes. Las mujeres no suelen pedir ayuda en situaciones de violencia. Alguna también describe que cuando recibe estas violencias los recursos a los que ella suele ir no están abiertos (por la noche). Tienen

miedo a no ser creídas o cuestionadas por su consumo.

“La racialización no la vemos demasiado en este colectivo. Sí que la vemos, pero no es la habitual. Tampoco es la habitual que pertenezcan a etnias minoritarias.” [12.CAT]

Existen y persisten las barreras de acceso a los servicios especializados en violencias machistas especialmente en la atención a mujeres que usan drogas y que además presentan otras interseccionalidades: mujeres trans, mujeres con sintomatología de enfermedad mental, mujeres que ejercen la prostitución, mujeres en situación de trata o bien mujeres en situación de calle, mujeres migrantes... La adecuación de los servicios a estas mujeres también podría mejorar y favorecer la interacción con ellos y la creación de vínculos con los equipos y profesionales para el acompañamiento y recuperación.

“Sabíamos que las mujeres consumidoras en situación de calle que acababan de sufrir un episodio de violencia grave o no tan grave eran rechazadas de los circuitos de protección ordinarios. Entonces, al principio de una forma muy informal, porque no lo dijimos a nadie, y ahora ya, muy formalmente, tenemos dos habitaciones bloqueadas para dar esta atención de urgencia.” [2.CAT]

Otro factor de posible exclusión para poder acceder a servicios públicos con la que topan las mujeres es con el requisito de estar empadronadas y/o estar en situación

administrativa regular. Este requisito excluye a gran parte de las mujeres migrantes que podrían usar estos recursos y que además se encuentran con otras barreras adicionales para acceder a los recursos y a los tratamientos en particular. Entre ellas podemos citar las dificultades sobre el conocimiento del idioma del país de acogida, las prácticas religiosas o culturales, y también las que se relacionan con las experiencias reales o percibidas de racismo y discriminación y aquellas que especialmente asocian el consumo de sustancias, actividades delictivas y migración.

“Las causas que tienen pendientes, eso dificulta, como también el tema de... son menos casos los que vemos, pero de mujeres de otras procedencias, todo el tema documental. Es decir, tenemos mujeres que hace 40 años que están en territorio y que no tienen documentación y bueno, es inviable, y más si tienen causas pendientes, sobre todo de la época en que han estado en una situación de carrera. Estas situaciones, no diría tanto el tema económico, porque eso evidentemente es una dificultad, pero el tema judicial y el tema que os comentaba, de que si no hay documentación. Y por tanto están expuestas totalmente a las violencias masculinas de nuevo. Es decir, es automático. Estas serían situaciones que complican lógicamente el proceso de agencia de la mujer.” [12.CAT]

El exceso de burocratización y el aumento de los procedimientos digitalizados provocan también un menor contacto profesional basado en el acercamiento personal y que hace que vaya perdiendo su papel vincular y operen en mayor grado las violencias institucionales.

“Todo está burocratizado, cada vez más digitalizado, de forma que el contacto personal va perdiendo, va perdiendo, va perdiendo. Y creo que eso también es una super violencia para ellos. Es decir, cada vez son más números y son menos personas.” [11.CAT]

La necesidad de la existencia de recursos de cobijo, de libre acceso, con apertura de 24 horas, sin obligatoriedad de derivaciones profesionales previas, se hacen cada vez más indispensables y podrían constituir una mejora en el acceso de las mujeres a los diferentes dispositivos y ser complementarias de otros dispositivos que contemplen diferentes tipos de necesidades y objetivos.

“No sabía que existía esto. Yo hasta el día de hoy me ocupo de las mujeres que a mí me parecen que necesitan un lugar o un apoyo como este, que lleguen a conocerlo. (...) Que hace falta la publicidad. Hace falta porque muchas mujeres sufren hasta el día de hoy por no saber que existe algo así.” [Mujer 3]

“Desde mi experiencia desearía la creación de recursos residenciales abiertos, en contextos rurales, en los que poder conectar con el proceso de cada mujer y respetar sus límites y sus tiempos. Procesos conectados con sus deseos y en los que trabajar la dimensión comunitaria y política.” [5.CAT]

“No pusimos criterios de exclusión, entonces, acabamos atendiendo a todas. Y ahora mismo es una bomba de relojería, ya que no podemos tener especialistas en todos los temas, entonces intentamos buscar recursos que puedan dar

soporte a problemáticas que nosotras no podemos abordar.” [9. CAT]

“Estaría bien que la red de recursos fuera tan amplia como la necesidad marca, los albergues por ejemplo están muy bien, pero no hay albergue por las 1200 personas que están viviendo en la calle. Estamos haciendo de parche y en vez de esto tendría que haber recursos que pudieran abordar toda la problemática.” [2. CAT]

Es indispensable, además, mencionar las dificultades que conlleva que la mayoría o gran parte de los recursos y dispositivos sean gestionados a través de entidades del tercer sector y que estos se sostengan a través de subvenciones públicas, circunstancia que aumenta la inestabilidad económica de los programas y por tanto pone en riesgo la continuidad del trabajo que se realiza. El sistema de financiación a través de subvenciones presenta déficits, ya que aún no se ha adaptado a la lógica de los abordajes interseccionales y persiste la parcialidad en las temáticas y colectivos.

“Los proyectos por colectivos, porque es por cómo lo que entiende la administración, que es lo que hay, tenéis que hacerlo, pero yo lo que quiero es que podáis pensar o podamos pensar desde otro lugar, porque a mí eso me parece como una forma de analizar lo que tiene la interseccionalidad.” [7. MAD]

Los planes estratégicos gubernamentales y autonómicos aún no responden en su totalidad a un enfoque de género e interseccional, y por

tanto no analizan los diferentes impactos que se derivan de ellos e impiden realizar atenciones transversales a las mujeres. Esto conlleva a que las mujeres deben acudir a diferentes servicios para poder ser atendida a todas sus necesidades, implicando la revictimización al volver a contar lo sucedido en diferentes espacios y profesionales, incrementan las esperas en las atenciones y dilatan la resolución de las demandas.

“En nuestro caso diría que es una intersección entre transfobia, putofobia, drogofobia, capacitismo, etcétera. Respecto a los protocolos, el hecho del uso de drogas es una de las principales barreras de acceso a todos los otros servicios que realmente actúa como una fuente para todas las otras causas estructurales de exclusión.” [9. CAT]

“Es decir, de esta vorágine en la que se encuentran de necesidades y de angustia, de alguna manera, a nivel emocional, poder acompañarlas. Y, a partir de que ellas comiencen a visualizarse como que realmente pueden elegir y pueden decir lo que quieren y comenzar a caminar, aquí sí ya comencemos a trabajar como la resta de las mujeres, las invitamos a poder hacer un plan de mejora.” [12. CAT]

4.3. LAS VIOLENCIAS

Todos los profesionales que han participado en la investigación suponen aspectos relevantes a considerar en las mujeres en relación con las situaciones que generan mayor vulnerabilidad. Consideran relevante atender las **Violencias**

Machistas, y en especial las sexuales, las institucionales y las que se producen en el ámbito de las parejas afectivo-sexuales.

