



“Libre de la adicción, a salvo del abuso.”

Manual de formación para profesionales sobre el acompañamiento a mujeres supervivientes de violencia de género en la pareja (IPV) con problemas de uso de sustancias (PSU)



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



Julio 2021



FASA – “Free from Addiction,

Safe from Abuse

Proyecto número: 2019-1-EL01-KA202-062475

Producto intelectual 2 – Manual de formación para profesionales sobre el acompañamiento a mujeres supervivientes de violencia de género en la pareja (IPV) con problemas de uso de sustancias (PSU)

University of Crete



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

Autoras: Thanasoula Sofia, Giovazolias Theodoros, Themeli Olga

Coautoras: Davidovi Giorgi, Fragkioudaki Meltini, Friðriksdóttir Guðrún, Laas Anu, Robeson Paul, TorrentsAnand

Versión inicial: Julio 2021



RIKK INSTITUTE FOR
GENDER, EQUALITY
AND DIFFERENCE



UNIVERSITY OF TARTU



**Women's Support and
Information Center**

There is a way out of violence!



Cofinanciado por el
programa Erasmus+
de la Unión Europea

Este informe fue financiado por el Programa Erasmus + (2014-2020).

El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del proyecto FASA y no refleja necesariamente la opinión de la Unión Europea.



Índice

Contenido

Introducción.....	6
1. Principios y habilidades de la orientación.....	8
➤ Así pues, ¡empecemos!	9
1.1 Principios y habilidades básicas de la Orientación	9
1.2 Evaluación de la idoneidad de la usuaria para la orientación en IPV y / o PSU....	16
1.3 Orientación: introducción y procedimiento.....	18
1.4 Promoción y facilitación de la orientación.....	18
1.5 Cierre del ciclo de Orientación	20
1.6 Gestión de la relación terapéutica: reglas y límites.....	20
1.7 Problemas éticos de los profesionales	21
1.8 Habilidades de comunicación y asesoramiento.....	23
• Habilidades de atención	28
• Habilidades de escucha activa.....	30
1.9 Habilidades de gestión y evaluación de riesgos y crisis	34
1.10 Supervisión científica y evaluación del asesoramiento	34
2. Correlación entre IPV y PSU	39
2.1 Prevalencia y alcance del problema de la IPV concurrente y la PSU	39
2.2 Barreras adicionales para las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU	45
2.3 Los efectos de la IPV en la PSU y viceversa	49
2.3.1 ¿Cómo interfiere la PSU con la curación de la IPV?.....	49
2.3.2 ¿Cómo interfiere la IPV en la recuperación de las adicciones?.....	50
2.3.3 ¿Cómo podría una mujer romper el círculo vicioso de IPV y PSU?	50
2.3.4 ¿Con qué lidiar primero?	51
2.4 Reconociendo nuestro propio prejuicio con respecto a la PSU	51



2.5 Practicar el no juzgar y normalizar el uso de sustancias	53
3. Enfoques integrales para mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de PSU	57
3.1 Situación existente y necesidades de tratamiento concurrente de IPV y PSU	58
3.2 Enfoque de reducción de daños.....	62
3.3 Enfoque feminista y sensible al género.....	66
3.4 Enfoque basado en el trauma.....	67
3.5 Enfoque basado en las fortalezas de la persona integral	69
3.6 Modelos integrados para IPV y PSU concurrentes	70
4. Enfoque multinstitucional y colaboración entre profesionales y servicios en casos de VPI y UPM concurrentes.....	75
4.1 Diversidad local en cooperación multi servicios.....	75
4.2 Enfoque y eficacia de los servicios de IPV y PSU.....	82
4.2.1 El concepto subyacente de persona.....	82
4.2.2 Definición de la eficacia del servicio desde el enfoque centrado en la persona	86
4.3 Ventajas del enfoque integrado para mujeres sobrevivientes de violencia de género con problemas de UPM.....	89
4.4 Coordinación multinstitucional: "circuitos" y "redes"	96
4.4.1 Cribado universal para la coexistencia de IPV y PSU	98
Mecanismos utilizados a menudo para la coordinación entre profesionales y servicios de IPV y PSU:	102
4.6 Un ejemplo de caso de buenas prácticas: Metzineres	106
5. Diseño e implementación de una intervención eficiente para mujeres sobrevivientes de violencia de género con problemas de UPM.....	110
5.1 La evaluación	110
5.2 El modelo de cambio y sus etapas.....	113
<i>ESTADIO 1: PRECONTEMPLACIÓN.....</i>	<i>115</i>
<i>ESTADIO 4: ACCIÓN.....</i>	<i>116</i>
<i>ESTADIO 5: MANTENIMIENTO.....</i>	<i>117</i>
<i>ESTADIO 6: RECAÍDA.....</i>	<i>117</i>



5.3 La revisión de seguimiento	118
6. Evaluación de riesgos y gestión de crisis de la violencia de género	121
6.1 Evaluación de riesgos y gestión de crisis de la violencia de género: objetivos, tipos y beneficios	122
a) El enfoque estructurado.....	124
b) El enfoque actuarial.....	125
6.2 Estrategias de gestión de riesgos para IPV	128
6.3 Factores de riesgo de IPV	129
a. Factores de riesgo individuales:	130
b. Factores relacionales:	131
c. Factores relacionados con la comunidad:	132
d. Factores sociales:	133
6.4 Gestión de crisis de IPV: planificación de la seguridad.....	134
Adicionalmente, debemos tener en cuenta las siguientes afirmaciones:.....	135
a) Seguridad durante un incidente violento:.....	137
b) Seguridad cuando se está preparando para partir:.....	137
c) Qué llevar contigo al salir:	137
d) Seguridad en su propia residencia:	137
e) Seguridad con orden de protección:	137
f) Seguridad en y para el trabajo:	138
g) Seguridad y uso de drogas y / o alcohol:	138
h) Seguridad y salud emocional:	138
i) Seguridad frente al abuso facilitado por la tecnología:.....	138
7. Seguimiento, supervisión y evaluación de los servicios de IPV y PSU	142
7.1 Monitoreo de servicios de IPV y PSU	146
7.2 Supervisión en servicios de IPV y PSU	152
7.3 Evaluación de los servicios de IPV y PSU.....	156
8. ¿Para qué sirvió este manual de capacitación? Competencias VET que el Manual de capacitación de FASA está destinado a ayudarte a desarrollar.	159



8.1 Resultados de aprendizaje clave del Manual de capacitación de FASA.....	159
8.2 Manual de formación FASA y competencias VET de VET Horizon Europe 2021-2027.....	165
8.3 Manual de formación de FASA y competencias VET	168
Observaciones finales.....	170
Referencias	171



Introducción

De acuerdo con la literatura e investigación relevantes, la violencia en la pareja (IPV en inglés) y el uso problemático de sustancias (PSU en inglés) están significativamente correlacionados. Sin embargo, la gran mayoría de los servicios de IPV y PSU operan a diferente nivel y abordan estos problemas como dominios separados. Además, la formación especializada para profesionales de IPV y PSU sobre IPV y PSU concurrentes varía desde total ausente hasta escasa, mientras que en el caso de que exista, no cumple con los principios ECVET.

Teniendo en cuenta las necesidades antes mencionadas, el proyecto “FASA” (*“Libre de adicciones, a salvo del abuso”*) constituye una innovación de apoyo en el campo de la Educación y Formación Profesional, con el objetivo de mejorar las habilidades laborales de los profesionales en el campo del Apoyo a las víctimas de IPV, a través del desarrollo de capacidades con respecto al tratamiento de mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

Destacando la necesidad de herramientas y material de capacitación integral y especializado en IPV y PSU concurrentes para profesionales de IPV, se desarrollará y difundirá material VET (manual y curso) y herramientas de aprendizaje en línea como parte del Proyecto FASA. Estos materiales y herramientas de formación tienen como objetivo mejorar las competencias laborales de los profesionales, facilitar la implementación de intervenciones innovadoras en el contexto del enfoque multiinstitucional y, por lo tanto, mejorar la prestación de servicios de apoyo a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

El primer paso hacia esta dirección es el desarrollo del *“Manual de capacitación para profesionales sobre el apoyo a mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de PSU”* para uso individual, como parte del Producto intelectual 2. Este currículo consta de material pedagógico basado en parte en los resultados del *“Informe analítico sobre mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de PSU”*, desarrollado en el Producto intelectual 1 y está en consonancia con ECVET y EQF. El público objetivo principal de este Manual de capacitación son los profesionales de apoyo a las víctimas como tú, ya sean personal contratado o voluntarios que trabajan en el campo de la IPV. Al ser una herramienta de aprendizaje autoadministrada, el Manual de capacitación de FASA tiene la intención de



proporcionar conocimientos y competencias específicas, que ayudarían no solo a los profesionales de IPV y expertos, sino también a los servicios de IPV para abordar y tratar adecuadamente la IPV y la PSU concurrentes, en su desarrollo continuo de VET para brindar mejores servicios a las supervivientes.

Para ello, este Manual de Capacitación engloba temas como: los Principios y Habilidades Básicos de Orientación; la correlación entre IPV y PSU; Enfoques integrales para mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU; Enfoque multiinstitucional y colaboración entre profesionales en casos de IPV concurrente y PSU; Diseño e implementación de una intervención eficiente para mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de PSU; Evaluación de Riesgos y Gestión de Crisis de IPV y Monitoreo, Supervisión y Evaluación de los servicios de IPV.

El Manual de formación de FASA se probará y evaluará en Grecia, Estonia, Islandia y el Reino Unido y será reproducible para todos los países de la UE. Este material, a su vez, servirá como base para el curso VET y las herramientas de aprendizaje en línea que se desarrollarán en el Producto intelectual 3.

1. Principios y habilidades de la orientación

¿Qué aprenderás en este capítulo?

- Revisar los principios y habilidades básicos de la Orientación.
- El proceso de orientación cuando se trabaja con mujeres que presentan IPV con PSU.
- **Implementar** todas las normas y límites de la relación terapéutica con las usuarias basados en:
 - Anonimato,
 - Confidencialidad y
 - Entendimiento positivo (hacer que las usuarias se sientan seguras y protegidas).

Palabras clave: Confidencialidad, Orientación, Cuestiones éticas, Principios, Construcción de relaciones, Habilidades.

Los y las profesionales que trabajan con supervivientes, y especialmente con mujeres supervivientes de violencia de género en la pareja (IPV) con problemas concurrentes de uso problemático de sustancias (PSU), deben cultivar habilidades, aptitudes y capacidades específicas de orientación.

Como profesionales que trabajamos en el campo de la IPV, debemos ser conscientes del fenómeno IPV coexistente con PSU, así como de su prevalencia. Más específicamente, nosotros debemos tener conocimiento y estar familiarizados con los tipos más prevalentes de IPV y PSU entre esta población y las teorías existentes que intentan explicar esta relación y sus efectos sobre la mujer y con la terapia en general.



También debemos ser conscientes y estar familiarizados con las buenas prácticas e intervenciones terapéuticas existentes, así como con los obstáculos y desafíos específicos a los que nos podemos enfrentar al trabajar con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

Sin embargo, al tratar con esta población específica, primero debemos ser conscientes de los principios y aspectos fundamentales de la orientación. El compromiso con estos principios permite la protección de los derechos de las mujeres supervivientes, que han sido vulnerados repetidamente, principalmente por el perpetrador y, en segundo lugar, por la sociedad y sus normas, actitudes y creencias discriminatorias relacionadas con el género. De manera constante, necesitamos adquirir conocimientos de todos los principios y pautas siguientes y esforzarnos constantemente por desarrollar nuestras habilidades correspondientes; mientras que, al mismo tiempo, debemos esforzarnos constantemente por implementarlos cuando trabajemos con mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de PSU.

Nosotros, por nuestra parte, realmente creemos que la mayoría (si no todos) de los que trabajamos en el campo, podemos poseer los conocimientos y habilidades de orientación antes mencionados. Sin embargo, también pensamos que sería útil “refrescarlos”, quizás presentando una perspectiva y una posición diferente esta vez; dándoles, de esta manera, ¡una nueva vida!

➤ **Así pues, ¡empecemos!**

1.1 Principios y habilidades básicas de la Orientación

El primer y más importante principio que guía la orientación, incluyendo también a los orientadores de IPV, es que nuestro comportamiento siempre debe estar condicionado por la empatía, la compasión y el respeto; valorando al mismo tiempo la percepción del usuario (Stella Project, 2007). Mantener la empatía, la compasión y el respeto, a menudo puede ser un desafío cuando se trabaja con mujeres supervivientes de violencia de género y, especialmente, con aquellas que están lidiando con PSU. Este desafío se relaciona con el hecho de que muchas veces estas mujeres -debido a su múltiple traumatización, estigmatización y marginación- parecen frustradas, en una negación o renuncia a buscar o recibir ayuda, mientras que sus



estrategias de superación parecen ser inútiles o incluso peligrosas para nosotros (Stella Project, 2007). No obstante, a través de la terapia y la supervisión personal, a nosotros, como profesionales de la IPV, se nos puede ayudar a superar esos desafíos¹. Para lograrlo, debemos intentar estar lo suficientemente empoderados, como para no tener miedo de pedir ayuda cuando la necesitemos.

Además, como profesionales que trabajan con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU, debemos seguir un enfoque sin prejuicios, tener un oído atento y poseer la capacidad de “estar con la clienta” (Stella Project, 2007). También debemos ser capaces de sentir y empatizar con nuestras clientas. Especialmente en el caso de las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU, deberíamos ser aún más sensibles y empáticos con las experiencias violentas, el trauma y los problemas relacionados con el género que estas mujeres están sufriendo. Con respecto a la adopción de un enfoque sin prejuicios, se sugiere seguir un enfoque de “no saber”; estar dispuesto a aprender más y a dejarse enseñar por las clientas; mantener un espíritu “curioso”; así como evitar hacer suposiciones, dar consejos y hacer sugerencias y recomendaciones.

Paralelamente, nosotros, como profesionales que trabajamos en el campo de la IPV, debemos estar adecuadamente capacitados para poder:

- Mostrar flexibilidad e ingenio.
- Ser receptivos al cambio.
- Tener siempre en cuenta que estamos trabajando con personas que son seres humanos únicos y, por lo tanto, se requieren intervenciones individuales.
- Actuar como fuentes de refuerzo, apoyo y experiencia de recuperación.
- Mantener el equilibrio dentro de la relación terapéutica.
- Ser buenos oyentes.

¹ Para obtener más información sobre Supervisión, lee el Capítulo 7.1.



- Plantear las preguntas adecuadas en el momento adecuado.
- Enseñar a las clientas nuevas habilidades.
- Proporcionar la información adecuada.
- Crear expectativas y motivaciones.
- Fomentar cambios.
- Mejorar el progreso y el desarrollo.
- Brindar apoyo.
- Inculcar esperanza (Stella Project, 2007).

Los principios más importantes de la orientación que todos los y las profesionales - incluidos los profesionales de la IPV como nosotros - deben conocer y ser capaces de utilizar son: autoconocimiento / autoconciencia, superación personal, autonomía, no maleficencia y justicia.

- El autoconocimiento / autoconciencia se define como el conocimiento y la posesión por parte del individuo de información real y genuina sobre sí mismo, que se deriva principalmente de múltiples procesos sociales y de autorreflexión, más que de autoprocesos. El autoconocimiento incluye información sobre nuestros comportamientos y patrones de comportamiento; actitudes y creencias; rasgos de personalidad; emociones y estados emocionales típicos; valores, opiniones y metas; preferencias y necesidades; atributos físicos; relaciones sociales e identidad social (Carlson, 2013; Morin & Racy, 2021). Como resultado, nosotros, como orientadores, debemos ser conscientes de nuestras capacidades, habilidades, destrezas y fortalezas, así como de nuestros límites, miedos, debilidades y puntos ciegos.

En cuanto al autoconocimiento y para permitir la humildad y la duda productiva de uno mismo, nosotros -como profesionales- podríamos plantearnos preguntas específicas que *reflejarían si* **somos válidos y en qué medida ...**

Píldoras para pensar²: A continuación, se detallan algunos ejemplos indicativos de preguntas reflexivas.

Entonces, relájate, tómate su tiempo y vuelve a tu yo interior, haciéndote las siguientes preguntas:

- ¿Reconozco mis **reacciones emocionales inmediatas**?
- ¿Juzgo mis **competencias** con precisión?
- ¿Reconozco que puedo albergar **prejuicios implícitos**?
- ¿Soy consciente de que podría sucumbir a **sesgos cognitivos o heurísticas inútiles**?
- ¿Soy plenamente consciente de mis propios **valores**?