“La necesidad de un recurso específico para mujeres la gran mayoría de las mujeres con adicciones sufre violencia de género. Tenemos un estudio propio que establecía que el 80% de las mujeres consumidoras habían sufrido en algún momento de sus vidas violencia de género o la estaban sufriendo en ese momento. Entonces nos encontramos con que la red de drogas y la red de violencia de género, por lo menos en Andalucía, están separadas: la mujer adicta con problemas de violencia no puede acceder a una vivienda de acogida por el hecho de ser adicta porque es un motivo excluyente, y tienen que irse a una comunidad recuperarse para poder acceder luego a una vivienda de acogida.” [4. AND]

Con lo expuesto anteriormente, volvemos al tema de la importancia de tratar lo que hay de fondo (violencias machistas, falta de red de apoyo, estigmas...) no lo que hace ruido (el consumo). Reconociendo la importancia de la accesibilidad a recursos que aborden el fondo de estas cuestiones conectando con sus necesidades individuales. Lo que podemos resaltar también en las reflexiones que las mujeres hicieron en las entrevistas sobre las miradas estigmatizantes hacia las personas que usan drogas como personas a ser “diferenciadas” de lo que sería lo “normal”.

“El estigma con relación al consumo parte de la dificultad para comprender que en ocasiones la evasión de la realidad es imprescindible para

poder sostener la vida. Debemos acoger esta dimensión para poder trabajar el consumo responsable primero y luego, si cabe, la deshabituación.” [5. CAT]

“Donde realmente no se sienten etiquetadas de una manera o de otra, sino que puedan venir desde toda su complejidad en este sentido. Sin una etiqueta que las marque específicamente... Y yo creo que ponerlas a ellas en el centro. Sin que estén segmentarizadas.” [9. CAT]

“Por lo menos la experiencia a mí me dice que el dar un espacio, dar un lugar, ya sea una actividad específica, un proyecto lo que sea, da lugar a que con estas mujeres podamos poner en palabras cosas que ellas a las cuales atraviesan su vida cotidiana pero que muchas veces no han tenido la oportunidad de poder hablar de esto y ponerle conciencia también cuando empezamos a hablar se le pone conciencia, podemos pensar cosas para afrontarlas.” [4. AND]

Cuando indagamos sobre las situaciones de riesgos que pueden vivir las mujeres a diferencia de los hombres, casi todas coinciden que las situaciones de riesgo más elevadas en mujeres que en hombres son las violencias sufridas.

En relación con las diferencias al consumir entre hombres y mujeres las mujeres consideran que hay muchas, en especial con las mujeres cis. Describen que el consumo viviendo en calle se rige por la ley del más fuerte y eso hace que las mujeres se sientan más vulnerables, se sienten intimidadas. No hacen alusión a los efectos de las sustancias o a la

manera de cómo consumen las drogas, no es un tema que represente diferencias importantes para ellas, más bien en los mecanismos de control sobre las mujeres y agresiones por parte de los hombres que se encuentran en estos entornos de consumo y de calle.

A pesar de nuestra mirada profesional de que las mujeres pueden ser más vulnerables con el uso de drogas comparado con los hombres, las respuestas de las mujeres asumen una característica más comportamental, o sea, hacen un análisis más bien relacionado de *cómo* la droga impacta la persona que la usa de manera individual y no de manera colectiva. Esto no quiere decir que no haya relatos de violencia, al revés, los relatos están presentes en todas las entrevistas. Sin embargo, no salen como respuesta directa a la pregunta de las diferencias entre mujeres y hombres, sino cuando la droga y la violencia son puestos juntos en la pregunta, de manera más explícita: *¿Hay alguna situación de riesgo que es más habitual que pase más con mujeres que con hombres?* A esta pregunta sí que las respuestas fueron, en general: violación y las agresiones físicas y sexuales.

Que las mujeres sufren más violencias que los hombres es, desafortunadamente, una realidad que no se restringe al colectivo entrevistado. Aun así, es interesante ver que la asociación directa de esta violencia solo se da si está inducida de alguna manera por la persona

entrevistadora. Esto puede ser, tanto por una normalización de la violencia en este ámbito, o simplemente porque el tema no es tratado de manera habitual con estas mujeres, o sea, trabajar la violencia de manera transversal sigue siendo un reto.

Algunas mujeres entrevistadas se molestan con la asociación que podamos hacer del consumo de drogas con la violencia, ya que la situación de calle les parece estar más bien asociada a la vulnerabilidad que puede generar el entorno de violencia que el uso de droga *per se*.

“Debes aprender a lidiar con esto de la mejor forma porque bueno no quieres ser lastimada entonces he aprendido cómo manejar la violencia con un poco de sutileza porque creo que es la mejor forma porque si respondes la violencia con más violencia en el caso de hombres los hombres son como o sea van a hacer siempre más violentos sí o sí entonces es como he hecho el análisis (...).”
[Mujer 5]

“Porque siento que en algún momento me van a robar. Y aunque me sienta en un entorno seguro, siento que aquí habrá alguien en mi entorno seguro que me pueda robar. Que... que me violen. Siento que a veces me van a violar. Me da miedo que me despierte un día y tenga un tío delante y el tío no sea de mi grado y lo rechace. Y me pegue, y me pegue brutalmente, ¿sabes? Y así que intento no dormir mucho. Aunque me muera de sueño.”
[Mujer 6]

“La prioridad para nosotros es la recuperación psicoemocional y psicosexual. Es decir, si no se hace un trabajo de acompañamiento o de mejora,

o un inicio de mejora, porque no todas las mujeres pueden hacer un trabajo en este aspecto.” [12.CAT]

Otro aspecto de coincidencia relatado por las profesionales es la importancia de la creación del vínculo emocional con las mujeres como herramienta más efectiva para poder generar cambios. La comunicación no verbal es un elemento importante en la creación de vínculo, ser conscientes de gestos y códigos a evitar, que pueden generar ese sentimiento de inferioridad (manera de mirar a la mujer, manera de hablar, decidir por ellas, decirles qué es lo mejor para ellas...).

“Creo que como profesionales también nos especializamos tanto que a veces seccionamos toda esta vida de la mujer y se acaba difuminando toda esta historia, al final el vínculo emocional es el que marca la diferencia.” [1.CAT]

“O sea, una manera de actuar un poco brusca, insensible. ¿Sabes qué quiero decir? Más tacto, algo más... Son personas que han sufrido, o que sufren. Se tiene que tener empatía, se tiene que tener humanidad... Bueno, cada vez vosotras, todas ellas, me decían. Es que me darían un abrazo, ven para acá, o sea, tengo muchos ejemplos. Un poco el afecto. El simple hecho, que te den su tiempo y te escuchan. Es un tesoro bendito. (...) todos tenemos nuestras capacidades o virtudes, pero acercarse más a la realidad puede ser la única forma de que te empatices realmente desde las entrañas.” [4. Mujer]

Atenciones horizontales en vez de verticales. De las entrevistas realizadas a las mujeres, se recoge en muchos casos el sentimiento de

inferioridad frente al/la profesional. Para poder generar el vínculo es necesario realizar las atenciones desde la horizontalidad, observar qué gestos pueden estar generando ese sentimiento de inferioridad (manera de mirar a la mujer, manera de hablar, decidir por ellas, decirles qué es lo mejor para ellas). También reclaman tener más información sobre los servicios que existen; derecho a ser informadas de todos los servicios que ellas puedan acceder.