- **Autoconocimiento / autoconciencia:** Además, cuando trabajamos con mujeres supervivientes de violencia de género, debemos ser plenamente conscientes de nuestras propias actitudes y creencias con respecto a la violencia, victimización y perpetración

² Estas Píldoras para pensar se basan en las recomendaciones de Knapp et al.'s (2017).



y, especialmente, de aquellas derivadas de posibles experiencias traumáticas personales. Al mismo tiempo, debemos mostrar tolerancia cero hacia cualquier tipo de violencia. También debemos ser conscientes de nuestras actitudes y creencias hacia la PSU, incluidos los estereotipos negativos sobre las personas con problemas de PSU. Siempre que la gran mayoría de las supervivientes de violencia de género sean mujeres, también debemos ser conscientes de nuestras propias actitudes y creencias hacia las cuestiones relacionadas con el género. Se sugiere que indagemos y reflexionemos sobre nuestras propias actitudes y creencias hacia diferentes culturas y clases sociales, ya que a menudo las supervivientes de IPV que tienen problemas de PSU se originan en niveles socioeconómicos bajos y pertenecen a grupos marginados. Además, nuestras competencias profesionales deben incluir la capacidad de reconocer y gestionar todo tipo de conflictos. Por ejemplo, deberíamos ser capaces de resolver de manera eficiente los conflictos entre diferentes sistemas de valores dentro de nosotros; conflictos entre nuestros valores y nuestro comportamiento; conflictos entre nuestros valores y los valores de otras personas (por ejemplo, colegas, clientas, etc.) y conflictos entre nuestros valores y los valores del asesoramiento.

- **La superación personal** también es un principio muy importante para los profesionales de la salud mental que ofrecen asesoramiento como nosotros y constituye una habilidad esencial para cultivar. Sin embargo, debemos tener en cuenta que poseer esta habilidad no significa que hayamos alcanzado el nivel de mejora deseado, sino que estamos comprometidos con él como un proceso continuo. Por lo tanto, debemos ser constantemente conscientes de nuestros valores, conocimientos, habilidades, actitudes y creencias; reconsiderándolos de forma habitual y siempre intentar mejorar y evolucionar.
- Otro principio fundamental del asesoramiento es la **autonomía**, es decir, la capacidad del individuo para pensar, decidir y actuar en función de su pensamiento y decisión, de forma libre e independiente. Los profesionales de IPV deben fomentar la autonomía de las clientas y superar su impulso de orientar, dirigir y suscitarlas, apresurados por sus motivaciones personales y puntos ciegos. Cuando trabajamos con supervivientes de violencia de género, debemos tener mucho cuidado para no afectar su autonomía, especialmente porque otros han controlado a estas mujeres durante un largo período de sus vidas. En realidad, la autonomía adquirida en el contexto de la



orientación / provisión de servicios consiste en uno de los principales objetivos de la terapia de IPV y / o PSU, debido a la baja autoestima y la estigmatización que han sufrido esas mujeres.

El autoconocimiento y la autonomía de las clientas constituyen dos cuestiones correlacionadas. Las motivaciones personales afectan nuestra capacidad para brindar la ayuda adecuada y, por extensión, nuestra capacidad para fomentar la autonomía de nuestras clientas. A través del autoconocimiento, podríamos separar las motivaciones útiles de las dañinas. Por ejemplo, aunque sea una motivación "positiva", la voluntad del orientador de ayudar a otros puede constituir una práctica dañina cuando se convierte en una necesidad que pisotea los deseos y necesidades de las mujeres (por ejemplo, querer que la clienta sea "dependiente" del orientador para poder alimentar la autoestima de los orientadores).

En esta línea, no debemos omitir otro tema crucial relacionado con el autoconocimiento: **el dolor psicológico del orientador**. De hecho, muchos profesionales de la salud mental eligen la profesión de orientación / terapia, impulsados por sus experiencias personales de problemas de salud mental y / o trauma. Según la revisión de Farber et al. (2004), las razones más destacadas que motivan a las personas a ingresar a la profesión de orientación son los sentimientos de aislamiento, soledad y / o tristeza, así como la presencia de experiencias traumáticas, principalmente ocurridas durante infancia. Como resultado, el asesoramiento y / o la terapia pueden ser percibidos y utilizados por esos profesionales como un medio para encontrar respuestas por sí mismos y para satisfacer sus necesidades insatisfechas de atención e intimidad (Farber et al., 2004). En este punto, cabe mencionar que, en el campo de la PSU, debido a la influencia y predominio de la filosofía del enfoque de 12 pasos y Alcohólicos Anónimos, es bastante habitual que los servicios ocupen "terapeutas recuperados" (es decir, profesionales con experiencias personales de PSU que se han recuperado con éxito de PSU) (Rule, 2010). De hecho, se estima que el porcentaje de terapeutas recuperados que trabajan en los servicios de la PSU varía entre el 40% y el 57% (Manejwala, 2014).

En caso de tener experiencias personales de PSU, debes ser muy cuidadoso y consciente de ellas, teniendo en cuenta también las cuestiones de contratransferencia; dado que tales experiencias pueden actuar como debilidades y obstáculos, lo que podría afectar



negativamente el asesoramiento. Más específicamente, nuestras experiencias personales (sin procesar) de PSU pueden conducir a:

- Identificación intensa e indistinguible entre la clienta y nosotros.
- Violación de los límites terapéuticos.
- Obstrucción de la transferencia.
- Enfoques y comportamientos direccionales y dogmáticos y efectos negativos sobre el enfoque científico, la neutralidad, el anonimato y la objetividad (Ham et al., 2013; Wolff & Hayes, 2009).

De manera similar, con respecto a la violencia de pareja de los orientadores y las experiencias personales violentas en general, las motivaciones correspondientes pueden ser extremadamente peligrosas, ya que las experiencias de las clientas pueden desencadenar el trauma de los orientadores y especialmente, en los casos en los que las experiencias y sentimientos traumáticos de los orientadores no se han procesado.

- La **no maleficencia** constituye un principio innegociable, ya que todos los profesionales tienen la obligación de no dañar a las clientas. Sin embargo, en muchos casos complicados, como la IPV y la PSU concurrentes, a menudo es difícil para los profesionales definir dónde poner la línea entre "beneficio" y "daño"; dado que esta valoración se basa en una valoración subjetiva y, como tal, conlleva el riesgo de paternalismo.
- Otro principio fundamental del asesoramiento es la **justicia**, según la cual todas las clientas deben ser tratadas por igual y no ser víctimas de discriminación. Especialmente para las mujeres supervivientes de violencia de género, con o sin problemas de PSU, la justicia y la no discriminación en la relación terapéutica pueden actuar como una experiencia de recuperación que abordaría y deconstruiría las discriminaciones y desigualdades a largo plazo que tienen debido a su género y / o problemas de PSU.

Tarea 1. Principios básicos: En términos de autorreflexión, puedes completar la siguiente cuadrícula calificando cuán importantes son los siguientes principios para ti, de 1 (no importante) a 5 (realmente importante):

Principios	1	2	3	4	5
Autoconocimiento /Autoconciencia					
Superación personal					
Autonomía					
No maleficencia					
Justicia					

1.2 Evaluación de la idoneidad de la usuaria para la orientación en IPV y / o PSU

En primer lugar, en términos de prestación de asesoramiento / terapia, nosotros, como profesionales de IPV, debemos evaluar la idoneidad de nuestra usuaria para el asesoramiento y / o terapia de IPV y / o PSU, siguiendo los pasos que se proporcionan a continuación:

- ✓ Investiga los problemas relacionados con la IPV y / o la PSU que la mujer considera importantes (es decir, los síntomas actuales, cómo afectan su vida / las personas que la rodean), mientras se realiza la detección de la IPV y la PSU.
- ✓ Trata de comprender el mundo de la mujer y céntrate en las áreas que no están saturadas con el “problema”.
- ✓ En lugar de centrarte en el problema, reconoce e integra en la terapia la imagen más amplia del problema.
- ✓ De manera similar, en lugar de enfocarte en la resolución de problemas, enfócate en las fortalezas de la mujer, el cambio deseado y el apoyo y los recursos disponibles.
- ✓ Evalúa la motivación y la voluntad de cambio de la mujer.

Siguiendo estos pasos y adoptando un enfoque de este tipo, la mujer se empoderaría y se le ayudaría a obtener una perspectiva alternativa y / o más amplia, haciendo, de esta manera, que el cambio pareciera factible.

Como orientadores de IPV, también debemos evaluar la capacidad de la usuaria para concentrarse en sí misma y considerar si es una referencia adecuada para nuestro servicio. Si tenemos alguna duda, no debemos dudar en consultar a nuestro coordinador o supervisor.

Por último, pero no menos importante, debemos evaluar posibles problemas de salud, incluidos problemas de salud mental, comorbilidad, medicación, historial de asesoramiento previo, intentos de suicidio previos³, etc.

³ Para obtener más información sobre la detección y la evaluación, lee el Capítulo 5.



1.3 Orientación: introducción y procedimiento

El primer contacto con mujeres supervivientes de violencia en la pareja con problemas de PSU es de gran importancia, ya que necesitan sentirse seguras y protegidas para poder comprometerse con el procedimiento de orientación. Todos los profesionales, independientemente de su experiencia profesional, deben estar siempre preparados para el primer encuentro. Además, el lugar donde se llevará a cabo la sesión debe ser acogedor y amigable (por ejemplo, listo, limpio, cálido, sin ruido ni otras distracciones, sin desencadenantes / señales de IPV o PSU, etc.).

En esta línea, debemos presentarnos y luego proceder a establecer un marco con límites claros e información adecuada proporcionada sobre el proceso y la intervención que seguimos. *¡Recuerda proporcionar esta información de una manera sencilla y comprensible!*

Uno de los principales temas que debemos discutir y explicar claramente a nuestra usuaria es la confidencialidad; abordando sus principios básicos y las ocasiones en que puede romperse. La usuaria debe firmar el formulario de conformidad y, si es posible, recibir folletos informativos.

A partir de entonces, debemos centrarnos en las razones por las que la usuaria buscó ayuda y sondear sus expectativas con respecto a la terapia de IPV y / o PSU. Llegados a este punto, debemos tener en cuenta que no es necesario discutir todos los problemas posibles y reducir el ritmo si es necesario; tranquilizar a la usuaria diciéndole que tendremos mucho tiempo para discutir lo que sea que le preocupe.

1.4 Promoción y facilitación de la orientación

Para que la orientación sea exitosa y efectiva, también debemos seguir algunos principios adicionales, con el objetivo de apoyar y ayudar a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

El primer paso en esta dirección es el **entendimiento** y la construcción e implementación de la relación terapéutica, ya que las clientas, especialmente las

mujeres supervivientes de violencia de género, necesitan sentirse contenidas en un entorno seguro, delimitado y estructurado. Al tratar con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU, debemos tener en cuenta que esas mujeres pueden enfrentarse a desafíos adicionales que complican e incomodan la construcción de una relación, debido al hecho de que han sido traumatizadas, estigmatizadas y marginadas de manera múltiple. Particularmente en términos de IPV, la traumatización y la estigmatización suelen tener lugar dentro de las relaciones cercanas, donde se espera confianza, amor y empatía.

Entonces, ¿cómo deben sentirse las mujeres supervivientes de IPV para confiar en nosotros?

- ✓ Sentirse seguras
- ✓ Sentir que se les cree
- ✓ Sentir que no se les culpa
- ✓ Sentir que no están solas

Como resultado, el profesional de IPV debería ser percibido como una persona **genuina, cálida y empática** que realmente se preocupa por ellas.



Para abordar el estigma tanto externo como interno, debemos, por un lado, creer en nosotros mismos y, por otro lado, comunicar a las clientas que todas las personas son básicamente “buenas”; que nadie nace “malo / malvado” y, por lo tanto, todas las clientas pueden recibir ayuda para cambiar. El cambio deseado por la clienta debe comprender el objetivo de la orientación y enmarcarse como un avance positivo. Para lograrlo, una condición básica es la voluntad de la clienta de recibir ayuda. Sin embargo, por nuestra parte, siempre debemos aclarar a nuestras clientas que el **cambio implica lucha y –posiblemente- dolor**.



1.5 Cierre del ciclo de Orientación

El cierre del ciclo de orientación debe estar muy bien organizado y preparado en detalle. Debemos tener la certeza de que se han abordado suficientemente todas las cuestiones principales relacionadas con la violencia de género y la PSU que han puesto a las mujeres en peligro o las han hecho sufrir. También se sugiere que las usuarias asistan a programas de reintegración social para integrarse; gestionar la estigmatización y la marginación; ampliar sus redes de apoyo y mejorar sus habilidades sociales. Además, como la finalización de la terapia se asemeja a la pérdida y al duelo, las clientas deben ser conscientes y estar preparadas para los sentimientos correspondientes que puedan surgir. Finalmente, pero lo que es más importante, se requiere un seguimiento para que la transición y el cambio sean más leves.

1.6 Gestión de la relación terapéutica: reglas y límites

Todos los orientadores tienen la responsabilidad de gestionar la relación terapéutica y establecer reglas y límites claros. En esta línea, el establecimiento de límites constituye un parámetro significativo, ya que, si no logramos delimitar la relación terapéutica, la clienta puede depender de nosotros; poniendo en peligro de esta manera el resultado terapéutico y provocando el fracaso del tratamiento.

Para que sea eficaz, la delimitación por nuestra parte, debe incluir los siguientes aspectos:

- ⊗ Implementar límites claros con respecto a la **duración** de la sesión de orientación y nuestra **disponibilidad** como orientadores (por ejemplo, cuándo la clienta puede llamarnos), así como el estímulo o disuasión correspondiente para hacerlo.
- ⊗ Establecer límites de **tiempo** claros, que no se excederán.
- ⊗ No **hablar** de otras clientas ni de nuestros problemas. Tales discusiones no deberían ser aceptables bajo ninguna circunstancia, incluso si todas las partes no tienen problemas con eso.

- ⊗ No **aceptar ni ofrecer obsequios** a la clienta; ni ceder ni aceptar de ella ningún tipo de servicio; o utilizar para nuestro propio beneficio la información proporcionada por la clienta.

- ⊗ No promover tus propias **percepciones y creencias** a la clienta (por ejemplo, creencias religiosas).

- ⊗ Evitar el **contacto físico** con la clienta. Especialmente cuando trabajamos con mujeres supervivientes de IPV, debemos tener mucho cuidado con el contacto físico, ya que puede ser percibido como intrusivo y abusivo; desencadenando emociones negativas, flashbacks y avivamientos de la experiencia traumática.

- ⊗ Evitar las **relaciones duales o múltiples** entre tú y las clientas, no solo durante la terapia sino también después de su finalización. Las relaciones duales incluyen condiciones y situaciones como ser amigos; ser socios de trabajo; intercambio de terapia con bienes o servicios; prestación de asesoramiento a familiares o amigos cercanos; ser orientador de la clienta y experto o supervisor al mismo tiempo; socializar fuera del marco terapéutico y la implicación emocional y / o sexual.

1.7 Problemas éticos de los profesionales

Como mencionamos anteriormente, todos los profesionales, incluyéndonos a nosotros que trabajamos en el campo de la IPV, debemos ser plenamente conscientes y estar estrictamente comprometidos con las cuestiones éticas; cuya violación constituye negligencia y está explícitamente prohibida.

La primera y más importante cuestión ética es el derecho de las clientas al **anonimato** y la **confidencialidad**. La confidencialidad constituye un aspecto fundamental de la terapia, ya que es la condición básica para la implementación de la relación terapéutica. La confidencialidad se refiere a toda la información sobre la vida personal, sexual, profesional y familiar de la clienta, así como las experiencias de su familia y sus relaciones sociales cercanas. También incluye aspectos del yo interior como hábitos, pensamientos, opiniones, expectativas, fantasías, miedos, vulnerabilidades y deseos.



Todos los profesionales que trabajan en el campo de IPV y / o PSU deben garantizar el anonimato y la confidencialidad de las clientas. El intercambio de información entre los profesionales y / o servicios correspondientes debe estar en línea con este principio y seguir pautas claras. Los datos personales de las clientas deben anonimizarse y guardarse en un lugar seguro. La clienta debe ser informada oralmente y por escrito sobre las ocasiones en las que se puede romper la confidencialidad.