En los comentarios de las mujeres entrevistadas también se incide en la importancia de la empatía como herramienta esencial para una buena atención.

“Que yo a ellas les he dicho, en general, que se pongan en nuestra piel, pero de verdad, que hagamos un cambio, ¿vale? Tú déjame en tu casa, yo duermo, hago la cena, estoy con los niños, lo que sea, y tú vete a la calle y búscate la vida como yo la busco, para que entiendan un poco que muchas veces esas prisas por... El horario es el horario.” [2. Mujer]

Para generar buenas atenciones es necesario realizar una escucha activa de las necesidades, objetivos y perspectivas que tiene la mujer con su propio proceso. Las mujeres deben ser sujetos activos y tomar decisiones. Respetar estas decisiones generan mayor autonomía y sentimientos de ser escuchadas y valoradas por igual que otro profesional. De manera inconsciente y/o por las metodologías que se aplican, podemos ejercer también violencia institucional, cuando no permitimos que sean

las propias mujeres las que tomen las decisiones pertinentes para su proyecto o vida.

“Dar valor en el conocimiento y la experiencia de esta persona por encima del conocimiento profesional.” [9.CAT]

“La violencia es un síntoma o mecanismo adaptativo esencial para sobrevivir. Hay que mirar qué ha movido esa violencia y desde donde está saliendo esa emoción.” [2.CAT]

Sobre la atención profesional, vemos que no son todas las mujeres que buscan ayuda con relación al consumo de drogas, aunque tengan relación previa con entidades especializadas en el tema. Esto se da tanto por entender el consumo como un tema personal, como por desconfianza de las instituciones o también por el estigma y el trato recibido por parte de los profesionales. La muestra de mujeres que han respondido a las entrevistas es baja para hacer un análisis más ajustado a la adecuación de la atención recibida en servicios especializados en droga, pero se puede extraer que todavía hay una mirada estigmatizante sobre la mujer que usa drogas.

Vemos que la mayoría de las mujeres entrevistadas están en situación de exclusión social ya cronificada, considerando que ya han pasado por diversos servicios de atención y de acogida que no han logrado mejorar o sostener posibles mejoras en sus condiciones de vida. Queda la duda si estos servicios se coordinan, o cómo hacen el seguimiento de sus atenciones,

considerando que hay temas relacionados con las violencias y el uso de sustancias, temas transversales que aparecen en los relatos, y que no están abordados de manera integrada.

Confiar en que las mujeres son capaces de saber qué pueden o no hacer o soportar y qué quieren hacer o no. También si algo les funcionará o ya saben que no. Confiar en la decisión de la mujer, incluso si su decisión es volver al entorno violento..., o no irse de la manera que se les propone. Debemos contar con las habilidades de las mujeres para poder sostener esas situaciones o salir de ellas. Hay que recordar que, como profesionales, estamos llevando a cabo un acompañamiento que debe ser respetuoso con las decisiones de las mujeres.

“Las drogas anestesian muchas cosas, también los daños que sentimos por la vivencia de las violencias machistas... Dejar de consumir muchas veces significa conectar con el dolor, que es insoportable sin un acompañamiento y unas condiciones adecuadas para poder afrontarlo. No podemos pedir que dejen el consumo si no ofrecemos un lugar seguro para sanar el dolor.” [5.CAT]

4.4. LA PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES

La participación efectiva de las mujeres en su propio proceso vital y/o terapéutico sigue siendo una asignatura pendiente, aunque

diferentes recursos implementen de manera ideológica, de forma experimental, de manera restringida o puntual algunas formas de participación de las mujeres. Contar con ellas representa también un valor añadido para la difusión del trabajo que se realiza, de su experiencia y la capacidad que tienen de transmitir saberes e informaciones entre sus "iguales".

"La importancia de buscar maneras de incorporar las mujeres, como referentes. Implementarlas como parte del equipo, como técnicas comunitarias, intentar aplicar de múltiples maneras creativas, para que las usuarias puedan ampliar las formas de participación comunitaria, puesto que esto puede ayudar con el estigma y con todas las problemáticas que se encuentran." [9.CAT]

"Yo creo que podemos hablar de mecanismos fijos, entonces, pues yo qué sé, que, si hay una asamblea semanal, que los planes de trabajo o de propuestas de vida, que sean, digamos, protagonizados por las mujeres." [8.CAT]

"Yo hasta el día de hoy me ocupo de qué las mujeres que a mí me parecen que necesitan un lugar o un apoyo como éste, que llegan a conocerlo. (...) Que hace falta la publicidad. Hace falta porque muchas mujeres sufren hasta el día de hoy por no saber de qué existe algo así." [Mujer 3]

Escuchar a las mujeres para comprender sus realidades y valorar sus estrategias de supervivencia para sobrellevar las violencias en la calle. Los mecanismos concretos son importantes, pero al final es poner en el centro

la escucha constante. Elaborar planes de trabajo de manera unidireccional es una práctica a abandonar, ya que además de ser considerada intervencionista, es también paternalista. Las mujeres deben aportar y/o tener el espacio y la oportunidad para decidir sus objetivos y tiempos. Debemos preguntarles e incorporar en la medida de lo posible sus aportaciones, sugerencias y escuchar también sus críticas.

"El día a día como mujer, en la calle es un infierno. O sea, yo, en mi caso, me siento continuamente observada, continuamente asediada. (...) También físicamente (...) Siento una ansiedad horrible. Intento huir de todo el que sea entornos donde están llenos de gente. Me dan mucha ansiedad. Noto miradas, noto... yo que sé, quizás comentarios o no sé... Noto violencias y agresiones que van desde las miradas hasta las físicas. O sea, me siento... muchas veces siento miedo. Siento miedo." [Mujer 4]

"Ellas pueden hacer propuestas directas al equipo. Semanalmente tenemos una reunión de equipo y tenemos un espacio de propuestas de las pacientes, ¿no? Y intentamos dar respuesta a todo lo que ellas van planteando y luego también realizamos encuestas de satisfacción tanto si abandonan el programa como si se van de alta terapéutica. Les planteamos un poco qué es lo que ellas han necesitado, qué mejorarían y también intentamos incorporarlo." [4.AND]

"Es verdad que siempre estamos constantemente preguntándoles, oye ¿qué creéis que para el programa necesitáis, o qué creéis que podemos montar a nivel de talleres? Que ya os digo, talleres

incluso en el propio espacio de trabajo sexual... Porque nos dicen a lo mejor, pues ahora han entrado no sé cuántas chicas y necesitan información.” [13. AND]

“Empecé a hacer actividades, también, artísticas, que también hago aquí, que me hacen distraerme completamente de mi mente de todo lo malo, y todo lo malo lo acabo convirtiendo en bueno en aquel momento, no se. Es como que todo cambia. Mi perspectiva, no sé, es como muy terapéutico, y me encanta.” [Mujer 4]

4.5. LAS MATERNIDADES

El abordaje de las maternidades, en mujeres que usan drogas especialmente, comporta superar por una parte dificultades y retos profesionales para que los acompañamientos o *intervenciones* que se realicen no reproduzcan más violencias, muchas de ellas institucionales.

“Lo que vengo a decir es que la maternidad, muchas veces no son maternidades deseçadas, llegan por circunstancias de la vida diversas, a veces el proceso de dejar de consumir espanta y a veces incluso hay recaídas en consumos que se han abandonado por confrontarse a estos hijos por el mandato de la maternidad. A veces algunas pueden tener ganas de recuperar el vínculo y otras no. Yo lo quiero decir también porque también debemos poder aceptar que hay mujeres que aunque sean madres no quieren ser madres.” [8.CAT]

Este abordaje debe conseguir el equilibrio entre dar soporte a las mujeres en las

decisiones que quieran o puedan adoptar, en ese momento, respecto a continuar o no con el embarazo y poner el foco también en la asistencia al parto y por tanto de las consecuencias que se deriven (crianza, tutelas, adopción).

“El embarazo, en el libro de familia pues esta conocida como ex-cocainómana, ex-heroinómana. Yo estaba sana, mi niña sana parto normal, la niña sana tercer día las dos de alta, no hay nada de eso.” [Mujer 1]

“El tema de la maternidad es muy doloroso en ellas, muy... Y, efectivamente, hay mujeres que no manifiestan su deseo, pero las que lo hacen... Bueno, tienen una situación muy difícil.” [12.CAT]

Sin duda abordar estos aspectos pueden ser especialmente críticos y difíciles en la escucha y acompañamiento profesional. El consumo activo de las mujeres y vinculado al embarazo, a los problemas de salud mental, a las violencias sexuales y a la situación de calle exigen un abordaje multidisciplinar y de coordinación efectiva, no invasiva, y en el que operen diferentes servicios también desde una óptica de reducción de daños y de derechos sexuales y reproductivos.

“Es imprescindible erradicar el juicio de malas madres, hacer lugar a la maternidad como experiencia sobrevenida y no deseada y acompañar desde lo concreto. Es importante tener espacios seguros y confiables para poder reconocernos las cargas que trae la maternidad y salirnos de los discursos publicitarios y

patriarcales que imponen a las mujeres la abnegación y la cancelación de su identidad y sus necesidades concretas.” [5.CAT]

“Yo sumaría algo que las atraviesa, el tema de salud mental, todas las dificultades que hay también a nivel del abordaje y el acompañamiento de salud mental, toda la dificultad con la que nos encontramos en la coordinación con dispositivos específicos de salud mental. Luego también para añadir un tema que tiene que ver con la maternidad: el acompañamiento a la maternidad si son mujeres que han tenido hijos, si han pasado por procesos de judicialización el acompañamiento a la salud sexual y reproductiva a las interrupciones de embarazo.” [3. CAT]

Es necesario poner en el centro esta cuestión, valorar las implicaciones que tiene en cada mujer, y poder hacer frente a los estigmas, consecuencias y, en definitiva, violencias institucionales que comporta, tanto a nivel de malas praxis, como por omisión de acciones y responsabilidades. Esto conlleva el hecho de poder proporcionar una atención centrada en las mujeres, no exclusivamente en las criaturas como se suele hacer, y no siempre atendiendo a los deseos de las mujeres. Las maternidades en plural no son genéricas, será necesario abordar estos temas con las mujeres y por tanto respetar y acompañar sus decisiones y sus dudas.

“Mucha soledad, mucha soledad. Mucho estigma, autoconceptos muy negativos, autoestimas muy dañadas y, sobre todo, la presencia de violencia sexual en todos los casos.” [12.CAT]

4.6. EL CONSUMO Y LA SALUD MENTAL

Los consumos que realizan las mujeres se producen en diferentes contextos, tienen diferentes motivaciones, transcurren en diferentes momentos vitales y no siempre las problemáticas asociadas al consumo tienen que ver con la voluntad ya que en muchas de ellas la prescripción médica es incuestionable.

“Serían la salud mental, la pobreza, el sinhogarismo y, sobre todo, y con las mujeres que son madres, maternidad en solitario cuando no se han producido retiradas. Es decir, que, en resumen, el tema de la salud mental, de la precariedad.” [12.CAT]

El consumo de las mujeres va a adoptar en muchas ocasiones la obtención de placer, más allá de sus consecuencias indeseables, y va a ser también un recurso válido para sostener sus malestares y las violencias con las que conviven. Es notoria la necesidad a nivel profesional de realizar diagnósticos clínicos de salud mental, y también la facilidad con los que se emiten y ofrecen una explicación acerca de lo que les ocurre, que a veces resulta hegemónica. El abanico de diagnósticos suele ser amplio y pueden incluir desde trastornos de personalidad a otros trastornos mentales de diferente gravedad, a los que se va a dar respuesta principalmente medicalizada. Eso no significa que la prescripción de fármacos no sea oportuna, pero debemos plantearnos sí una vez

más se responde de manera farmacológica a los malestares de las mujeres, a qué necesidad responde y si podemos revertir estos procesos que conllevan una mayor vulnerabilidad y aislamiento social.

Una de las experiencias profesionales recogidas ha sido la incorporación de estrategias como la psicoeducación farmacológica en el trabajo que realizan con las mujeres. Estas pueden resultar efectivas en el abordaje sobre salud mental y adicciones. Diversos estudios y experiencias también muestran una reducción significativa de reingresos hospitalarios y recaídas a partir de la intervención psicoeducativa, así como el incremento del cumplimiento y adherencia en el tratamiento. Debido principalmente al empoderamiento respecto a la enfermedad y las adicciones y a la mejora de su autonomía y autoestima. También se ha trabajado en modelos de intervención grupales que favorecen la empatía y cohesión entre las personas que los conforman y una mejora en la salud mental como consecuencia del fomento de las redes de soporte mutuo.

“(La droga) es mi compañía, es mi amiga. (...) Es mi satisfacción, es mi orgasmo, es mi vida. Es feo, bueno, es un poco... Feo no, es un poco triste decirlo, pero...” [Mujer 2]

“Aquí nos llegan mujeres hiper medicalizadas y al final las han mirado con una mirada androcéntrica, las han empezado a dar medicación y a hacer una serie de diagnósticos que no son acorde con toda la mochila que carga esta

mujer. Entonces aquí cuando llegan y encuentran este espacio de inclusión y de empoderamiento empezamos a ver que la reducción de medicación se da de manera natural según va siguiendo el tratamiento (...) Sí que creo en la necesidad de no hacer parcelas de cada cosa que le pasa a la mujer porque al final tiene una historia de vida y hay que ponerla en primera persona (...) Creo que como profesionales también nos especializamos tanto que a veces seccionamos toda esta vida de la mujer y se acaba difuminando toda esta historia al fina. El vínculo emocional es el que marca la diferencia, darle peso a la historia de la mujer y ponerla en primera persona.” [1.CAT]