La violación de la confidencialidad constituye un gran desafío y un dilema ético, tanto profesional como personal para los orientadores. Sin embargo, debe quedar claro para todos los profesionales que la confidencialidad debe romperse en ocasiones específicas, como intentos de suicidio y peligro para la vida. Debemos estar absolutamente seguros del peligro existente para violar la confidencialidad, ya que, en tales casos, el principio de autonomía de la clienta está totalmente invadido. Por esta razón, la evaluación de riesgos es crucial y esencial cuando se trabaja con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU y, por lo tanto, los servicios de IPV y / o PSU deben tener protocolos y pautas claros para la evaluación de riesgos, a fin de determinar la gravedad del peligro y el daño⁴. En los casos de IPV y PSU, el peligro es difusible debido a la revictimización de IPV o a los riesgos relacionados con PSU, como una sobredosis. Por lo tanto, es importante que tengamos en cuenta que solo las personas que podrían tomar medidas y prevenir el daño son las que deben ser informadas (por ejemplo, policía, posible víctima), mientras que la información revelada debe restringirse a aquellas que están relacionadas con la prevención del daño. En cualquier caso, la clienta debe ser informada sobre la violación de la confidencialidad y, si es posible, brindar su consentimiento.

De acuerdo con la ética del asesoramiento, todos los profesionales también deben evitar la **mala práctica**. Como negligencia podría considerarse la falta de obtención del consentimiento de la clienta; el diagnóstico equivocado; la prestación de terapia insuficiente y negligente; la incapacidad de prevenir daños; la relación sexual con la clienta; la derivación inapropiada; la supervisión insuficiente; la violación irrazonable de la confidencialidad; el ejercicio deliberado de estrés emocional, así como el ejercicio

⁴ Para obtener más información sobre la evaluación de riesgos, lee el capítulo 6.

de influencia y calumnia.

1.8 Habilidades de comunicación y asesoramiento

En el contexto de la comunicación efectiva, el **lenguaje** que usamos cuando hablamos con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU debe ser simple, fácilmente comprensible, correspondiente a su nivel de comprensión y sin una terminología científica excesiva. Cuando no es posible evitar la terminología, o cuando la discusión gira en torno a temas y términos complejos, debemos solicitar comentarios con regularidad para asegurarnos de que ella nos ha entendido.

Cuando trabajemos con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU,
deberíamos adoptar
un lenguaje sensible al género, liberado de estereotipos y discriminaciones;
que refleje nuestra empatía, comprensión y apoyo,
así como nuestro **enfoque feminista y sin prejuicios.**

En cuanto a las habilidades de asesoramiento, nosotros, como profesionales, debemos utilizar de forma sistemática las siguientes técnicas:

- **Reflexión:** los orientadores pueden parafrasear y reflejar el contenido de la discusión, así como los sentimientos de la clienta. A través de la reflexión, podríamos sondear si hemos entendido correctamente los hechos revelados por la clienta y comprobar si los sentimientos compartidos (contenido, volumen y tono) están sincronizados con nuestra percepción. De esta manera, se facilita la autoconciencia de la clienta y tiene la oportunidad de escuchar con atención y reconsiderar el significado de lo que acaba de decir. Al reflejar sus sentimientos, expresamos nuestra voluntad de aceptar sus emociones y permitirle que ella también exprese estos sentimientos.

La reflexión de las emociones está relacionada con la empatía y se refiere a la habilidad según la cual el orientador presta atención selectiva y refleja a la clienta el estado emocional que ha observado. De esta forma, los elementos cognitivos se eliminan de la comunicación; mientras que las respuestas y los refuerzos se refieren únicamente a los elementos emocionales que emergen. En esta línea, podríamos usar frases como "*Parece que sientes ...*", "*Pareces sentir...*", "*Siento que (tú) ...*" para reflejar las emociones de la clienta. Aunque la reflexión de las emociones no incluye la reflexión del contexto de la discusión, incluye el parafraseo del contenido de las emociones.

De acuerdo con los principios de la reflexión efectiva, las emociones deben ser reconocidas, caracterizadas y procesadas. Se debe prestar atención a las emociones mixtas o ambiguas; mientras que el reflejo de las emociones podría sacar a la luz el deterioro entre la comunicación verbal y no verbal.

- **Clarificación e identificación de problemas**

A través de la aclaración, podríamos verificar activamente con la clienta que hemos entendido completamente los hechos presentados, mientras que al mismo tiempo sacamos a la luz sentimientos que no se han expresado directamente. Para lograrlo, podríamos solicitar información adicional con el fin de identificar las principales preocupaciones que la mujer, directa o indirectamente, comparte con nosotros. Esta técnica ayuda a las clientas a escucharse mejor a sí mismas y, como resultado, conduce a una mayor comprensión de sí mismas. Parafraseando constantemente, se destacan los puntos urgentes y relevantes que deben tenerse en cuenta.

Para aclarar ciertos temas, frases o emociones, los orientadores pueden usar el estímulo o la paráfrasis. En cuanto al apoyo, podríamos utilizar pequeñas indicaciones, mostrándole así a la mujer que le estamos prestando atención; animándola al mismo tiempo a seguir hablando. Los estímulos pueden incluir indicaciones verbales y no verbales. Las indicaciones verbales pueden ser expresiones cortas; repeticiones de una o dos palabras clave; repeticiones de las palabras exactas de la última frase y el silencio de la clienta ("tiempo de latencia de respuesta").



Las indicaciones no verbales pueden ser el procesamiento de la comunicación corporal, como el contacto visual; inclinación del cuerpo hacia adelante; ausencia de movimientos nerviosos y gestos apropiados. Los estímulos ayudan a las clientas a procesar una incidencia en detalle y fomentan la elaboración y aclaración de lo que se ha dicho.

Parafrasear es la repetición exacta de lo que ha dicho la clienta. Parafrasear le da a la clienta la oportunidad de entender que le estamos prestando mucha atención y tratamos de entenderle. También aclara las palabras y frases de la clienta y nos ofrece la oportunidad de comprobar la precisión de nuestras percepciones sobre ella. Para ser eficaz, la paráfrasis puede incluir: el uso del nombre de la clienta o el pronombre personal correspondiente; uso de las palabras exactas y más significativas de la clienta; y una declaración breve y clara del orientador que transmita el significado de lo que ha dicho.

- **Psicoeducación e información**

El uso de la psicoeducación y la provisión de información relevante para IPV y PSU podría conducir a la clarificación y deconstrucción de las mujeres supervivientes de IPV con mitos relacionados con PSU, relacionados con temas y / o experiencias correspondientes. La psicoeducación y la información sobre IPV y PSU constituyen métodos de empoderamiento de asesoramiento que podrían normalizar las experiencias, pensamientos y sentimientos de las clientas, y ayudarlos a cambiar su perspectiva; proporcionando universalidad. Podríamos lograr la universalidad al afirmar que todas las mujeres, supervivientes de IPV, con o sin problemas de PSU, enfrentan desafíos similares, si no los mismos. Estos métodos de empoderamiento también podrían utilizarse como buenas prácticas, ofreciendo formas de garantizar la seguridad de la violencia de género y abstenerse de la PSU; haciendo factible de esta manera la recuperación. Finalmente, la psicoeducación podría incluir la provisión de recursos comunitarios y otros recursos relevantes, ofreciendo al mismo tiempo opciones que alguna vez parecieron imposibles.

- **Toma de decisiones éticas**

Los profesionales como nosotros, que trabajamos con poblaciones desafiantes, como las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU, con frecuencia tenemos que tomar decisiones que exhiben una subsistencia ética. Un consejo práctico que nos ayudaría a tomar decisiones más precisas es hacernos las siguientes preguntas:

Píldoras para pensar:

- ¿Por qué me preocupa este problema?
- ¿Es realmente un "problema"? ¿Estoy en un dilema / posición incómoda o tengo miedo de hacer lo que sé que es correcto?
- ¿Quién más se ve afectado por esta decisión?
- ¿Es este problema mi propio problema?
- ¿He creado este problema o alguien más lo ha creado? ¿Hasta dónde puedo llegar para solucionarlo?
- ¿Qué tipo de dilema ético es este? ¿Obligación legal / cuestión de justicia / cumplimiento de una promesa / cuestión de honestidad?

- **Retroalimentación:** proporcionar retroalimentación efectiva a las clientas debe seguir algunas reglas específicas. Lea más en la siguiente tabla:

Consejos para una retroalimentación eficaz	
Hacer	No hacer
<p>Nuestros comentarios deben incluir puntos tanto positivos como negativos.</p> <p>p.ej. <i>"Fue muy valiente tu reacción al instante; sin embargo, la próxima vez, piénselo dos veces antes de actuar impulsivamente"</i>.</p>	<p>Nuestros comentarios no deben incluir solo puntos negativos</p> <p>p.ej. <i>"Actuaste impulsivamente y esto no estuvo bien"</i></p>
<p>Nuestros comentarios deben abordar el comportamiento de la cliente</p> <p>p.ej. <i>"Tu comportamiento fue molesto"</i></p>	<p>Nuestros comentarios no deben expresar nuestra impresión de ella</p> <p>p.ej. <i>"Eres molesta"</i></p>
<p>Deberíamos describir lo que observamos o sentimos</p> <p>p.ej. <i>"Tu voz me asustó"</i></p>	<p>No debemos juzgar ni asumir / explicar por qué ha sucedido algo</p> <p>p.ej. <i>"Gritar es horrible, levantas la voz porque eres mala"</i></p>
<p>Debemos expresar nuestros propios pensamientos, emociones o creencias.</p> <p>p.ej. <i>"Creo / siento / creo que ..."</i></p>	<p>No debemos hablar en nombre de otros</p> <p>p.ej. <i>"Todos piensan ... / Está claro para todos que ..."</i></p>

<p>Nuestros comentarios deben referirse a circunstancias y comportamientos específicos.</p>	<p>Nuestros comentarios no deben referirse a generalizaciones</p>
<p>p.ej. <i>"Cuando hiciste esto ... me disgustaste"</i></p>	<p>p.ej. <i>"Siempre me disgustas ..."</i></p>

- **Habilidades de atención**

Para permitir la comunicación e implementar la construcción de relaciones, nosotros, como profesionales, debemos prestar atención a las clientas. Esto podría lograrse teniendo en cuenta las siguientes cuatro dimensiones:

Consejos para las habilidades de atención

➤ **Mantener el contacto visual:**

Haz descansos frecuentes y busca en otro lugar de vez en cuando, para que la clienta no se sienta incómoda o violenta.

➤ **Ten un lenguaje corporal relajado y amigable que muestre interés y aceptación**

Por favor, ten en cuenta que el lenguaje corporal constituye el 85% de la comunicación.

En esta línea, debemos ser conscientes de nuestra postura y encontrar nuestro estilo personal.

➤ **Ten un estilo vocal apropiado,**

incluyendo velocidad de voz lenta y volumen y tono bajos.

➤ **Ten secuencia verbal,**

centrándote en el tema y no haciendo interrupciones innecesarias.

¡Por favor, ten en cuenta que
todas las dimensiones de atención
anteriores (es decir, las formas de
comunicación verbal y no verbal)
deben *ser coherentes con* el **marco
social y cultural** tanto del
orientador como de la cliente!

Además, debemos estar atentos a los “errores de comunicación” más habituales que se relacionan con:

- ⊗ El enfoque: ineficiencia en el primer contacto,
- ⊗ La interpretación: fracaso en la comprensión fenomenológica,
- ⊗ La secuencia verbal: falta de comprensión de las respuestas de la cliente,
- ⊗ La crítica: cuando el orientador juzga a la cliente en lugar de evaluarla,
- ⊗ El error de la omnipotencia: cuando el orientador cree eso, es responsable del comportamiento de la cliente (Conte, 2009).

- **Habilidades de escucha activa**

Para que la clienta sienta que le estamos prestando atención y que le estamos escuchando activamente, debemos estar capacitados y ejercitar las siguientes técnicas, con el fin de desarrollar las competencias profesionales correspondientes:

- **Invitación abierta a la discusión:** Debemos combinar el uso de preguntas abiertas y cerradas; asegurando al mismo tiempo, el equilibrio entre estas dos categorías de preguntas. Las ventajas de tales preguntas son las siguientes:

PREGUNTAS ABIERTAS:
<ul style="list-style-type: none">➤ Animan a las clientas a hablar y expresarse <i>p.ej. "¿Qué quieres decir con esto ...?"</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Fomentan el inicio de la discusión <i>p.ej. "¿Qué te gustaría discutir hoy?"</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Ayudan a la elaboración <i>p.ej. "¿Podrías contarme más sobre ...?"</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Ayudan a adquirir paradigmas del comportamiento de la clienta <i>p.ej. "¿Cómo te las arreglas para lidiar con ...?"</i>
<ul style="list-style-type: none">➤ Ayudan a centrarse en la clienta

PREGUNTAS CERRADAS:

- **Ayudan al orientador a recopilar información específica**
- **Resaltan aspectos de la incidencia, en lugar de la emoción**
- **Hacen que la clienta hable sobre temas que principalmente le interesan al orientador**

! Al plantear estas preguntas, debemos tener mucho cuidado para

NO utilizar preguntas direccionales, orientativas o complejas!

Resumir: resumir es recapitular, condensar y aclarar la esencia de lo que ha dicho la clienta. Incluye la observación cuidadosa y la repetición selectiva, con la mayor precisión posible, de las dimensiones decisivas de las declaraciones y el comportamiento de la clienta. Resumir enfatiza los mensajes de comunicación verbales y no verbales. Tiene como objetivo ayudar a la clienta a unir todos sus pensamientos; comprobar la veracidad -o no- de la reflexión del orientador sobre lo dicho; mostrándole, de esta manera, que hemos escuchado toda su historia / narrativa. En esta línea, podríamos resumir bien el contenido o las emociones suscitadas, parafraseando y reflejando las emociones, de forma respetuosa. La diferencia entre resumir y parafrasear y reflejar las emociones es que resumir es más extenso e incluye una mayor variedad de emociones o temas que se han presentado en una sesión o en una serie de sesiones.

Al resumir, podemos detectar y resaltar los patrones consistentes y repetidos que surgen, así como las inconsistencias y la polarización de las emociones e incidentes de la

cliente. Mientras resumimos, debemos seguir investigando para que la cliente se sienta libre de agregar o corregir lo que quiera.

- **Enfoque:** hay muchos tipos diferentes de enfoque que los profesionales pueden utilizar para verificar las emociones, pensamientos y formas de comunicación de la cliente y ayudarla a desarrollar nuevas visiones de sí misma, de los demás, así como de las dificultades y desafíos que le preocupan. La concentración podría preocupar a la cliente; el orientador; otras personas; el problema o el asunto / problema; la relación orientador-cliente; el contexto ambiental y / o cultural de los temas discutidos.

- **Autorrevelación:** la autorrevelación incluye las formas en que el orientador se permite revelar aspectos de sí mismo a su cliente. A pesar de que durante la orientación / terapia, siempre se revela algo (por ejemplo, a través de la decoración de la oficina, ropa, formas de hablar, títulos en la pared, etc.), la autorrevelación del orientador se define como las declaraciones verbales intencionales que revelan información personal, elementos y aspectos de la experiencia y la vida del orientador (Hill & Knox, 2001). De manera coherente, y en función de su contenido, la autorrevelación podría dividirse en, al menos, siete subtipos: revelaciones de hechos; sentimientos; conocimientos; estrategias; tranquilidad / apoyo; desafío e inmediatez (Hill & Knox, 2001).

La autorrevelación puede inducir consecuencias positivas, ya que:

- aporta a la terapia nuevos conocimientos y perspectivas,
- permite la empatía y la compasión,
- proporciona validez,
- mueve a las personas de "yo" a "nosotros",
- demuestra una habilidad nueva y útil,



- reduce la desigualdad que -por definición- existe dentro de la relación terapéutica,
- implementa una mayor paridad entre el orientador y la clienta,
- hace que el orientador parezca más "humano" y real,
- hace que el orientador sea un modelo a seguir, motivación e inspiración,
- normaliza las experiencias traumáticas, junto con las dificultades y desafíos que se derivan de tales experiencias,
- permite la eliminación de la incriminación del superviviente,
- reduce la vergüenza y el miedo al cambio,
- permite compartir dilemas relacionales,
- permite centrarse en "aquí y ahora",
- proporciona confirmación y esperanza,
- irradia optimismo e inspiración (Audet & Everall, 2010; Duffy, 2010; Fingerson & Ruf, 2014; Ham et al., 2013; Henretty & Levitt, 2010).

Sin embargo, como ya se ha mencionado, debemos tener mucho cuidado al utilizar la autorrevelación, ya que, además de las consecuencias positivas, puede aumentar el riesgo de las mujeres; aumentar las preocupaciones e inducir consecuencias negativas en general (Himmelstein, 2017; Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias / SAMHSA, 2008). Además, al revelarse a sí mismo, el enfoque puede cambiarse a nosotros en lugar de la clienta; podemos incomodar a la clienta con nuestros problemas; podemos ser vistos como una persona "débil" e inestable y la clienta puede volverse dependiente de nosotros (Rule, 2010).



En cualquier caso, la autorrevelación constituye un dilema ético. Si se usa, debe implementarse con cautela, con moderación, con sensibilidad a las respuestas de la clienta y con respecto a sus necesidades individuales. También debemos prestar atención a la contratransferencia, verificar la base ética / moral de la autorrevelación y buscar supervisión si es necesario (Audet & Everall, 2010; Fingerson & Ruf, 2014; Miller & McNaught, 2016).

1.9 Habilidades de gestión y evaluación de riesgos y crisis⁵

Para ser eficientes y, en última instancia, ayudar y apoyar a las supervivientes de IPV con problemas de PSU, los orientadores deben tener el conocimiento y la capacidad para evaluar y gestionar situaciones de riesgo y crisis relacionadas tanto con IPV como con PSU. En este sentido, debemos poseer las habilidades adecuadas para poder valorar y evaluar los posibles riesgos y formular el caso, de manera precisa y oportuna. Después de la evaluación de riesgos y crisis, debemos proceder a definir los objetivos y acciones esenciales. La gestión de riesgos y crisis de la violencia de género podría incluir la prevención de violencia adicional y los daños correspondientes, la retraumatización y la revelación de la incidencia traumática. La evaluación de riesgos y la gestión de crisis de la PSU podrían incluir la reducción de daños, la prevención de sobredosis y la prevención de recaídas.

1.10 Supervisión científica y evaluación del asesoramiento⁶

Como ya se mencionó anteriormente, la supervisión científica es de gran importancia en todos los casos, incluido el trabajo con supervivientes de IPV con problemas de PSU. Es importante que los orientadores tengan la oportunidad de obtener ayuda y orientación para mejorar y brindar un apoyo más eficiente a las clientas. En este contexto, la supervisión nos ayudará a superar obstáculos como la frustración y la ofensa / vanidad, emociones que son muy comunes y prevalentes en este campo. También nos ayudará a tomar decisiones éticas y lógicas sobre los dilemas que describimos anteriormente. Además, trabajar con las supervivientes y tranquilizarlas “que no están solas” requiere

⁵ Para obtener más información sobre la evaluación de riesgos y la gestión de crisis, lea el capítulo 6.

⁶ Para obtener más información sobre supervisión y evaluación, lea los capítulos 7.1 y 7.2.



la tranquilidad de que ni nosotros, como orientadores, estamos solos.

Al mismo tiempo, la valoración de la asesoría y prestación de servicios en general, constituye una de las principales condiciones de la prestación de servicios cualitativos a supervivientes de IPV con problemas de PSU. Como resultado, los servicios involucrados deben implementar protocolos de evaluación claros y estructurados que les ayuden a reconocer sus propias brechas y “puntos ciegos” y establecer los fundamentos para mejoras y desarrollos basados en la evidencia en el campo.

Tarea 2. Habilidades básicas: completa la siguiente cuadrícula calificando cuán **importantes** son las siguientes habilidades para ti, de 1 (no importante) a 5 (realmente importante):

HABILIDADES	1	2	3	4	5
Evaluación de la idoneidad de la usuaria para el asesoramiento de IPV y / o PSU					
Introducción y proceso de orientación					
Promoción y facilitación de la orientación					
Cierre del ciclo de orientación					
Manejo de la relación terapéutica: reglas y límites					
Cuestiones éticas					
Habilidades de comunicación y asesoramiento					

Habilidades de gestión y evaluación de riesgos y crisis					
Supervisión científica y evaluación de la orientación					

Tarea 3. Habilidades básicas: Completa la siguiente cuadrícula calificando cuál es tu **nivel de familiaridad y capacidad** con respecto a las siguientes habilidades, de 1 (no familiarizado / capaz en absoluto) a 5 (muy familiar / capaz):

HABILIDADES	1	2	3	4	5
Evaluación de la idoneidad de la usuaria para el asesoramiento de IPV y / o PSU					
Introducción y proceso de orientación					
Promoción y facilitación de la orientación					
Cierre del ciclo de orientación					
Manejo de la relación terapéutica: reglas y límites					
Cuestiones éticas					
Habilidades de comunicación y asesoramiento					
Habilidades de gestión y evaluación de riesgos y crisis					
Supervisión científica y evaluación de la orientación					

Preguntas clave para el Capítulo 1

1. ¿Has aprendido más o has mejorado tus conocimientos y / o tus habilidades profesionales con respecto a los principios básicos de la orientación? En caso afirmativo, ¿cuáles fueron / son los principios y / o habilidades que te causaron la mayor impresión o que te interesaron más?
2. ¿Cuál fue tu nivel de conocimiento sobre las reglas de anonimato y confidencialidad de las clientas, así como su importancia, antes y después de la capacitación? ¿Notas algún cambio?
3. ¿Has aprendido más sobre las intervenciones no maléficas a través de esta capacitación? Si es así, ¿cuáles son?
4. ¿Cuál fue tu nivel de conocimiento sobre la justicia y su importancia, antes y después de la capacitación? ¿Notas algún cambio?
5. ¿Cuál fue tu nivel de conocimiento sobre la autonomía de las clientas, su importancia y las formas de fomentar la autonomía, antes y después de la capacitación? ¿Notas algún cambio?
6. ¿Qué tan capaz te sientes de tratar con empatía a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
7. ¿Qué tan capaz te sientes de tratar con compasión a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
8. ¿Qué tan capaz te sientes de no juzgar mientras trabajas con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
9. ¿Qué tan capaz te sientes de mostrar flexibilidad mientras trabajas con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
10. ¿Qué tan receptivo te sientes a los cambios mientras trabajas con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?

11. ¿Qué importancia tiene el autoconocimiento, según tu opinión, al trabajar con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
12. ¿Qué importancia tiene la superación personal, según tu opinión, al trabajar con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
13. ¿Qué tan capaz te sientes de seguir las etapas del procedimiento de asesoramiento?
14. ¿Qué tan capaz te sientes de manejar la relación terapéutica?
15. ¿Cómo evalúas tus habilidades de comunicación y atención? ¿Qué tan importantes las consideras mientras trabajas con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
16. ¿Qué importancia crees que tiene la toma de decisiones éticas? ¿Qué tan seguro te sientes con tu toma de decisiones éticas mientras trabajas con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
17. ¿Qué tan capaz te sientes de implementar técnicas de asesoramiento como la reflexión, la aclaración, etc.?
18. ¿Qué importancia crees que tienen estas técnicas para la comunicación y la elaboración entre tú y su cliente?
19. Con respecto a la autorrevelación (antes y después de la capacitación):
 - ¿Qué tan consciente eras de las ventajas y desventajas de la autorrevelación del orientador? ¿Qué tan consciente te sientes después de este entrenamiento? ¿Observas algún cambio en tus creencias, actitudes o habilidades con respecto a la autorrevelación?
 - ¿Qué tan posible es utilizar la autorrevelación mientras se trabaja con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU? ¿Cuáles son los factores que condicionarían tu decisión?

2. Correlación entre IPV y PSU

¿Qué aprenderás en este capítulo?

- **Describir la complejidad** a la que se enfrentan las mujeres con IPV y PSU concurrentes, incluidas las **barreras** adicionales a las que se deben enfrentar.
- **Comprensión del fenómeno** de la IPV concurrente y la PSU y cómo afectan el tratamiento y los objetivos terapéuticos.

Palabras clave: Barreras, Correlación, Influencia negativa mutua, No juzgar, Estigma

2.1 Prevalencia y alcance del problema de la IPV concurrente y la PSU

La IPV y el consumo de sustancias suelen coexistir. Las investigaciones indican que este es el caso cuando se analiza la prevalencia de la PSU entre las mujeres que padecen IPV, o al revés, se observa la prevalencia de la IPV entre las mujeres que padecen la PSU.

Las mujeres que han estado expuestas a la IPV tienen más probabilidades de lidiar con la PSU, que las mujeres que no han estado expuestas a la IPV (La Flair et al., 2012; Lipsky y Caetano, 2008)

Un estudio general de Estados Unidos de 2012 reveló que entre el 22% y el 72% de las residentes de refugios de violencia doméstica tenían problemas actuales o pasados con el consumo de alcohol u otras sustancias (Schumacher y Holt, 2012). Estos números varían dependiendo de muchos factores, como la población estudiada, cómo se define la PSU y la metodología utilizada. Vale la pena señalar que los refugios de violencia doméstica con frecuencia prohíben el uso de sustancias en el lugar y, por lo tanto, excluyen a las mujeres que sufren problemas de PSU. Por lo tanto, el porcentaje de PSU entre los supervivientes de violencia de género es probablemente más alto que el que se encuentra entre las residentes de refugios de violencia doméstica. También existen evidentemente diferencias entre diferentes países y culturas sobre la relación entre IPV y PSU, así como entre sustancias. Por ejemplo, aunque las investigaciones de los Estados Unidos demuestran de manera persistente un aumento del consumo de alcohol entre las mujeres supervivientes de IPV, los estudios españoles no han destacado que este sea el caso del alcohol, sino de los psicofármacos⁷(Crespo et al., 2017).

En otro estudio también realizado con residentes de refugios de violencia doméstica en los Estados Unidos, más del 75% de las encuestadas informaron haber consumido cocaína alguna vez (Fowler, 2007). Más del 80% informó haber consumido cannabis alguna vez, mientras que el 10,8% informó haber consumido cannabis en los últimos 30 días. Casi el 60% eran dependientes del alcohol y el 55% dependían de las drogas (Fowler, 2007).

En un estudio longitudinal (donde se observa a las personas durante un período de tiempo más largo) realizado sobre mujeres que experimentan violencia y consumen sustancias, las mujeres que habían experimentado violencia tenían el doble de probabilidades, dos años después, de reportar PSU, que las mujeres que no habían experimentado violencia (Kilpatrick y col., 1997). Las mujeres tenían de 2 a 3 veces más probabilidades de reportar PSU por alcohol o drogas inmediatamente después de experimentar violencia (Kilpatrick et al., 1997). Otro estudio longitudinal donde se monitoreó a mujeres jóvenes durante cinco años, también destacó que la agresión sexual predijo un aumento en el consumo de alcohol (Parks et al., 2014).

⁷ Una droga psicotrópica es cualquier droga, legal o ilegal, que afecte la mente, las emociones o el comportamiento.



Asimismo, al estudiar la correlación entre la violencia doméstica y el consumo de sustancias, varias investigaciones dirigidas explícitamente a la violencia de pareja, también demostraron una estrecha relación entre ser un superviviente de la violencia de género y sufrir problemas de PSU (Devries et al., 2014; Sullivan et al., 2016; Organización Mundial de la Salud / OMS, 2013a).

Cuando se estudian las personas que acceden a los servicios de tratamiento de la PSU, los resultados indican consistentemente que un alto porcentaje de estas mujeres son supervivientes de la IPV (Schneider et al., 2009).

De manera similar, un estudio cualitativo reciente en los Estados Unidos sobre mujeres que usan opioides reveló que, de las 40 mujeres participantes, todas habían experimentado alguna forma de IPV en su vida (Pallatino et al., 2021). Un estudio realizado a principios de la década del 2000 en Nueva York entre mujeres en tratamiento con metadona reveló que el 87,6% de estas mujeres habían experimentado IPV en su vida y el 46,6% en los últimos seis meses (El-Bassel et al., 2004). En una investigación de España que estudió el historial de abuso entre las personas que buscaban tratamiento con PSU, el 68,3% de las mujeres informaron haber tenido experiencias de abuso (Daigre et al., 2015). Además, este estudio destacó que las personas que habían experimentado abuso tenían problemas de PSU más graves que las personas que no informaron el abuso. Otro estudio más realizado en cinco partes diferentes de Europa (Austria, Italia, Polonia, Escocia y España) demostró que entre las mujeres que se inyectan drogas el 70% informó haber experimentado IPV en los últimos 12 meses; mientras que la forma más común de IPV experimentada fue una combinación de abuso sexual y físico (Tirado-Muñoz et al., 2018).

En general, debemos tener presente que, entre las mujeres que buscan tratamiento para la PSU, la prevalencia de IPV es **de tres a cinco veces mayor** que la prevalencia de IPV en muestras comunitarias de mujeres (El-Bassel et al., 2011).

La alta prevalencia y la fuerte correlación entre IPV y PSU pueden parecer abrumadoras tanto para las clientas como para los profesionales. Sin embargo, es importante para nosotros, como profesionales, reconocer el alcance del problema para poder dar los primeros pasos para brindar apoyo a las mujeres que se enfrentan tanto a la IPV como a la PSU.

Con ese fin, debemos ser conscientes de la manera intrincada y compleja en que la IPV y la PSU están estrechamente vinculadas. De esta manera, como todos podríamos entender, es imposible determinar cuál afecta al otro, ya que ambos trabajan para agravar el otro problema, produciendo así un círculo vicioso.

¡Algunos puntos que debemos tener en cuenta con respecto a la correlación IPV y PSU!:

- Las personas con experiencias de violencia pueden recurrir al uso de sustancias para **hacer frente al dolor, el miedo y todas las demás emociones negativas** que acompañan a ser un superviviente de la violencia ...

Muchas mujeres informan que el consumo de sustancias es una forma de lidiar con las emociones negativas (Abulseoud et al., 2013; Jamison et al., 2010).

- Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres **de ser inyectadas por su pareja íntima**, tanto la primera vez que usan drogas inyectables como de manera regular después de esto; teniendo de esta forma más probabilidades de no tener control sobre sus inyecciones ...

(Mayers et al., 2020; Simmons et al., 2012; Wright et al., 2007).

- Algunos perpetradores de IPV usan sustancias como una herramienta para **controlar a sus parejas**.

Los perpetradores pueden obligar a las víctimas a consumir una sustancia y / o incluso controlar cuándo y cómo se consumen las sustancias ...

(Warshaw et al., 2014).



2.2 Barreras adicionales para las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU

Existen varios peligros o daños adicionales a los que se enfrentan las supervivientes de la violencia de género que también están lidiando con la PSU. Nosotros, como profesionales que trabajamos en el apoyo a estas supervivientes, debemos ser conscientes de los siguientes aspectos:

- a) Los efectos agudos y crónicos del consumo de alcohol y / o drogas pueden impedir que una superviviente evalúe con precisión sus niveles de peligro.
- b) El uso de sustancias puede generar en la individuo una sensación errónea de mayor poder y, por lo tanto, una creencia errónea de que es posible la autodefensa contra un asalto.

Además de los peligros y daños que mencionamos anteriormente, las personas, y especialmente las mujeres, también se enfrentan a varios desafíos adicionales, dados los problemas dobles e interconectados de IPV y PSU. Más abajo, trataremos de dar respuestas a algunas de las preguntas más frecuentes sobre las supervivientes de la violencia de género (IPV) con problemas de PSU, desafíos y barreras; brindando, al mismo tiempo, algunos consejos que pueden resultarte útiles. Si estás interesado y / o tienes curiosidad por obtener más información sobre este tema, ¡consulta la siguiente tabla!