El hecho de que algunas no quieran “trabajar” la adicción, o lo hagan solas, sin ayudas, o se sientan inferiores a las personas que les atienden al buscar tratamiento, demuestra una posible necesidad de trabajar el tema desde otra perspectiva menos moralista y sin poner la droga o la abstinencia en el centro. La perspectiva de reducción de daños puede ser la alternativa, ya que las mujeres en las entrevistas comentan de centros con esta característica como centros de confianza, y constituirse también como un punto de partida donde se puedan restablecer sus derechos y confianza en el sistema

“Hoy, de mujeres con presencia de patología dual... no entran. porque yo lo que estoy percibiendo constantemente es que no, para casos de drogas tienen que estar con equipos especializados y en recursos especializados y este es el discurso.” [12.CAT]

“En relación con la salud mental, me parece importante señalar que en ocasiones el sistema convierte en patología aquello que en verdad es consecuencia de la dimensión estructural; de esta manera transfiere la responsabilidad a las mujeres y se evita transformar aquellas estructuras que causan el malestar y dañan la salud mental de las mujeres. [5.CAT]”

La incorporación de abordajes terapéuticos basados en la recuperación emocional, que aborden el trauma, las violencias machistas, y los demás ejes que constituyen en cada mujer puntos de anclaje a situaciones dolorosas y que dificultan su recuperación. La incorporación de profesionales de la psicología en todas las etapas y recursos se constituye como un elemento indispensable pero no el único.

La inclusión de terapias creativas donde la dimensión no verbal y visión holística contribuyen a la superación del trauma mediante la creación y la imaginación poética y a través de una transformación creativa que incrementa la sensación de agencia, de interacción y de compromiso personal y con el entorno en el presente. Además, la manipulación de los materiales artísticos y la creación en un contexto interpersonal de apoyo, actúan sobre las áreas del cerebro responsables del procesamiento sensorial, emotivo y cognitivo, algo que es necesario para la transformación psicológica y puede ser efectiva en el abordaje del trauma.

5. ESPACIOS: CUIDADO Y SEGURIDAD

A partir de las entrevistas realizadas, tanto por parte de las entidades como por las realizadas a mujeres, se destaca la necesidad de generar espacios no mixtos. Sin embargo, como recurso, no siempre tenemos la posibilidad/facilidad de tenerlos o no de manera inmediata. O tenemos ya un recurso mixto y es complicado por la rigidez del propio recurso poder realizar espacios no mixtos.

“Tenemos un centro de emergencia que funciona de 9 de la noche a 8 de la mañana para personas que están consumiendo, que están en calle, para que tengan un sitio de descanso donde poder ir, donde poder descansar, ducharse, lavar la ropa. Entonces nos preocupaba porque teníamos muy pocas mujeres en este recurso. Este era un centro de emergencia que es una sala grande con sillones para descansar. Con cuidadores, con atención sanitaria, porque allí se hacen pruebas y tal. Pero era una sala donde se podía cenar y desayunar. Cuando hicimos una sala específica para mujeres separada de los hombres, cuando hicimos ese espacio seguro para ellas, ese espacio se llenó.” [10.MAD]”

Evaluamos las necesidades de las mujeres y las posibles carencias que pueden surgir en los recursos, para buscar herramientas.

¿Es posible un espacio o un dispositivo mixto? La decisión sobre la mixticidad de los espacios debe considerar como eje principal la seguridad y bienestar de las mujeres en dichos espacios. Si no podemos afrontar espacios no mixtos, por dificultades en nuestro recurso, un espacio mixto o parte de éste pueden ser factibles si tenemos en cuenta que siempre se debe garantizar un entorno seguro, respetuoso y empático (que se adapte a sus necesidades) para todas las mujeres.

Para poder tomar la decisión de si nuestro espacio debe ser mixto o no, debemos tener en cuenta la importancia de los roles que tienen las mujeres (cis y trans) y los hombres que acceden al espacio, para poder entender sus necesidades y buscar espacios donde ellas puedan sentirse seguras y que puedan disfrutar de éstos. Es decir, usar la perspectiva de género para tener en cuenta las diferencias en el consumo entre hombres y mujeres, que pueden incluir niveles de agresividad, expresión emocional, necesidades de privacidad, comportamientos sexo-afectivos y diversas vulnerabilidades. Estas disparidades pueden afectar las dinámicas que se generan en el grupo y puede comportar la eliminación de la sensación de seguridad. Por ello, es esencial evaluar las dinámicas de poder y las necesidades específicas de las mujeres antes de tomar una decisión de generar o mantener un espacio mixto. Es necesario generar espacios

de bienestar para las mujeres donde no estén en constante exposición a violencias.

“Diferencias entre hombres y mujeres cuando llegan al servicio, los hombres no se responsabilizan de nada (“Mi madre me ha hecho, mi mujer me ha dejado...”), sin embargo, las mujeres son todo lo contrario, hablan de lo que son ellas y de la baja autoestima. Individualizando las violencias o las situaciones.” [11.CAT]

¿Es la única solución para evitar que las mujeres sufran violencia en estos espacios la creación de un espacio no mixto? No necesariamente. En espacios no mixtos también podemos observar dinámicas de violencia entre las mujeres, por ello es importante abordar las causas subyacentes y crear un ambiente que fomente el sentimiento de pertenencia, la sensibilización hacia la diversidad, la seguridad y el respeto hacia el resto de las personas que usan esos espacios.

“Espacio no mixto, es un poco falacia creer que porque solo son tías no va a haber violencia, y tanto que va a haber violencia, va a ser diferente, pero aquí va a haber otra.” [2.CAT]

“Lo que ellas (personas de los servicios) no sabían, o lo que ellas no suponen, y que deberían saber, es que allí (dentro del servicio) se pueden encontrar muchas mujeres que previamente han tenido conflictos en otros pisos. Entonces deberían de desarrollar un protocolo o deberían tenerlo ya preparado.” [Mujer 4]

También se ha observado como en espacios mixtos las mujeres representan un factor de

protección para los hombres, generando dinámicas de protección, cuidados, alimentación, entre otros, realizando el papel de cuidadoras, sin embargo, los hombres representan un elemento que puede empeorar su bienestar. Hay que favorecer que las mujeres sean las destinatarias de sus propios cuidados, alejarlas de roles que perpetúan el rol patriarcal asignado a las mujeres, de las violencias machistas que favorecen el control sobre sus deseos, cuerpos y comportamientos.

“Nosotros recogimos una demanda que venía de las propias usuarias, que era la necesidad de encontrarse en un espacio sin la presencia masculina.” [11.CAT]

Los servicios deben dotarse de cierta flexibilidad y adaptabilidad para poder atender las necesidades que surgen. Si un servicio mixto identifica que estos espacios no están siendo seguros para las mujeres, puede implementar la creación de espacios específicos para mujeres dentro del servicio mixto, ya sea en espacio o en horarios.

“Diseñar la perspectiva de género en un espacio mixto desde cero. Y no durante la marcha, que es lo que suele pasar ahora, que ya tienes el servicio y tienes que implementar.” [2.CAT]

Estas modificaciones de los servicios y programas pueden materializarse creando áreas privadas exclusivas para las mujeres e implementar programas no mixtos en horarios diferenciados, donde se centren en las

experiencias de las mujeres y sus necesidades. Para ello, es importante la participación activa de las mujeres en el diseño de estos nuevos espacios.