PREGUNTA	RESPUESTA	CONSEJO
<p>¿Cuáles son algunas de las posibles razones por las que una mujer puede no querer revelarnos o discutir con nosotros (como profesionales de IPV) sobre su PSU?</p>	<p>Debido al temor de ser arrestadas o derivadas a una agencia de bienestar infantil (y / o incluso perder la custodia de sus hijos), las mujeres pueden mostrarse reacias a revelar o discutir sobre su PSU cuando buscan ayuda por su victimización por IPV.</p>	<p>Sin duda, para todos los profesionales de la IPV, incluidos nosotros también, es fundamental ser conscientes de que pueden existir posibles problemas de PSU y ser capaces de detectarlos y tratarlos.</p> <p>Sin embargo, antes de proporcionar a las clientas apoyo relevante, debemos dar un paso atrás y meditar y asegurarnos de que tenemos confianza establecida entre nosotros y la clienta, siendo este el primer paso y más importante de nuestras intervenciones. Con ese fin nos enfocamos entonces en la relación con la clienta, en lugar de presionarle para que busque ayuda oficial para su adicción.</p>
<p>¿Cuáles son algunas de las posibles razones por las cuales una pareja violenta puede no</p>	<p>El aislamiento social podría producir mayor dependencia de la pareja y, como resultado, los intentos de las mujeres de</p>	<p>Este es un ejemplo indicativo de la necesidad de que profesionales y servicios de IPV y PSU</p>

<p>apoyar o incluso hacer más difícil para una mujer buscar ayuda para sus problemas con adicciones?</p>	<p>estar sobrias o reducir la PSU puede percibirse como amenazante por una pareja controladora.</p> <p>A veces, los hombres violentos animan activamente a las mujeres a dejar el tratamiento - eso si ellos pueden acceder a los servicios en primer lugar.</p>	<p>trabajen juntos.</p> <p>Como consecuencia, los profesionales que trabajan en el campo de la PSU deben sospechar que la IPV es un problema y que el tratamiento de PSU puede ser una amenaza para la mujer.</p> <p>Como resultado, es de absoluta importancia para los servicios y profesionales de la PSU e IPV como nosotros, cooperar, ya que podemos evaluar el riesgo, discutir con la mujer las opciones y ayudarle a crear un plan de seguridad.</p>
<p>¿Los servicios existentes aceptan supervivientes de IPV con problemas de PSU?</p> <p>¿Hay servicios disponibles para individuos –y especialmente para las mujeres- con IPV y PSU concurrentes?</p>	<p>Muchos servicios no están disponibles en absoluto o solo están disponibles parcialmente. Esto significa que para muchas mujeres no hay ningún lugar al que acudir para obtener apoyo para abordar estos dos problemas y explorar los vínculos entre ellos también. Como resultado, las mujeres pueden sentirse obligadas a ocultar su PSU para obtener apoyo para</p>	<p>En este punto, vale la pena explorar cómo ampliar nuestros enfoques y, por extensión, nuestros servicios, parcial o totalmente, para acoger a las mujeres supervivientes con problemas de PSU.</p>

	<p>sus problemas de IPV o viceversa, es decir, pueden sentir que el tratamiento de PSU no brinda el apoyo necesario para sus problemas de IPV.</p>	
<p>¿Cuál es la actitud general hacia las mujeres que se tratan por PSU y especialmente hacia las mujeres supervivientes de IPV que lidian con PSU?</p>	<p>En general, es casi incuestionable que existe mucho estigma contra las personas que experimentan PSU en casi todas las comunidades. Las mujeres, que a menudo ya tienen baja autoestima y sentimientos negativos sobre sí mismas debido a la IPV, tienen más probabilidades de haber internalizado el estigma que se deriva de la PSU y, por lo tanto, tienen que luchar contra emociones negativas adicionales como la culpa y la vergüenza. El estigma y la discriminación contra las mujeres que se enfrentan tanto a la violencia de género como a la PSU pueden actuar como un beneficio para los perpetradores, ya que cuentan con las deficientes respuestas del sistema a las supervivientes.</p>	<p>En cuanto a las actitudes hacia las mujeres con IPV y PSU concurrentes, debemos ser conscientes de ser parte de la solución y no del problema. Es muy importante normalizar el consumo de sustancias y discutirlo sin juzgarlo para ganar confianza y no para intensificar la culpa y la vergüenza que probablemente ya sienten estas mujeres.</p>

<p>¿Qué sucede cuando las mujeres con IPV y PSU concurrentes se vuelven sobrias?</p>	<p>Dado que las supervivientes intoxicadas suelen ser más fáciles de controlar y el uso de sustancias a veces se usa como una forma de control, las parejas abusivas pueden aumentar la violencia a medida que el superviviente en recuperación se vuelve menos fácil de controlar.</p>	<p>En qué momento abordar qué tema es, por tanto, un asunto muy delicado. Además, debe decidirse caso por caso y siempre en cooperación con el superviviente.</p>
--	---	---

2.3 Los efectos de la IPV en la PSU y viceversa

Como hemos establecido, IPV y PSU están intrincadamente vinculados de formas complejas; un tema afecta al otro, exacerbando así el problema general. Dicho esto, consideramos muy importante en este momento ampliar nuestra comprensión de cómo estos dos problemas se influyen mutuamente y contribuyen a que la recuperación del otro problema sea más desafiante.

2.3.1 ¿Cómo interfiere la PSU con la curación de la IPV?

Como se mencionó anteriormente, el consumo de sustancias podría ser un mecanismo de superación, utilizado por las supervivientes de la violencia –incluida la violencia de género también– para lidiar con las muchas emociones difíciles que acompañan a estas experiencias traumáticas. Sin embargo, el uso o abuso de alcohol y / o drogas, después de todo, no logra curar el dolor causado por la IPV. Siempre que este “fracaso” y el hecho de que el dolor y otras emociones negativas estén presentes, aunque en ocasiones ocultas, debemos tener siempre en cuenta que, en tales casos, las sesiones de asesoramiento o terapia pueden sacar a relucir emociones fuertes. Además, las sustancias cortan estas emociones y reprimen los sentimientos del superviviente. Esto significa que puede resultar difícil que nuestro trabajo avance, que la curación no se produzca y que el dolor continúe. Como ya habrá comprendido, nosotros como profesionales de la IPV debemos ser conscientes de este fenómeno y decidir junto con la mujer cuándo es el momento adecuado para empezar a trabajar en la reducción de la



PSU.

2.3.2 ¿Cómo interfiere la IPV en la recuperación de las adicciones?

Puesto que las mujeres pueden consumir alcohol o drogas para dominar sus sentimientos sobre el abuso, cuando dejan de beber alcohol o de consumir drogas, las emociones enterradas pueden aflorar. Estos sentimientos de dolor, miedo o vergüenza pueden provocar una recaída si no se abordan. Además, dentro de una relación abusiva, la recuperación de una mujer puede amenazar el sentido de control de su pareja. Por lo tanto, para recuperar el control, su pareja puede intentar socavar su recuperación presionándola para que consuma alcohol o drogas, disuadiéndola de ver a su orientador, de completar el tratamiento o de asistir a las reuniones. Incluso puede intensificar la violencia. Aquí, es necesario que los servicios de la PSU trabajen con los servicios de IPV para que el trabajo realizado en el tratamiento de la PSU no sea en vano ni genere más violencia.

2.3.3 ¿Cómo podría una mujer romper el círculo vicioso de IPV y PSU?

Algunas mujeres sienten que solo pueden abordar uno de estos problemas a la vez. Otras sienten que necesitan abordar la PSU y la violencia al mismo tiempo para romper este círculo vicioso. Un servicio de violencia doméstica, y más específicamente nosotros como profesionales, podríamos ayudar a una mujer que se encuentra en una relación abusiva. Al mismo tiempo, el tratamiento PSU podría ayudarle a superar sus problemas de PSU. Así que recuerde:

Independientemente del lugar al que acuda primero la persona con IPV y PSU concurrente, los profesionales deben brindarle apoyo informándole de los otros servicios y, si es necesario, hacer las derivaciones adecuadas.

¡Esto asegura que pueda obtener todos los servicios y la ayuda que necesita!



2.3.4 ¿Con qué lidiar primero?

Las supervivientes responden a su situación única a su manera y en su propio tiempo. Hay muchos caminos hacia la seguridad y la recuperación, que son únicos para cada superviviente. Una superviviente puede buscar la seguridad primero, la sobriedad primero, o alternativamente, trabajando en uno u otro o en ambos al tomar decisiones en el camino basadas en la realidad de lo que está sucediendo en su vida. Hay muchos caminos y las elecciones de cada persona son únicas y, por lo tanto, deben respetarse. La decisión de una superviviente de no dejar de consumir sustancias inmediatamente o de rechazar el tratamiento, la defensa o el refugio no debe considerarse un fracaso (*¡ni del superviviente ni de su orientador!*). Las decisiones sobre las elecciones y el momento oportuno pertenecen a las supervivientes. ¡Ten en cuenta que debemos escuchar a los supervivientes y respetar sus decisiones incluso si difieren de lo que creemos que es mejor!

2.4 Reconociendo nuestro propio prejuicio con respecto a la PSU

Las actitudes negativas hacia la PSU son muy comunes en diferentes sociedades. Reconocer que las actitudes negativas de nuestra comunidad nos afectan a todos –¡a pesar de nuestra formación científica! - no nos convierte en una mala persona. ¡Todos tenemos prejuicios y reconocerlos es el primer paso para lidiar con ellos!

Píldoras para pensar:

- Piensa en cómo se discutió el uso / abuso de sustancias en tu hogar, comunidad y país.

- Reflexiona sobre cómo esta discusión y / o la experiencia de conocer a alguien que está lidiando con PSU ha influido en tus actitudes y creencias hacia este tema.

- Piensa en tu puesto, tu trasfondo cultural, estatus socioeconómico, etnia, estatus en la sociedad, etc., en comparación con el de las mujeres que buscan tus servicios:
 - ¿Cuáles son las diferencias de poder?

 - ¿Cómo afectan el intercambio y cómo deben tenerse en cuenta estas diferencias en su trabajo?

Además de reconocer nuestros propios prejuicios, actitudes negativas y puntos de vista sobre las personas con problemas de PSU, es igualmente importante no permitir que interfieran con nuestra responsabilidad de trabajar en nombre de nuestras clientas.

Las mujeres que comienzan a consumir sustancias como resultado de la violencia, experimentan una amplia gama de sentimientos negativos que se derivan de la violencia. Como consecuencia, a menudo se ven agravados por un sentimiento de vergüenza e ira hacia ellas mismas por su PSU. Basándonos en esto, estas mujeres necesitan que las ayudemos a deshacerse de la vergüenza y los sentimientos negativos, y no a reforzarlos.

2.5 Practicar el no juzgar y normalizar el uso de sustancias

Cualquier persona perjudicada bajo la influencia del alcohol o las drogas debe recibir un mensaje claro de nosotros como profesionales: ¡que la superviviente de la violencia nunca tiene la culpa! El perpetrador es siempre el responsable de la violencia, sin importar si la superviviente estaba ebria o no. En esta línea y de acuerdo con lo que mencionamos anteriormente con respecto a las actitudes y creencias de los profesionales, cuando se trabaja con supervivientes de violencia de pareja con problemas de PSU, por un lado, debemos ser no críticos; mientras que, por otro lado, necesitamos normalizar el uso de sustancias. En este punto, es posible que te estés preguntando razonablemente:

¿Por qué debemos seguir un enfoque sin prejuicios y normalizar el abuso de sustancias?

Seguimos tales enfoques debido al hecho de que...

- Nuestro trabajo es hacer que el cliente se sienta a gusto.
- Nos ayudarían a ganarnos la confianza del cliente más rápidamente.
- Es más probable que funcione para obtener la información correcta sobre la fuente de alimentación.

Para evitar que las preguntas suenen críticas, podría ser útil para nosotros enmarcar nuestras preguntas en relación con los mecanismos de superación. Aquí hay algunas preguntas posibles que podrían usarse para comenzar a hablar sobre la PSU con las supervivientes de IPV. Por favor, ¡siéntete libre de usarlos y adaptarlos según lo que mejor se adapte a tus escenarios!

- ✓ *Los supervivientes que veo a menudo me dicen que sienten estrés. Hay varias formas de lidiar con el estrés. ¿Qué funciona mejor para usted?*
- ✓ *Muchos supervivientes me dicen que intentan dormir más, comer mejor o ir de*



compras. ¿Ha probado alguna de esas formas de afrontarlo?

✓ *Muchos supervivientes también me dicen que la mejor manera de sobrellevar la situación es fumar un cigarrillo, tomar una copa o tomar algo más. ¿Ha probado eso? ¿Ha funcionado? ¿Considera que todavía está funcionando?*

Asumir el uso de drogas y alcohol:

✓ *¿Cuánto alcohol y / o drogas consume cada día?*

✓ *¿Qué tipo de sustancias consume?*

Normalizar el uso de drogas:

✓ *Algunas personas encuentran que el uso de drogas y / o alcohol les ayuda a sobrellevar el abuso. ¿Beber o consumir drogas le ayuda a sobrellevar su situación?*

Preguntar en el contexto de tensiones específicas:

✓ *¿Qué usa para lidiar con la violencia / el dolor?*

¡Recuerda ofrecer **respeto**, no rescate;

opciones, NO órdenes!

➤ *¡Es más probable que los supervivientes se beneficien de nuestros servicios si se sienten seguros, si pueden compartir sus historias, y si sienten una sensación de conexión!*



La validación también es muy importante. Aquí hay unos ejemplos:

- ✓ *Nadie tiene derecho a lastimarle. Usted no merece esto.*

- ✓ *Nunca es culpa suya que alguien le haga daño, incluso si estaba bebiendo o consumiendo drogas. ¡Usted no hizo que esto sucediera! El perpetrador eligió ser violento.*

- ✓ *Me alegra que haya encontrado una manera de sobrellevar la situación.*

- ✓ *Beber o usar drogas puede adormecer el dolor por un tiempo, pero existen formas más seguras de afrontarlo que podrían causarle menos dolor.*

- ✓ *Tiene mucho mérito encontrar la fuerza para hablar de esto. Su seguridad también puede mejorar la seguridad y el bienestar de sus hijos.*

Preguntas clave para el capítulo 2

1. ¿Qué tan frecuente y fuertemente correlacionado está, según tu opinión, el fenómeno de IPV y PSU concurrentes?
2. ¿Qué barreras afrontan las mujeres con IPV concurrente y PSU cuando tratan de encontrar apoyo?
3. Nombra algunos de los efectos que la IPV tiene en las adicciones y viceversa.
4. Nombra algunas razones y formas de implementar enfoques e intervenciones de normalización y no juzgar el uso de sustancias.
5. ¿Qué tan capaz te sientes de implementar los enfoques e intervenciones antes mencionados?
6. ¿Has aprendido más sobre los efectos de tu propio prejuicio hacia las mujeres con problemas de PSU a través de esta capacitación?

3. Enfoques integrales para mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de PSU

¿Qué aprenderás en este capítulo?

- **Implementar intervenciones específicas** para mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.
- **Comprender la necesidad de intervenciones y otros enfoques de reducción de daños, sensibles al género, informados sobre el trauma** para las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

Palabras clave: enfoques, sensible al género, reducción de daños, modelos integrados, informado sobre el trauma

En este capítulo vamos a presentaros la situación actual y, en consecuencia, las necesidades existentes con respecto al tratamiento disponible para mujeres con problemas de PSU y los enfoques de tratamiento integral para mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

Antes de continuar leyendo este capítulo, tómate un tiempo para reflexionar sobre tus conocimientos y experiencias con respecto a este tema, haciéndote las siguientes preguntas:

Píldoras para pensar:

- ¿Cuáles son las necesidades de tratamiento de las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
- ¿Cuáles son los desafíos y / u obstáculos a los que se enfrentan las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU mientras buscan ayuda / tratamiento?
- ¿Cuál es la situación existente en tu país para el tratamiento de mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
- ¿Cuáles son los enfoques disponibles en tu país / organización para tratar IPV y PSU concurrentes?
- ¿Cuáles son los desafíos y / u obstáculos a los que te enfrentas al tratar a mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
- ¿Cuáles son tus necesidades para tratar de manera efectiva a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
- ¿Cuáles son las necesidades de tu organización para tratar eficazmente a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?

3.1 Situación existente y necesidades de tratamiento concurrente de IPV y PSU

En la siguiente tabla puedes encontrar algunos datos sobre la prestación de servicios actualmente disponibles y los enfoques terapéuticos existentes para la IPV, la PSU y la IPV y la PSU concurrentes, así como datos sobre las brechas y barreras correspondientes⁸:

⁸ Para obtener más información sobre este tema, puedes leer: Covington, 2019; Klostermann y col., 2010; Manandhar et al., 2018; Proyecto MARISSA, 2021; Schamp, 2019; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito / UNODC, 2016).

Los sistemas de salud física y mental no tienen en consideración las cuestiones relacionadas con el género y tienden a descuidar las formas en que las normas, roles y relaciones desiguales de género afectan a la salud; conduciendo, de esta manera, a discriminaciones contra las mujeres

La falta de conocimiento y preparación en temas de género, induce a los políticos y tomadores de decisiones a dificultades en la comprensión y, por ende, en la respuesta efectiva a los determinantes de género de las principales cargas emergentes, relacionadas con problemas de salud física y / o mental

Las relaciones de poder y jerarquía subyacentes existentes entre hombres y mujeres, que afectan y dan forma no solo a la salud, sino también a la prestación de servicios de salud, no se han reconocido ni abordado explícitamente

Las desigualdades derivadas de los estereotipos de género y el estigma relacionado con el género crean brechas en la cobertura de salud. A su vez, estas brechas afectan negativamente la prestación de servicios a las mujeres, lo que en muchos casos conduce incluso al fracaso de la prestación de la terapia.

Los servicios de soporte y tratamiento existentes para IPV y / o PSU, tanto a nivel europeo como global, tradicionalmente tratan IPV y PSU por separado

La provisión de servicios para mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU, por lo general cae en un "tratamiento habitual", ya que hay una ausencia casi total de servicios de IPV y PSU especializados en casos de IPV y PSU concomitantes

El tratamiento habitual para las personas con problemas de PSU podría caracterizarse como ciego al género, incluido el tratamiento estándar de PSU; referencias a servicios de violencia doméstica; terapia conjunta (como terapia conductual de pareja para la PSU) e intervenciones de PSU basadas en el individuo

El tratamiento habitual para los supervivientes de IPV incluye intervenciones basadas en el individuo y / o en la pareja para la IPV

Las intervenciones y enfoques aplicados por los servicios de IPV y PSU podrían caracterizarse razonablemente como rígidos e inflexibles, carentes de sensibilidad hacia las necesidades especiales de las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU

Las intervenciones y enfoques de los servicios de IPV no tienen en cuenta ni tratan la PSU; mientras que, por otro lado, las intervenciones y los enfoques de los servicios de PSU carecen de sensibilidad hacia los problemas relacionados con el género y el trauma

Hay pocos o ningún recurso ni opciones de terapia para las mujeres con IPV y PSU concurrentes; mientras que, en la mayoría de los casos, estas mujeres requieren estar sobrias para recibir cualquier tipo de asistencia terapéutica

En consecuencia, al entrar en contacto e interactuar con estos servicios -y por extensión con los profesionales correspondientes-, las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU se enfrentan a múltiples barreras relacionadas con su género. Las barreras de género más prevalentes, que todos los profesionales deben conocer, son:

- ☒ normas y estereotipos de género,

- ☒ patrones de empleo y trabajo de género y estereotipos de género por parte de los proveedores de atención médica,

- ☒ pobreza,

- ☒ accesibilidad y asequibilidad de los servicios de IPV y / o PSU,



☒ ausencia de servicios de cuidado infantil que intensifica el miedo a perder la custodia de sus hijos,

☒ estigma social,

☒ vergüenza y culpa que se derivan del género de las mujeres, su victimización por IPV y su identidad PSU (Manandhar et al., 2018; Schamp, 2019).

Por estos motivos, las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU, el acceso y la aceptación de los servicios de IPV y / o PSU, así como las vías de diagnóstico y tratamiento que se les aplican, se ven afectadas de manera negativa.

Como resultado, para ser efectivos, los profesionales de IPV y / o PSU deben aplicar enfoques e intervenciones que se adapten y tomen en consideración los diferentes tipos de IPV y PSU, así como los problemas relacionados con el género, enfocándose - al mismo tiempo - más en las necesidades de las mujeres (Contra la violencia y el abuso / AVA, 2013; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito / UNODC, 2016).

En cuanto a la coocurrencia de IPV y PSU, en los últimos años, este fenómeno se ha vuelto cada vez más previsible. Debido a la superposición observada entre ellos, a su compleja interacción y puesto que el tratamiento separado de IPV y PSU parece producir resultados limitados, ha surgido la necesidad de respuestas holísticas y coordinadas (Cohen et al., 2013; Gilchrist & Hegarty, 2017; Schumacher y Holt, 2012). De hecho, según investigaciones pertinentes y la experiencia práctica, la prestación de servicios parece ser más eficaz cuando la IPV y la PSU se tratan juntas, en el mismo programa o centro de tratamiento (Sharpen, 2018). Como resultado, junto con los servicios ya brindados y las intervenciones aplicadas que tratan a la IPV y la PSU como dominios separados, los enfoques holísticos e integrados, que tratan simultáneamente la IPV y la PSU, han comenzado a ser un foco central dentro de la comunidad científica. Dichos enfoques deben ser integrales y estar basados en enfoques sensibles al género e



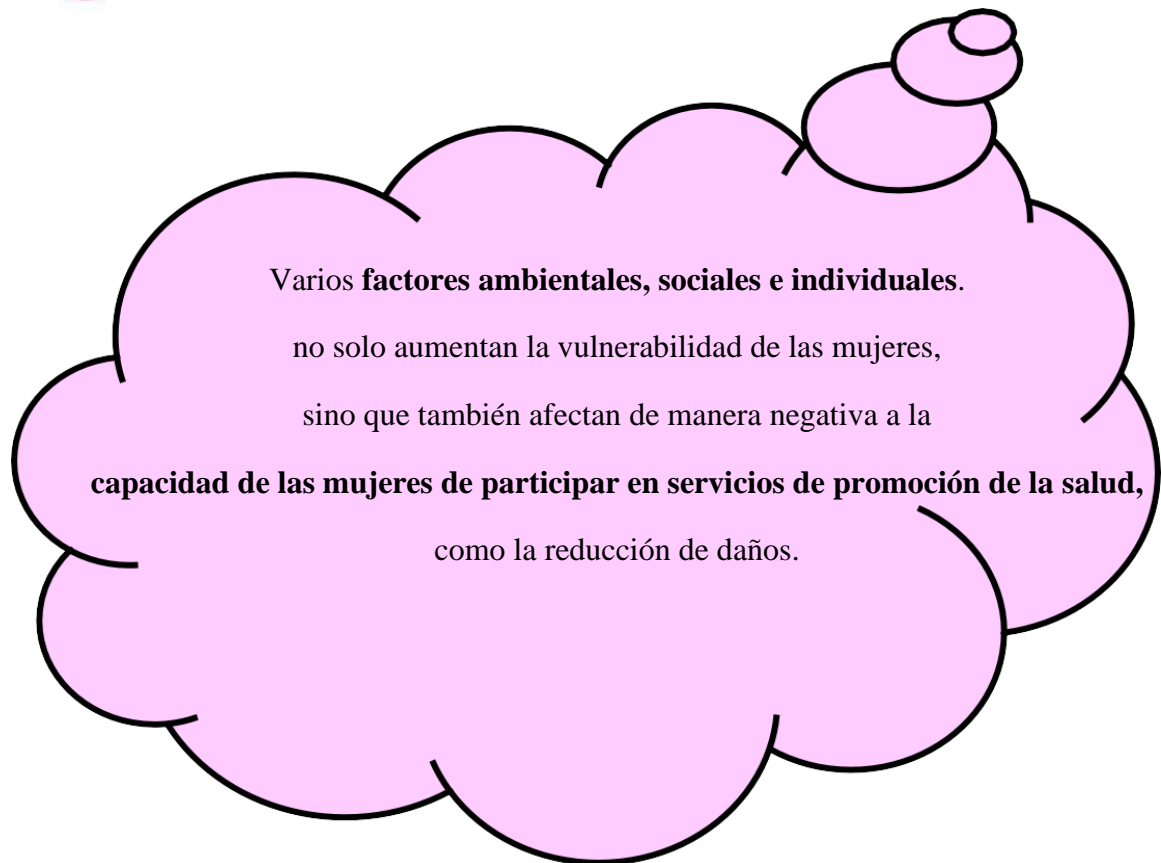
informados sobre el trauma (AVA, 2013; Macy & Goodbourn, 2012; Schumacher & Holt, 2012; UNODC, 2016). Esta urgente necesidad de enfoques sensibles al género, feministas, informados sobre el trauma y que abarquen a toda la persona, especialmente en el campo de la PSU, refleja no solo a los profesionales, sino también a las mujeres supervivientes de la IPV con necesidades de la PSU.

Con el objetivo de brindar servicios de alta calidad y tratar de manera efectiva la IPV y la PSU concurrente, los enfoques integrales deben regirse por principios básicos y abarcar aspectos fundamentales, como los que se describen a continuación.

3.2 Enfoque de reducción de daños

Aparte de las intervenciones de tratamiento de la PSU, todos los enfoques deben integrar intervenciones que tengan como objetivo cambiar los comportamientos inseguros y minimizar el daño causado por la PSU. Un principio fundamental de las intervenciones de reducción de daños, que toma en consideración y muestra un respeto implícito a las necesidades y deseos de las usuarias de sustancias, es que no se requiere la abstinencia total, o incluso parcial, de las sustancias. Al estar en línea con el principio de autonomía descrito en el Capítulo 1, la filosofía de reducción de daños considera la PSU como una parte compleja e inevitable de la vida y, como tal, está siendo reconocida, en lugar de juzgada (Vakharia & Little, 2017). De esta manera, nosotros, como profesionales, estamos manifestando nuestra empatía con las clientas, reconociendo y respetando el hecho de que pueden no estar preparadas, dispuestas o no ser capaces de buscar la sobriedad en este momento en particular (Skewes y González, 2013). En términos de reducción de daños, nuestro enfoque debe estar en la seguridad personal, con el objetivo de maximizar al mismo tiempo la autoeficacia y la autonomía de las personas.

Aunque los datos sobre mujeres con problemas graves de PSU son escasos, los datos disponibles indican que las mujeres que se inyectan drogas tienen un mayor riesgo de infección por VIH y hepatitis, en comparación con los hombres que se inyectan drogas (Shirley-Beavan et al., 2020). En esta línea, los profesionales debemos ser conscientes de que:



Al igual que las barreras antes mencionadas a las que se enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud, las mujeres con problemas de PSU también se enfrentan a múltiples barreras para acceder a los servicios de reducción de daños y los profesionales deben conocerlas. En la siguiente lista se presenta una lista indicativa de barreras:

- estigma (la estigmatización de esas mujeres no solo proviene de la sociedad, sino también de los profesionales de la salud y la reducción de daños que trabajan tanto en el entorno penitenciario como en la comunidad),
- violencia de género,
- falta de servicios que aborden simultáneamente la interacción entre IPV y PSU,
- criminalización en forma de barreras legales para el acceso a los servicios de PSU y / o IPV,



- arresto y acoso por parte de las fuerzas del orden,

- encarcelamiento,

- falta de servicios centrados en las necesidades específicas de las mujeres,

- falta de servicios de salud sexual y reproductiva y cuidado infantil.

Como resultado, y en consonancia con el hecho de que todos los servicios de salud mental deben tener enfoques y programas específicos que se refieran explícitamente a las mujeres, los servicios de reducción de daños también deben tener en cuenta el factor de género y desarrollar servicios solo para mujeres. Dicho esto, creemos que vale la pena mencionar aquí el ejemplo del centro de reducción de daños de Metzineres, en Barcelona, que constituye una buena práctica del campo de la IPV y la PSU⁹. Metzineres es el primer programa integral de reducción de daños en Barcelona, exclusivo para mujeres con problemas de PSU, ofreciendo enfoques directos, integrales e individualizados adaptados a sus necesidades particulares y respondiendo así a sus expectativas, inquietudes, curiosidades e intereses. Una encuesta realizada sobre mujeres con problemas de PSU que recibieron los servicios de Metzineres estudió las barreras clave que a las mujeres generalmente se enfrentan cuando acceden a dichos servicios (Shirley-Beavan et al., 2020). Estas barreras, a menudo, llevan a la percepción de que los servicios de reducción de daños son espacios masculinos; desalentando de esta manera el acceso a las mujeres (ya que no se identifican como varones), pudiendo dividirse en las siguientes cuatro categorías que se cruzan:

- a) estigmatización y violencia estructural,
- b) violencia de género,
- c) criminalización,
- d) falta de servicios específicos para mujeres.

⁹ Para obtener más información sobre el servicio de reducción de daños de Metzineres, lea el Capítulo 4.6.



Los resultados de esta encuesta también revelaron que esas barreras se habían moderado y podrían moderarse en cierta medida mediante la aplicación de enfoques holísticos, específicamente adaptados a las mujeres, que se centran principalmente en responder a las necesidades de las mujeres de manera personalizada.

Llegados a este punto, consideramos bastante significativo presentarles los factores que ayudaron a esas mujeres a mitigar -o incluso superar- las barreras mencionadas, al crear un entorno seguro que aborda la marginación. Entonces, según los testimonios de mujeres, los factores más prevalentes fueron los siguientes:

- Crear un entorno que posibilite y facilite la inclusión social,
- Poner énfasis en los derechos humanos,
- Aplicar y enfatizar la sensibilidad de género,
- Crear un espacio seguro que permita compartir experiencias,
- Fomentar el sentido de la solidaridad,
- Intensificar la capacidad del servicio para combatir, no solo la estigmatización social, sino también la autoestigmatización.

A pesar de los enfoques correspondientes y de que abordar el estigma y la violencia estructural constituye uno de los principales objetivos de Metzineres, las mujeres con problemas de PSU revelaron que continúan enfrentándose a y sufriendo barreras estructurales. Nosotros, como profesionales, siempre debemos tener en cuenta que las experiencias negativas que resultan de esas barreras refuerzan el estigma y la discriminación y se intensifican con bastante frecuencia, lo que lleva a la demostración de violencia estructural (por ejemplo, pobreza extrema, falta de vivienda, ruptura familiar y pérdida de la custodia de sus hijos). Aunque corresponde a los estados actuar en consecuencia para abordar las barreras estructurales y la violencia y aunque se



requieren políticas generalizadas y cambios sociales en esta dirección, tanto los profesionales de IPV como de PSU, como nosotros, debemos ser conscientes de estas barreras y su impacto en las mujeres con problemas de PSU, ya que afectan directamente la capacidad y voluntad de esas mujeres para acceder a los servicios de reducción de daños.

3.3 Enfoque feminista y sensible al género

La aplicación de un enfoque feminista y sensible al género podría permitir y fomentar el reconocimiento e intervención contra las consecuencias sexuales y relacionadas con el género en la PSU, y viceversa. A través de estos enfoques, tendríamos la oportunidad de reconocer las formas en que las desigualdades sociales y de género afectan a la vulnerabilidad de las mujeres en relación a la PSU, así como su capacidad de cambio (Ettorre, 2019; Poole, 2019). A través de enfoques feministas y sensibles al género, se nos podría ayudar como profesionales en la prevención y / o abordaje de experiencias previas y futuras de victimización (por ejemplo, victimización secundaria) de las mujeres supervivientes de IPV -con o sin problemas de PSU- y especialmente de la victimización que deriva de:

- violencia estructural,
- la estigmatización ya existente o posterior,
- su marginación
- el desempoderamiento que sufren.

Además, se nos podría ayudar a comprender que ni la IPV ni la PSU constituyen una opción para las personas, y especialmente para las mujeres, que las padecen. Tal comprensión podría resultar en un retroceso, por un lado, del enfoque médico que durante muchos años dominó nuestras actitudes, creencias e intervenciones / enfoques hacia la PSU, mientras que por otro lado podría resultar en mitigar los estereotipos que saturan la IPV. Además, los enfoques y estereotipos existentes parecen haber contribuido a la estigmatización de las mujeres supervivientes de violencia de género y mujeres con problemas de PSU y a la llamada “culpa de la víctima”. Por lo tanto, a través del enfoque feminista y sensible al género, los profesionales de IPV y PSU



entenderían que las mujeres no tienen la culpa de ninguno de estos dos problemas y posiblemente alterarían sus actitudes, creencias y comportamiento hacia ellas.

También debemos tener en cuenta que la aplicación de un enfoque transformador de género por parte de la IPV -y especialmente en los servicios de PSU- podría contribuir a la integración concurrente de resultados de salud positivos y mejoras hacia la equidad de género, a través de:

- cuestionar y cambiar los estereotipos y normas de género negativos relacionados con las mujeres con problemas de PSU,
- corregir los desequilibrios de poder existentes,
- empoderar a estas mujeres
- fomentar su autonomía.

Como resultado, las inequidades de género que condicionan principalmente las respuestas de la PSU podrían mitigarse; se podría habilitar el acceso a los servicios de IPV y / o PSU (incluidos los servicios de reducción de daños y prevención del VIH) y se podrían aumentar los recursos disponibles para las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

3.4 Enfoque basado en el trauma

Cuando se aplica al campo de IPV y / o PSU, el enfoque basado en trauma nos proporciona una intervención holística para abordar la IPV y PSU concurrentes, ya que se centra en la persona traumatizada, en lugar de percibir la IPV y la PSU como problemas individuales. Dentro del contexto del enfoque basado en el trauma, podríamos reconocer las experiencias traumáticas y encarnadas relacionadas con la violencia y el abuso y tomar en cuenta el trauma, aunque sin requerir la divulgación de tales experiencias (Covington, 2019; Ettore, 2019). Al mismo tiempo, atribuiríamos la PSU y la relacionaríamos con las experiencias pasadas y actuales de violencia y trauma (Poole, 2019).



El empoderamiento de las mujeres, así como la identificación, garantía y fomento de su seguridad física y emocional, constituyen dos de los principios básicos del enfoque basado en el trauma (Anyikwa, 2016). Al ayudar a las mujeres a tomar decisiones informadas y libres, los profesionales de IPV y / o PSU como nosotros, tenemos como objetivo promover la necesidad de esas mujeres de autodeterminación, tomar sus propias decisiones y recuperar el control de sus vidas. Al mismo tiempo, fomentaríamos y promoveríamos las fortalezas y el sentido de valor de esas mujeres, su honestidad, confianza, autoeficacia y colaboración (Covington, 2019; Poole, 2019). De esta manera, también se podrían fomentar las prioridades sociales y de salud, mientras que aumentarían las posibilidades de beneficiarse de los servicios de IPV y PSU proporcionados.