“A lo largo de estos años se ha podido observar un incremento en la adherencia al tratamiento y un incremento de las altas terapéuticas en las mujeres, pasando de un 32% a casi un 80% en el 2022”. [6.CAT]

El problema de la rigidez en los servicios es también un indicador de cómo operan las violencias institucionales. La metodología de atención de los servicios tiene como base un diseño, protocolos y prácticas estandarizadas, así como horarios pre-establecidos. Sin embargo, es necesario darle la vuelta al prisma desde el que formamos los servicios y que sean los servicios los que se adecuen a las necesidades de las mujeres y no al contrario. Las estructuras jerarquizadas y las normas de comportamiento rígidas pueden desencadenar en sentimientos de dominación o control por parte de las profesionales en la interacción entre las usuarias.

“Yo siento que el sistema lo tenemos tan fragmentado que es imposible que tú conozcas a alguien y puedas entender los matices, las dificultades, las capacidades, desde esta parcialización.” [8. CAT]

Las mujeres entrevistadas comentan que encuentran dificultades para acudir a las citas en las horas acordadas, tienen la sensación de no estar seguras en las salas de consumo,

sienten miradas estigmatizantes de los profesionales y falta de vinculación con ellos.

“Que yo a ellas les he dicho, en general, que se pongan en nuestra piel, pero de verdad, que hagamos un cambio, ¿vale? Tú déjame en tu casa, yo duermo, hago la cena, estoy con los niños, lo que sea, y tú vete a la calle y búscate la vida como yo me la busco, para que entiendan un poco que muchas veces esas prisas por... El horario es el horario.” [Mujer 2]

Es necesario abordar el papel que representan las normas de funcionamiento en los diferentes dispositivos, entendiendo que más allá de las especificidades de los objetivos y modelos de intervención, debemos repensar y/o reflexionar de manera amplia sobre cuáles son los mecanismos que operan en ellos y que lejos de cumplir una función terapéutica generan más exclusión.

La rigidez de los servicios, la prevalencia de normativas obsoletas sin perspectiva de

género, los castigos y sanciones muchas veces pensados desde una lógica de espacios y servicios masculinizados han de ser revisados y actualizados.

“Yo creo que ahí está claro, y además pongo siempre el mismo ejemplo, ya las mujeres que vienen a nuestro servicio viven mucha violencia afuera, y es el único lugar donde pueden traerse rabia, sin consecuencias...Es decir, en todos los lados, o las pueden sancionar, o si están en las calles, las pueden detener, pueden acabar teniendo problemas. En M saben que como hay esta lógica más antipunitivista, no hay castigo, no hay sanción, traen mucha violencia, porque traen esta rabia.” [9.CAT]

“El tema de que tú no puedes acceder directamente al recurso de violencia ni al recurso de drogodependencia, se va a perder también. Implica una derivación previa.” [7.MAD]

6. CIRCUITOS Y COORDINACIONES

Especialmente sobre el abordaje de las violencias, existe la dificultad de realizar intercambio de información entre entidades públicas y privadas, es un tema complejo y que necesita poder ser abordado y resuelto. Entre otras dificultades, encontramos que no se comparten informaciones o datos relevantes de las atenciones realizadas; cuando sabemos que el trabajo que se realiza, en la mayoría de las situaciones, es complementario y debe estar centrado en la mejora de la calidad de vida de las mujeres.

Es necesaria una buena coordinación por parte de los profesionales implicados en el proceso de cada mujer para poder unificar las atenciones que se realizan tanto en los servicios públicos como las atenciones y acompañamientos que se realizan en las entidades del *tercer sector* y otros agentes que se vean implicados. Evitando las revictimizaciones y promoviendo acciones más efectivas y diligentes.

Promover, en definitiva, relaciones más horizontales entre profesionales y servicios, que reconozcan el trabajo colaborativo como una herramienta indispensable para trabajar desde la interseccionalidad.

“Es que para mí hay un problema principal y es que, desde las redes de atención a violencia de género, violencia machista, ahora ya me refiero en sentido amplio, pero que casi todas las redes están de cara a lo que sería la pareja o expareja... Pero el tema es que se concibe que primero hay que eliminar el consumo, que hay que coger el consumo y estabilizar para poder trabajar violencia. Además, es que se creen que no se puede trabajar violencia si se está en consumo activo...Itinerarios en redes diferentes que son excluyentes, y parcializan las atenciones.” [7. MAD]

La mayoría de las profesionales participantes han manifestado que muchas de las coordinaciones externas que realizan son desiguales. El tiempo que se dedica a hacer un seguimiento por parte de las entidades y/o servicios es en muchas ocasiones excesivo, requiere una parte importante de compromiso y militancia en el trabajo que se está llevando a cabo con las mujeres, haciendo pedagogía cuando hay desconocimiento del trabajo que se está realizando y que a veces también genera desconfianza.

“Una parte de incidencia de hacer pedagogía, o sea, como profesionales, de poder transmitir esto que hacemos en diferentes espacios, muchas veces suena a justificación porque sentimos el cuestionamiento cuando sobre todo hay que coordinarse con cuerpos de seguridad, con el ámbito judicial, con el ámbito de la salud mental, mucho cuestionamiento hacia la intervención o el abordaje que hacemos de trabajo con las mujeres.” [3. CAT]

“Quisiera también apuntar que la derivación a los recursos de salud mental representa en ocasiones un riesgo para la mujer ya que estos recursos no incorporan la perspectiva de género ni el marco de comprensión de las violencias machistas y su actuación, en ocasiones, revictimiza y reproduce violencia contra las mujeres (violencia estructural y violencia institucional).” [5.CAT]

“Es decir, tenemos mujeres, pero cuando salen de allí (centro de urgencias) van a un piso de reinserción mixto. Las mujeres que son víctimas de violencia tenemos un problema con la red de violencia muy importante porque una mujer que consume tiene muchas más penalizaciones en todo tema de recursos, en custodias.” [10.MAD]

El aumento mujeres que son atendidas por los servicios que mantienen el mismo presupuesto o personal implican el aumento de listas de espera para una atención necesaria para las mujeres. La sobrecarga de trabajo también puede derivar en un malestar por parte de las trabajadoras y un posible *burnout* que inevitablemente puede repercutir en su salud y en la calidad de las atenciones hacia las mujeres.

“Vemos que, o acompañamos a las mujeres porque las tratan como niños, quiero decir, hablo desde el nivel de los servicios especializados y especialmente, es decir, si no aparecemos alguna de nosotras haciendo una coordinación muy constante, no les dan credibilidad... Efectivamente, estoy totalmente de acuerdo con este maltrato institucional no les dan ninguna credibilidad.” [12.CAT]

“El acompañamiento de salud mental toda la dificultad con la que nos encontramos en la coordinación con dispositivos específicos de salud mental.” [3.CAT]

“Una mayor coordinación entre las redes. Entre las redes de adicciones, de violencia, de salud mental, de sanidad... Esas redes que son áreas de la mujer que están, como decíamos, compartimentalizadas, pues que la mujer no tuviera que diseccionarse para poder dar respuesta a sus necesidades. Luego, recursos económicos...” [4.AND]

7. SOBRE LA COMUNIDAD

Una de las barreras con las que se enfrentan los dispositivos es la relación con los barrios y el vecindario. Por las tipologías de los servicios (centro de reducción de daños, comunidades terapéuticas, recursos residenciales urbanos) y las personas a las que van dirigidos, en ocasiones el vecindario no siempre suele estar conforme y la respuesta es [*no en la puerta de mi casa*](#). Los conflictos de oposición comunitaria a estos servicios han sido un campo de estudio, de reflexión y discusión desde hace ya unas décadas. A pesar de ello, se generan dinámicas disruptivas, de rechazo y que pretenden el alejamiento de los servicios a zonas del extrarradio de las ciudades, dónde no haya interacción comunitaria.

“...Sí, yo creo que es esencial esta cuestión comunitaria recuperarla como parte, porque es una problemática individual, pero también social. Por otro lado, nosotros hace como, no sé, nueve años que queremos mudarnos y no podemos, porque tenemos trabas de todo tipo, desde la administración hasta los vecinos muchas veces, recogida de firmas...” [11.CAT]

Por una parte, es indispensable analizar los condicionantes de la emergencia de estos conflictos y poder contar con la contribución de las administraciones públicas en las soluciones para hacer frente a los mismos. Por otra parte, son necesarias acciones desde los propios servicios y dispositivos que favorezcan la convivencia y que generen dinámicas que nos dirijan hacia una estrategia comunitaria no excluyente. Es importante establecer el servicio en lugares que sean próximos e idóneos, no se trata de fomentar la *guetificación*, se trata de crear entornos seguros, cercanos a otros servicios y así formar parte como colectivo preexistente en el barrio y no como un colectivo nuevo.

“No somos ese servicio, sino que ya salimos como un colectivo del barrio.” [9.CAT]

Será necesario trabajar desde la eliminación del estigma y la discriminación que genera el consumo de sustancias, la aporofobia, el sinhogarismo, el trabajo sexual, la migración... a lo que nos es extraño impera siempre y actúa en detrimento de ellas.

Abordar las situaciones que emergen en determinados barrios, tanto de las grandes ciudades como en territorios no urbanos y sus consecuencias, que en determinados casos han orquestado campañas de estigmatización. *Ciudadanía de primera* que utiliza sus privilegios para señalar y excluir a la que considera *de segunda*. En ocasiones serán necesarias actuaciones de mediación, preventivas y/o lúdicas que impliquen al tejido social y comunitario en la mejora de las situaciones que presentan.

“Y la comunidad, ahora, respecto a eso, quería decir, respecto al estigma que va asociado al consumo de drogas y al trabajo sexual, y a las personas que están en la calle, ...Bueno, aporofobia...para mí sí, es aporofobia totalmente. ¿La discriminación entre profesionales? Bueno, creo que hay aporofobia, pero creo que aquí sí que veo muchas veces la discriminación en sí por el hecho de ser consumidores de sustancias.” [2.CAT]

“La experiencia comunitaria tiene de terapéutico permite que cada una de ellas tenga que justamente asumir roles, tomar decisiones, posicionarse, atravesar conflictos y todas esas cuestiones es lo que termina siendo, teniendo un efecto terapéutico en ellas porque finalmente les permite trabajar cuestiones no sólo asociadas al consumo en sí, sino muchas veces vinculadas con cuestiones más de orden psicológico o psiquiátrico.” [11.CAT]

8. LAS NECESIDADES PROFESIONALES

Sobre el trato profesional que reciben las mujeres que presentan las diferentes interseccionalidades que nos ocupan, también expresamos la necesidad de poder abordar aquellos aspectos que no van ligados únicamente a cuestiones formativas conceptuales o metodológicas.

Las formaciones profesionales han de basarse también en abordar cuestiones que van más allá de los conocimientos o habilidades. Deben incluir aspectos de posicionamiento personal e ideológico, de cuestionamiento sobre malas praxis y sus repercusiones, abordar las violencias institucionales, el enfoque de reducción de daños, la perspectiva feminista y de derechos.

“En la perspectiva de género lo que nos ha permitido es ampliar un poco conceptualmente esto porque en algunas personas lo que se leía a priori como dependencia emocional, en realidad también era consecuencia de las violencias y de las relaciones de poder, con lo cual son reacciones emocionales que estaban en consonancia con determinadas experiencias vividas.” [11.CAT]

Es igualmente necesario poder reflexionar sobre las ideologías y miradas moralistas hacia las drogas desde los equipos de atención directa en los diferentes dispositivos y redes

(salud mental, violencia, sinhogarismo...) y si están en la base de funcionamiento de ellos.

“Lo que pasa es que yo creo que la parte que tenemos de juzgar a las mujeres no solo tiene que ver con lo que están haciendo las mujeres a lo mejor con el consumo, sino con ese estigma y con esa mirada que tenemos también que está juzgando a la mujer de forma diferente a un hombre entonces yo creo que eso es que los y las profesionales lo deben tener en la cabeza de forma constante porque es muy fácil caer en ese juzgar a la mujer.” [1.CAT]

Las formaciones tienen que ofrecer un cambio de paradigma, cuestionando la mirada androcentrista del tratamiento en las adicciones, para identificar patrones de consumo no hegemónicos y poder dar un mejor acompañamiento en la recuperación de las mujeres, y promover espacios donde poder abordar todas estas cuestiones y trabajarlas.

“Desprendernos de nuestros prejuicios que yo entiendo que a veces es complejo pero de ahí viene la formación y la necesidad de estar formándonos de forma continua y que la formación en igualdad, no valga cualquier formación en igualdad ni en género sino que haya sitios acreditados reales... y que cuando tú contratas a profesionales o cuando tienes profesionales o equipo se valore realmente la formación que tienes. Porque ya sabemos que cursos hay muchos y no todos son realmente no te abren esa perspectiva de la que hablamos no te dan esa mirada. Creo que es importante actualizarnos a ese nivel vamos no solo nosotras sino todos los profesionales que tratan con mujeres

debería ser lo ideal y esa sería una de las formas reales de exigir esa formación.” [13.AND]

Las entidades entrevistadas reclaman una formación continuada y actualizada, y no de manera puntual cómo son muchas de las formaciones que se ofrecen a nivel profesional y/o laboral.

“Necesitamos formación, formación continuada e ir revisando esta formación porque me da la sensación que nos quedamos estancados parece que si se recibe una formación en un momento puntual ya está y no, creo que es una cosa de continuidad, para las mujeres y para nosotros porque al final diferenciamos mucho, pero creo que lo importante es que todos somos personas y vamos hacia un lugar.” [3.CAT]

“Todos profesionales son necesarios Todos porque son como un complemento Lo que pasa que tienen que ser un complemento y actuar como un complemento.” [1. Mujer]

Para poder realizar una buena atención profesional también se necesita promover espacios de seguridad y técnicos de supervisión. Tener espacios de supervisión para poder abordar aspectos de cuidado, calidad de las atenciones, y especialmente abordar

aquellos aspectos que tienen que ver con lo que la atención de estas mujeres y las situaciones que se abordan impactan en las profesionales, y poder mejorar la gestión personal y profesional que se hace de ellas.