Aunque su objetivo es abordar el trauma, el enfoque informado por el trauma previene la re-traumatización al enfocarse en garantizar que se eviten los desencadenantes del trauma (Covington, 2019; Poole, 2019). La re-traumatización de las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU también se evita teniendo en cuenta el entorno físico en el que se lleva a cabo el tratamiento, así como sus interacciones con nosotros y otras personas importantes (Anyikwa, 2016).

De manera similar a los enfoques feministas y sensibles al género, los enfoques basados en el trauma también podrían inducir mejoras en los resultados del tratamiento (por ej., reducción de la PSU, menores tasas de recaída, mayores tasas de retención en los servicios, mayor satisfacción con los servicios) y en el acceso de las mujeres a los servicios (por ej., búsqueda de ayuda más temprana, disposición para el cambio, tasas más altas de completar el tratamiento, mayor participación en el servicio preventivo). Dichos enfoques también mejorarían nuestra retención y aumentarían nuestra satisfacción con el empleo, al reducir, por ejemplo, el agotamiento, la fatiga por compasión, el trauma indirecto o secundario (Schmidt et al., 2018).

Tarea 1. ¿Conoces alguno de los enfoques basados en el trauma disponibles y más prevalentes? En caso afirmativo, nombra algunos de ellos en la lista a continuación. Si no tienes conocimiento de ninguno, esta es una muy buena oportunidad para intentar investigar por tu cuenta algunos de los enfoques informados sobre el trauma más prevalentes. Después, podrías comparar tus resultados con nuestra lista, que puedes encontrar a continuación (¡sin trampas, por favor!):

1
2
3
4

Nuestra respuesta a la Tarea 1:

En la actualidad, los enfoques basados en la evidencia más prevalentes basados en el trauma son:

- ❖ Terapia cognitivo-conductual,
- ❖ Imágenes guiadas,
- ❖ Terapia relacional,
- ❖ Mindfulness,
- ❖ Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR),
- ❖ Técnica de libertad emocional (EFT),
- ❖ Artes expresivas.

3.5 Enfoque basado en las fortalezas de la persona integral

En línea con el enfoque sensible al género y al trauma, el **enfoque basado en las**



fortalezas de la persona integral podría brindar a los profesionales de IPV y PSU, como nosotros, y por extensión a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU, la oportunidad de aprovechar todas las fortalezas, dificultades y / o problemas de salud mental a los que se puedan enfrentar y tratarlos de manera eficiente (AVA, 2013; Covington, 2019).

3.6 Modelos integrados para IPV y PSU concurrentes

En base a la necesidad claramente expresada de un enfoque integral hacia la IPV y la PSU concurrentes, ahora se encuentran disponibles modelos específicos que abordan simultáneamente la IPV y la PSU. Desarrollado por Covington (2008), el **Tratamiento Integrado de la Mujer (WIT en inglés)** se construye sobre la base de la sensibilidad al género. Teniendo en cuenta la investigación y la práctica clínica relevantes, este modelo de tratamiento se basa en las teorías de la adicción, el trauma y el desarrollo psicológico de la mujer. Según el WIT, la IPV se incluye en el término más amplio de trauma. En este modelo, se utiliza un plan de estudios denominado "Más allá del trauma: un viaje de sanación para las mujeres" para enfatizar la conexión entre el trauma y la PSU, centrándose en la violencia, el abuso y el trauma.

Otro modelo disponible, basado en la terapia cognitivo-conductual, es **Buscando seguridad** (Najavits, 2007). Al igual que con el modelo WIT, tampoco Buscando seguridad se centra específicamente en la IPV. Sin embargo, dado que se centra en la PSU concurrente y el trastorno de estrés postraumático (PTSD en inglés), está estrechamente relacionado con la IPV y la PSU y, por lo tanto, es apropiado para mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU. Desde el punto de vista de abordar simultáneamente la PSU y el PTSD, cada mujer recibe tratamiento en función de sus necesidades individuales y se le ofrecen una serie de habilidades de afrontamiento que son apropiadas tanto para la PSU como para el PTSD (Najavits, 2002).

Por último, el enfoque de recuperación y empoderamiento del trauma se centra específicamente en la terapia de grupo para mujeres vulnerables que están lidiando con un trauma debido a experiencias abusivas (Harris y Anglin, 1998).

En la actualidad, solo se encuentran disponibles unos pocos enfoques que se dirigen



explícitamente a IPV y PSU. La mayoría de estos enfoques se centran en emparejar e integrar los servicios de IPV y PSU ya existentes y tienen como objetivo establecer y promover la colaboración formal entre ellos.

En esta línea, el “**Stella Project**” (2007), lanzado en Reino Unido en 2002, proporciona trabajo de formación y desarrollo tanto con profesionales de IPV como de PSU, así como la base al mismo tiempo, de las muchas similitudes que se pueden encontrar entre las mujeres con experiencias de IPV y PSU.

Tarea 2. ¿Cuáles son, según tu opinión y experiencia, las similitudes entre mujeres con experiencias de IPV y PSU?

1
2
3
4
5
6

Nuestra respuesta a la Tarea 2 (basada en información del Proyecto Stella, 2007¹⁰)

Similitudes entre mujeres con experiencias de IPV y PSU

- ✓ Traumatización
- ✓ Estigmatización (estigma social e internalizado)
- ✓ Renuncia
- ✓ Miedo a buscar ayuda y apoyo
- ✓ Negación del problema
- ✓ Sentimientos de vergüenza y culpa
- ✓ Aislamiento
- ✓ Baja autoconfianza

La agencia irlandesa de IPV Cuan Saor ha cambiado los servicios prestados para incluir a mujeres con IPV y PSU concurrentes. Además, el refugio, siguiendo el enfoque de 'Vivienda primero', también se enfoca en proporcionar vivienda a personas con problemas de PSU, ya que estas personas están excluidas de la IPV y otras instalaciones de vivienda debido a su PSU (Pauly et al., 2013). Al mismo tiempo, el personal del refugio recibe capacitación especializada (por ejemplo, sobre los efectos de diferentes sustancias y los riesgos de uso, incluida la medicación prescrita) y está motivado y apoyado para enfrentar sus propios prejuicios con respecto a las PSU ilegales.

Tarea 3: Enfoques para mujeres con IPV, PSU o problemas concurrentes de IPV y PSU: Completa la siguiente tabla informando de la existencia y el desarrollo (por ejemplo, qué tan extendido está) de cada enfoque, como crees que está en tu país. Luego, completa la tercera columna calificando la importancia de cada enfoque de 1 (no importante) a 5 (realmente importante), según tu opinión:

¹⁰ Para obtener más información sobre las similitudes entre las mujeres con experiencias de IPV y PSU, puedes visitar: <https://avaproject.org.uk/ava-services-2/multiple-disadvantage/>

ENFOQUES	¿EXISTE ESTE ENFOQUE EN TU PAÍS? Sí / No En caso afirmativo, ¿qué tan bien desarrollado / generalizado está este enfoque en tu país?	¿CUÁN IMPORTANTE CREES QUE ES CADA ENFOQUE?
Reducción de daños		
Enfoques Sensibles al género y feministas		
Enfoque informado sobre el trauma		
Enfoque basado en las fortalezas de la persona integral		
Modelos integrados		

Preguntas clave para el capítulo 3

1. ¿Cómo evaluarías tu conocimiento sobre el enfoque integral para tratar la IPV y la PSU concurrentes? ¿Te sientes más informado después de esta formación? ¿Cuáles son los (¿nuevos?) aspectos de este enfoque sobre los que te gustaría obtener más información o capacitarte?
2. Menciona los principios y ventajas básicos del enfoque feminista y sensible al género. ¿Qué tan informado y capaz te sientes de aplicar este enfoque?
3. Nombra los principios básicos y las ventajas del enfoque basado en el trauma. ¿Qué tan informado y capaz te sientes de aplicar este enfoque?
4. Nombra los principios y ventajas básicos del enfoque basado en las fortalezas de la persona integral. ¿Qué tan informado y capaz te sientes de aplicar este enfoque?
5. Nombra los principios y ventajas básicos de los modelos integrados para abordar la IPV y la PSU concurrentes. ¿Qué tan informado y capaz te sientes de implementar estos modelos?
6. ¿Qué tan informado te sientes con respecto a la existencia, los objetivos y la importancia de los enfoques de la PSU, incluida también la reducción de daños?
7. ¿Qué tan dispuesto estás a informar y derivar a tus clientas a servicios de PSU y / o de reducción de daños, en base a tu conocimiento correspondiente con respecto a los enfoques e intervenciones que utilizan?

4. Enfoque multinstitucional y colaboración entre profesionales y servicios en casos de VPI y UPM concurrentes

¿Qué aprenderás en este capítulo?

- **Identificar** factores limitantes y facilitadores para la cooperación entre múltiples agencias.
- **Planificación** de estrategias de coordinación en entornos multiinstitucionales e integrados.
- **Fomentar** el concepto holístico de persona en la práctica integrada de PSU e IPV concurrentes (así como problemas de salud mental).

Palabras clave: Mecanismos y estrategias de coordinación, Servicios integrados, Cooperación entre múltiples agencias, Enfoque orientado a la persona, Cribado universal.

4.1 Diversidad local en cooperación multi servicios

Como has leído en el Capítulo 2, en las últimas dos décadas, se ha vuelto cada vez más claro que la IPV y la PSU coexisten y se cruzan de varias formas complejas, lo que requiere, como consecuencia, una respuesta holística y coordinada (Covington et al., 2008); Macy y Goodbourn, 2012). Todos los indicadores de investigación principales que se encuentran en el Informe Analítico del Proyecto FASA apuntan a la necesidad de una acción conjunta de múltiples agencias y una orientación más holística para abordar la VPI y la UPM concurrentes. La cooperación entre múltiples agencias está vinculada a la detección y prevención de la violencia de género mediante la acción conjunta de varios servicios estatales y no estatales para la detección y prevención de la VPI, lo que se conoce como “MARAC” (Multi Agency Risk Assessment Conference) y se define como:



La coordinación efectiva de acciones entre los actores relevantes que desempeñan un papel en la prevención y el combate de la violencia contra la mujer, incluidos el poder judicial, los fiscales, los organismos encargados de hacer cumplir la ley y las autoridades locales y regionales, así como las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones y entidades pertinentes. ...

La coordinación entre organismos debe responder a esta necesidad ampliamente percibida de todas las formas posibles disponibles en cada país y contexto local. Se destaca claramente que la coordinación multiinstitucional y la acción conjunta profesional en cada país, región y / o comunidad autónoma, ciudad y municipio de Europa; se ve obstaculizado o facilitado por determinados factores ambientales y estructurales que pueden ser diferentes en cada territorio en función de las visiones culturales, los valores y la capacidad de servicio público y la cultura de implementación de estrategias y protocolos compartidos. Tales factores influirían en el éxito de la intervención:

- **La probabilidad de una acción conjunta siguiendo protocolos a nivel local, regional y estatal** para diversas instituciones y dimensiones de la administración que pueden tener diferente orientación política o que pueden estar compitiendo por razones políticas.
- Ausencia o prevalencia de un **enfoque compartido orientado a la persona** que se centre en una visión holística de la persona y que considere, ante todo, las necesidades de cada mujer, los derechos humanos, las circunstancias únicas y el bienestar integral como su valor fundamental.
- Ausencia o prevalencia de un **enfoque médico** dominante que ignore los factores ambientales, la PSU y las experiencias traumáticas vividas por los clientes. Es muy necesaria una perspectiva más amplia sobre el tema, que incluye el trauma, los síntomas del trauma y cómo tratar con las personas afectadas por el trauma.
- Ausencia o prevalencia de una **perspectiva de género, un enfoque feminista y una psiquiatría crítica** que se aleje de medicalizar, estigmatizar y victimizar aún más a las mujeres.
- **Los puntos de vista y la práctica locales sobre cómo abordar la IPV y la PSU concurrentes** y si los refugios y servicios están dispuestos y listos para recibir o no a mujeres que sufren de IPV con problemas de PSU concurrentes y si se despliega suficiente personal adicional para garantizar un servicio 24 horas al día, 7 días a la semana. Por ejemplo, en Estonia y Grecia no se ofrecen tales instalaciones, por "razones de seguridad" las mujeres con problemas de PSU no pueden acceder a los refugios y no hay otro lugar al que recurrir; es



volver a la calle o al perpetrador para ellos. Este servicio tampoco está disponible en Irlanda del Norte y otros países y, en ocasiones, ni siquiera en países donde existe la posibilidad, debido a la falta de capacidad y listas disponibles.

- **La falta de especialistas y profesionales que tengan conocimiento y formación en VPI y UPA** concurrentes y el tipo de formación que están recibiendo las comunidades profesionales implicadas. En ese sentido, es necesario capacitar a todo el personal involucrado, no solo a los expertos designados en IPV y PSU. Se ha señalado la necesidad de que la formación básica esté disponible para el personal que es completamente nuevo en la idea de co-ocurrencia de IPV y PSU y entrenamientos más avanzados para aquellos que ya están abordando estos temas de manera conjunta en el campo.

- **La falta de maestrías universitarias que traten de manera conjunta IPV y PSU.** Estos programas no parecen estar ocurriendo todavía en ninguna universidad europea, dejando de lado las capacitaciones internas especializadas diseñadas por ONG e instituciones privadas.

- **El grado de integración de servicios y redes** puede afectar positivamente a las mujeres que buscan ayuda por VPI concurrente y UPM si se abordan otros factores determinantes a favor de nuestros clientes. Muchas mujeres optan por no buscar servicios como terapia o tratamiento con PSU debido a la amenaza de que el perpetrador podría usar este hecho para que las autoridades le quiten la **custodia de sus hijos** de su cuidado (Bennett y Bland, 2008a). Es necesario fortalecer las capacidades a nivel estatal, regional y de las comunidades autónomas para eliminar esas amenazas al éxito de los enfoques multinstitucionales y holísticos. Sin embargo, el enfoque combinado e integrado está ganando terreno: recientemente, se han iniciado capacitaciones útiles sobre la coexistencia de IPV y UPM dos veces al año en Islandia y se han llevado a cabo capacitaciones informativas sobre la concurrencia de IPV y UPM en Grecia. Los servicios, las fundaciones y las ONG de otros países ya están trabajando en las líneas de atención combinada de IPV y PSU; tal es el caso de Cataluña en España.



¿Se está desarrollando el enfoque integrado en tu país? Muchos subrayan la necesidad de traducir las grandes ideas en acciones. ¿Cómo lograrlo? Sigue leyendo para obtener práctica y pensamiento orientado a la acción.

Píldora para pensar:

- ¿Cómo describirías la situación en tu país / región / ciudad en base en las variables descritas anteriormente?

- ¿Cómo describirías la situación en tu país / región / ciudad en base en las variables descritas anteriormente?

Tarea 1: Dimensiones nacionales de colaboración entre múltiples agencias: Completa la siguiente cuadrícula informando acerca de un hecho sobre cada variable como crees que es en tu país. Luego, completa la tercera columna calificando la importancia de la variable de 1 (no importante) a 5 (realmente importante) como crees que es en tu país:

VARIABLES	¿ EXISTE ESTA VARIABLE EN TU PAÍS? SÍ / NO	¿CUÁN DESARROLLADA SE ENCUENTRA ESTA VARIABLE EN TU PAÍS? Si no estás segura/o, puedes adivinarlo y verificar más tarde con alguna fuente personal o profesional de confianza.
Acción conjunta de diversos servicios siguiendo protocolos a nivel local, regional y estatal		
El enfoque orientado a la persona ("las necesidades de la persona son lo primero y las necesidades de los servicios vienen en segundo lugar") prevalece.		
El enfoque médico NO es frecuente cuando los profesionales se ocupan de la combinación de IPV / PSU.		

<p>La perspectiva de género prevalece.</p>		
<p>El enfoque feminista es frecuente.</p>		
<p>La psiquiatría opera desde un enfoque crítico</p>		
<p>Hay especialistas y profesionales que tienen conocimiento y formación en VPI concurrente y UPM.</p>		
<p>Hay maestrías que tratan de manera conjunta con IPV y PSU.</p>		
<p>Hay servicios integrados (los servicios integrados tratan conjuntamente con IPV y PSU)</p>		



**! Es posible que desees revisar tus respuestas a esta
tarea después de llegar al final de este capítulo ...**



4.2 Enfoque y eficacia de los servicios de IPV y PSU

Existe una gran diversidad de tipos de intervención de múltiples agencias en lo que bien podríamos describir como un espectro que va desde servicios separados y / o desconectados de atención y tratamiento de IPV y PSU, hasta redes públicas de cooperación paralela de profesionales que eventualmente se cruzan, para (¡por fin!) servicios integrados donde la intersección de profesionales y servicios es parte de protocolos operativos.