Tener estos espacios para poder detectar las frustraciones o *burnout*, tener espacios para generar conciencia del estado emocional individual y del equipo para poder tenerlo en consideración en el momento de realizar las atenciones. Poder generar una cohesión con el equipo con el que trabajamos, ya que en muchas ocasiones representa un sostén importante para poder sobrellevar las diferentes situaciones, especialmente las de mujeres con elevada complejidad.

Constatar también que se está produciendo un incremento de la precariedad en general de todos los servicios que están gestionados por parte del tercer sector, y todo ello impacta directa e indirectamente en la salud física y emocional de las profesionales.

9. LO QUE NOS QUEDA POR HACER

Para concluir, nos gustaría incorporar en este apartado a modo de resumen aquellos aspectos que, si bien han sido considerados como prioritarios, adolecen de una implementación amplia y por tanto son asignaturas pendientes que deben ser atendidas con la mayor celeridad a nivel territorial.

- Promover y garantizar una atención a las mujeres con perspectiva de género e interseccional de manera efectiva, desde la validación y la comprensión de su contexto y de sus necesidades.
- Identificar las barreras internas y las externas que están operando. Barreras que dificultan el acceso o las alejan de los recursos, las que no garantizan una atención basada en sus necesidades y también aquellas que son ocasionadas por la rigidez del sistema y la sectorización de las redes de atención. La clase social y la experiencia migratoria son también elementos que dificultan el acceso de muchas mujeres al orden material de la vida, una realidad que las sitúa ante contextos de decisión en los cuales el margen de oportunidad es reducido.
- Analizar los contextos, los ciclos de vida, y atender a los ejes de opresión y vulnerabilidad sin juzgarlas y culpabilizarlas. Entender el contexto desde el análisis de los sistemas de poder facilita que las mujeres puedan comprender sus procesos desde la dimensión simbólica y estructural, y este proceso contribuye a la desarticulación de la culpa.
- Evitar y eliminar la revictimización de las mujeres y las violencias institucionales, tanto las que se producen por acciones que impactan en ellas (malas praxis) como por las que se producen por omisión (falta de recursos que atiendan a necesidades, exclusión administrativa...).
- Garantizar un acompañamiento respetuoso, basado en la creación de vínculos que promuevan espacios de seguridad y que cuente con la participación de las mujeres como elemento central e *indispensable*.
- Incorporar abordajes terapéuticos basados en la recuperación emocional, que aborden el trauma, las violencias machistas, y los demás ejes que constituyen en cada mujer puntos de anclaje a situaciones dolorosas y que dificultan su recuperación.
- Repensar y actuar sobre la hipermedicalización a la que están expuestas y cómo se está dando respuesta a los malestares de las mujeres de manera histórica y actual desde el modelo médico hegemónico y aplicar un abordaje de psicoeducación farmacológica con perspectiva de género.
- Avanzar en la eliminación de estigmas y prejuicios hacia las mujeres que usan drogas, y presentan también otras situaciones complejas (problemas de salud mental, violencias machistas, sinhogarismo...).

- Abordar las situaciones complejas como son el acompañamiento de las maternidades desde una mirada centrada en los derechos sexuales y reproductivos desde el momento inicial del embarazo, y que vaya más allá del parto. Es imprescindible erradicar el juicio de malas madres, hacer lugar a la maternidad como experiencia sobrevenida y no deseada y acompañar desde lo concreto y atender las violencias machistas que están operando y poder darles una respuesta también.
- Incorporar de manera efectiva a las mujeres en sus procesos vitales, y también como referentes, como parte del equipo, como técnicas comunitarias, desde múltiples maneras y de forma creativa.
- Ampliar la tipología de dispositivos y servicios e incorporar la reducción de daños como elemento indispensable que posibilite la garantía de derechos y la mejora de la calidad de vida de las mujeres. La importancia de disponer de recursos de 24 horas, con perspectiva de género a nivel arquitectónico, con espacios de seguridad, que puedan albergar las maternidades, recursos no mixtos, que se complementen con equipos de calle, que las acerquen a los servicios y conozcan sus realidades, es una manera de mejorar las atenciones hacia ellas. Necesidades no cubiertas que hacen referencia, principalmente, a necesidades básicas como la vivienda, un lugar donde ducharse o dormir, alimentación, tabaco, ropa... También poder solucionar temas administrativos que les proporcionen estabilidad.
- Trabajar con y desde el entorno comunitario para prevenir situaciones de hostilidad y rechazo hacia ellas y los diferentes dispositivos, desde los mismos programas y a nivel gubernamental. Desmontar las etiquetas que envuelven la realidad de estas mujeres.
- Fomentar la formación de profesionales basada en elementos de conocimientos teóricos, metodológicos, pero también que vayan más allá, es decir que incorporen aspectos relacionados con el impacto de las situaciones que también les atraviesan y la mejora de la gestión de los afectos y emociones. Mejoras que pueden complementarse con la incorporación de la supervisión profesional y el acompañamiento específico a los equipos a través de procesos de facilitación de los conflictos relacionales.
- Superar la fragmentación actual y trabajar de manera integrada desde las diferentes redes (salud, salud mental, drogas, violencias, sinhogarismo...). La red de drogas puede constituirse como un servicio de apoyo y referente, pero desde la red, temas como el sinhogarismo, el género, las violencias machistas, la salud en general, suponen un apoyo muy parcial. La transversalidad y la coordinación entre las diferentes redes de atención es un reto y necesita un cambio de paradigma, entidades públicas y privadas han de poder tener una mejor gestión y acompañamiento de las situaciones, disminuyendo la burocratización y la jerarquización con la que muchas están operando.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Doctoral, T. (s/f). *UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID*. Gob.es. <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/DE1906.pdf>
- Fase, I. (s/f). *EN EL SIGLO XXI*. Unad.org. https://www.unad.org/ARCHIVO/documentos/biblioteca/1679493623_20230313_unad_reduccion_de_danos_en_el_siglo_xxi_digital.pdf
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>
- Miñoso, Y. E., & Milton, S. (2020, diciembre 16). *Interseccionalidad y feminismo descolonial. Volviendo sobre el tema*. Pikara Magazine. <https://www.pikaramagazine.com/2020/12/interseccionalidad-y-feminismo-descolonial-volviendo-sobre-el-tema/>
- Raya-Tena, A., Martín-Royo, J., Bellido-Pérez, M., Sauch Valmaña, G., Berenguera Ossó, A., Soria-García, M. D., Ruíz-Serrano, S., Lacasta-Tintorer, N., & Jiménez Herrera, M. F. (2023). A primary care psychoeducational group intervention for patients with depression and physical comorbidity: A qualitative study with a gender perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 29(6). <https://doi.org/10.1111/ijn.13157>
- (S/f-a). Gob.es. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_GuiaAbordajeViolenciasGenero.pdf
- (S/f-b). Gencat.cat. https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/11serveis_socials/pla_estrategic_serveis_socials_2021_2024/Pla_estrategic_2023.pdf
- (S/f-c). Researchgate.net. Recuperado el 13 de mayo de 2024 <https://www.researchgate.net/publication/366701661>