Según el tipo de cooperación de servicios multiinstitucional, tenemos básicamente tres tipos de “diseños”: **circuitos, redes y servicios integrados**. Nuestra observación sobre el funcionamiento y el éxito del servicio de múltiples agencias, en uno u otro estilo, depende de qué tan bien esta cooperación coloque las necesidades únicas de la persona en el centro. Cuando tales necesidades no pueden ser atendidas, el circuito tiende a convertirse en una “peregrinación”, la red tiende a convertirse en un “laberinto”, y el servicio integrado -si es que existe- es la tierra prometida a la que se puede acceder solo después de pasar. a través de una lista de espera (a veces larga) mientras la vida se vuelve luna. ¿Cómo es el concepto de persona la clave de todo?

4.2.1 El concepto subyacente de persona

La psicóloga Gemma Maudes (comunicación personal), psicóloga profesional y coordinadora de los servicios de drogodependencia de la [FSYC](#), así como una de las personas clave del [Espai Ariadna](#) que opera mayoritariamente en el Área Metropolitana de Barcelona, nos recordó que las mujeres que buscan ayuda para IPV y PSU concurrentes, sufren de “un triple estigma”:

Cuando una mujer decide ingresar a un centro de drogas para ser tratada, debe enfrentar un triple estigma, como decimos; ser consumidora, ser víctima de violencia y no cumplir con los roles que se le asignan como madre. De sus círculos cercanos surge la culpa; “Eres una mala madre; ahora vas a un balneario en la montaña para cuidarte “. Este reproche nunca se le hace al padre; no se le dice "eres un mal padre", pero a la madre se le dice que ella es una “mala madre”.

Casi todos los clientes han sufrido no solo un grado grave de abuso por parte de su pareja actual o expareja, sino también de violencia severa de género durante la mayor parte de su vida. Muchas, si no todos, sufren algún grado de “violencia institucional”, y casi todos sufren algún grado de PTSD inducido por la violencia sufrida (no hay suficientes investigaciones por el momento y bases de datos confiables de los perfiles de los clientes en términos de de PTSD sufrido necesita ser configurado).

Incluso cuando se pueden describir tantas similitudes y tipologías de casos de violencia, cada mujer vive una situación única en todos los sentidos. Por ejemplo, sus ingresos; su formación académica y experiencia profesional; apoyo familiar o presencia o ausencia de los niños que cuida y cuya custodia legal tiene o no; su estatus legal en el país; tipo de PSU / Abuso de Sustancias (SA), y si padece la denominada **patología dual** (enfermedad mental asociada o coexistente con IPV y PSU).

Un individuo no es uno u otro aspecto, sino todos y muchos otros. La atención integral implica considerar todos estos factores y que la persona no sería tratada simplemente como “consumidor”, o “sobreviviente / víctima”, o “madre”, o “inmigrante”, o “persona transgénero”, etc. Abordar todos los aspectos sería posibilitar la defensa del derecho de la mujer a la salud, a la vivienda, a estar y sentirse protegida en su integridad física y psíquica. Por lo tanto, es necesario un enfoque holístico frente a un enfoque de persona fragmentada. Es probable que tener el enfoque clínico como base del protocolo operativo provoque lo que sugiere el siguiente diagrama:





Cuanto más respaldo un servicio una visión clínica, más fragmentado será su enfoque sobre quién es la cliente. Además, los circuitos para la atención de IPV y PSU serían más desconectados y la atención que recibirá la cliente estaría menos integrada en cada paso del proceso. El enfoque orientado a la persona se basa en un enfoque integrado. En consecuencia, cuanto menos clínico sea el enfoque, más capaz será el servicio para ayudar realmente a la cliente en su conjunto con el objetivo de recuperar una vida normal.

El Informe 2021 de la [Generalitat de Catalunya sobre la VIP & APS](#) (Spora Sinergies SCCL / Sol & Caussa, 2020) pretende conocer los servicios que se ofrecen a las mujeres que sufren de forma concurrente IPV y PSU e incluso enfermedades mentales (“patología dual” en ese informe):

“Así, el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya está interesado en conocer cómo se presta esta atención y qué situaciones pueden estar dificultando el acceso a los servicios o una atención adecuada por parte de los servicios especializados en salud mental, violencia de género y atención a las drogodependencias”.

Este informe exhaustivo, basado en discusiones de grupos focales entre profesionales en el campo, así como literatura de referencia sobre el tema, indica que:

La mayoría de los profesionales señalan que existe un perfil profesional que tiene especial resistencia a abordar -y por tanto también a detectar- situaciones de violencia de género: los psiquiatras ...

Uno de los profesionales entrevistados indica:

“Quiero decir, por ejemplo, en nuestro (nombre del servicio) la mayoría de los pacientes van al psiquiatra y esas personas no lo detectan (VPI). Y dices (maldición) ¿qué tenemos que hacer para que sepan que esto (VPI) también es importante, como cuando les preguntamos (a los clientes) en algún momento si se han vacunado contra la hepatitis C?”.



Desde un enfoque clínico, una cliente que busca apoyo público debido a problemas de IPV sería percibida solo como una consumidora si consume y se dejaría intratada la IPV (a menudo, el inevitable retorno al perpetrador). Una persona transgénero que sobrevive mediante la prostitución suele ser percibida a través de todo tipo de estereotipos cuando se dirige a una comisaría para presentar una denuncia por agresión.

Del mismo modo, al abordar un servicio para desintoxicarse, una madre puede correr el riesgo de perder la custodia de sus hijos a manos del perpetrador (en casi todos los casos, el padre de los niños cuando hay niños involucrados) cuando éste logra utilizar este hecho con el fin de socavar la credibilidad de la mujer frente al tribunal. La visión fragmentada está filtrada por todo tipo de estigmas y estereotipos. Un ejemplo de cómo el enfoque fragmentado afecta negativamente la atención a las mujeres que acceden al servicio de PSU:

Por un lado, falta la perspectiva de género en (...) y los servicios de salud mental, que han sido diseñados con los hombres como referencia. Así, no se suele investigar para saber si el consumo problemático y / o los problemas de salud mental están relacionados con el género (Castaño et al., 2017; Red2Red Consultores, 2015). Por otro lado, se identifican dificultades debido al enfoque fragmentado de los diferentes problemas. En este sentido, se presta atención a la UPM (...) y / o a la sintomatología de problemas de salud mental (desde recursos de salud mental) en detrimento del abordaje de la violencia de género, que puede prevalecer y estar en la vanguardia del problema (Castaño y Martínez, 2009; Spora Sinergies, 2017).

Por lo tanto, el trabajo de múltiples servicios y la cooperación profesional pueden verse obstaculizados desde el inicio debido al enfoque fragmentado, ya que los profesionales de los servicios de PSU carecen de formación en IPV, mientras que los profesionales de servicios de IPV carecen de formación en PSU; dando como resultado que uno u otro problema se desvíe y / o no se aborde en absoluto. Por lo tanto, las mujeres finalmente tienen la sensación de que el servicio de IPV y / o PSU no está haciendo nada por ellas:

“De esta manera, la falta de capacitación en género impide que los casos sean abordados



de manera integral, teniendo en cuenta las interrelaciones que pueden existir entre salud mental, consumo problemático y violencia machista, y hace que los profesionales no tengan claro desde qué servicio deben ser atendidos por estas mujeres o de qué manera se debe hacer”(Castaño & Martínez, 2009).

Para las mujeres con patología dual, el enfoque se vuelve aún más complejo. Está claro que estas mujeres no solo se encuentran más deterioradas cuando acceden a servicios sino que no perciben que el tratamiento podría ayudarlas o que los centros se adaptan a sus necesidades.

Además, los profesionales pueden sentirse indefensos y sobrecargados en tales situaciones (Castaño et al., 2009).

Alinear las opiniones de los profesionales, capacitarlos en el enfoque combinado de IPV y PSU y fomentar una perspectiva de género son pasos necesarios para garantizar la protección de los derechos de las clientas. Cualquiera que sea la combinación, coordinación y trabajo en red de servicios que exista en un área determinada, una primera regla para la eficacia del servicio es: los protocolos operativos deben garantizar el acceso universal y evitar una mayor victimización de las clientes. Esto podría evitarse desde el principio organizando la intervención de todos los servicios involucrados en base a una regla básica: colocar las necesidades de la persona en el centro.

! Los protocolos operativos deben garantizar colocar las necesidades de la persona en el centro y evitar una mayor victimización de los clientes.

4.2.2 Definición de la eficacia del servicio desde el enfoque centrado en la persona

Ciertos factores operativos harían que la cooperación entre múltiples agencias fuera exitosa: La mayoría de las revisiones de la literatura y los artículos coinciden en un principio fundamental, como factor clave para la intervención exitosa y la gestión de riesgos de un caso de violencia de género; y ese es el enfoque de multiservicios. Los profesionales colaboradores



de los servicios sociales, el sistema judicial, las ONG, la policía, las autoridades locales y otros servicios relacionados que trabajen para lograr una respuesta estratégica mediante el seguimiento y el control de cualquier posible incidente dañino adicional, que en última instancia podría resultar en situaciones de alto riesgo, podría tener más posibilidades de un resultado positivo. Las Naciones Unidas / ONU Mujeres (2012) señalaron la cooperación entre servicios como la clave para el éxito de una estrategia de planificación para combatir la violencia doméstica / IPV, al permitir la definición de soluciones y la implementación de un paquete de servicios de intervención integral.

Llegados a este punto, nos gustaría destacar cuatro principios operativos que nos ayudarían, como profesionales de la IPV, y también a nuestros servicios, a organizar nuestra cooperación:

- **Estrategia de seguimiento individualizada** centralizada por un servicio que opera en una red de otros servicios y profesionales como núcleo responsable del seguimiento, aplazamiento y convocatoria de un MARAC.
- **Intervención estructurada** (definición clara de QUIÉN hace QUÉ y CUÁNDO según el protocolo local).
- **Intervención diseñada de acuerdo con las necesidades de la persona** y el grado de emergencia de todos los involucrados en la situación (por ejemplo, tal vez niños o familiares dependientes).
- **Bases de datos integradas** con un archivo único por persona y uso estratégico de la información relevante basado en el secreto y la confidencialidad para proteger al sobreviviente de acuerdo con los principios de Caldicot ([Caldicott principles](#)) respaldados por el Gobierno del Reino Unido, y ampliamente utilizados internacionalmente como referencia para secretos y estrategias. uso de la información.

La cooperación eficiente de múltiples servicios debería reducir el número de derivaciones inapropiadas; la cantidad de veces que se requiere que las supervivientes repitan su historia; el tiempo consumido y el estrés derivado de varias citas con diferentes profesionales y la



probabilidad de perderse en las brechas entre servicios. **Para eliminar la complejidad** en la medida de lo posible y reducir las ineficiencias y daños que puedan surgir, creemos que es importante tener un enfoque de atención centrado en la persona, en lugar de centrarse en las necesidades e intereses de cada institución, profesional o grupo profesional en particular.

Como señalan los profesionales que trabajan en la materia, es frecuente que cada uno trate de velar por los intereses de continuidad del servicio, puestos y condiciones de trabajo, visiones particulares del tema desde un punto de vista concreto, etc. Esto lleva en muchas ocasiones priorizar nuestra comodidad e intereses sobre lo que es más conveniente en la atención (típicamente, por ejemplo, las horas de atención a los clientes -y especialmente a las mujeres- con problemas de UPM o sobrevivientes de IPV, que están rígidamente estructurados, propios del trabajo funcionarial, y poco adaptado a las necesidades de las personas con problemas de PSU, sin conciencia de género).

Los servicios pueden tender a priorizar su propia necesidad de mostrar su utilidad y la intensidad de su trabajo, y por lo tanto prefieren ver a cada persona, que cuenta para este fin como un caso atendido... y por lo tanto pueden cerrar los ojos a sus necesidades reales. La Sra. Gemma Maudes nos sugirió otro ejemplo: los servicios de emergencia bajo la pandemia COVID-19 pueden ofrecer a mujeres y hombres por igual solo una hora de acceso a instalaciones públicas de higiene personal, lo que puede ser adecuado para organizadores y trabajadores sociales, pero que en realidad resultó en una planificación androcéntrica sesgada. La eficiencia puede parecerle a alguien que agregue un caso más en nuestra lista; pero la cantidad sobre la calidad puede implicar convertir la complejidad en complicación. Vea la instancia que nos facilitó el Sr. Xavier Ferrer, Director Ejecutivo de [FSYC](#):

“Intentamos empezar a elaborar el organigrama familiar de una niña, usuaria de drogas, al inicio de una entrevista, en un centro de consulta externa. Efectivamente, la niña, con muy buen criterio, dijo: "lo siento, pero creo que ya te lo he dicho al menos cuatro veces". De hecho, ya se lo había explicado en la recepción, al médico, asistente social y enfermera que la habían visto antes. Este fue un problema de coordinación interna del mismo centro, donde cada profesional manejó su expediente. ... (...) Es como si seis personas intentaran conducir un coche; un lío absoluto”.

Píldoras para pensar:

- ¿Cuál es el concepto subyacente de persona en el (los) centro (s) que conoces / en que trabajas?
- En esta sección del capítulo, hemos mencionado sobre “Violencia institucional” ... ¿Estás familiarizada/ o con este concepto?

- Si no es así, ¿podemos sugerirte que hagas tu propia investigación en línea?
- ¿Cuál es el concepto subyacente de persona en el (los) centro (s) que conoces / en que trabajas?

4.3 Ventajas del enfoque integrado para mujeres sobrevivientes de violencia de género con problemas de UPM

Si bien el enfoque multiinstitucional sigue siendo necesario, no se opone a ofrecer servicios integrados siempre que sea posible, lo que evita crear dificultades para los usuarios de las redes públicas, incluidas las mujeres sobrevivientes de VPI con problemas de PSU. Estos pueden carecer de profesionales especialmente capacitados o carecer de un enfoque compartido y de protocolos operativos claros conjuntos de múltiples agencias.

La dependencia de varias instituciones, a veces municipales, en otros casos regionales o estatales, que no siempre están en buena armonía o no comparten el mismo color político, a veces tampoco ayuda. Además, a menudo, los servicios tienen estructuras operativas rígidas y lentas y están plagados de intereses políticos, entre otros. Un servicio integrado para IPV y UPM concurrentes probablemente reduciría muchos de estos problemas, especialmente si pudiera confiarse a una organización no gubernamental profesionalizada pero independiente, motivada vocacionalmente por este tema. Además, debería haber sido elegido como campo de intervención, en lugar de tener funcionarios de una institución a



veces asignados a la fuerza a un servicio, para el cual pueden no estar motivados y, a menudo, no capacitados.

Si bien el enfoque multiinstitucional sigue siendo necesario, no se opone a ofrecer servicios integrados siempre que sea posible, lo que evita crear dificultades para los usuarios de las redes públicas, incluidas las mujeres sobrevivientes de VPI con problemas de PSU. Estos pueden carecer de profesionales especialmente capacitados o carecer de un enfoque compartido y protocolos operativos claros conjuntos de múltiples agencias.

La dependencia de varias instituciones, a veces municipales, en otros casos regionales o estatales, que no siempre están en buena armonía o no comparten el mismo color político, a veces tampoco ayuda. Además, a menudo, los servicios tienen estructuras operativas rígidas y lentas y están plagados de intereses políticos, entre otros. Un servicio integrado para IPV y UPM concurrentes probablemente reduciría muchos de estos problemas, especialmente si pudiera confiarse a una organización no gubernamental profesionalizada pero independiente, motivada vocacionalmente por este tema. Además, debería haber sido elegido como terreno de intervención, en lugar de tener funcionarios de una institución a veces asignados forzosamente a un servicio, para el cual pueden no estar motivados y, a menudo, no capacitados.

Creemos que un enfoque integrado para la co-ocurrencia de IPV y PSU es compatible con el de la mayoría de los países, excepto aquellos que tienen una tradición nacionalizadora muy poderosa. Por ejemplo, un servicio integrado podría atender a mujeres con problemas de UPM que son supervivientes de violencia de género y violencia en general desde su primer contacto a nivel ambulatorio, hasta su posible ingreso a centros especializados cuando sea necesario, a través de todo el mecanismo posterior de rehabilitación, inserción laboral y finalmente recuperación de la autonomía. Esto incluiría apoyo para su función materna, reestructuración de las relaciones familiares si corresponde, recuperación de las consecuencias de la violencia / violencia de género, prevención de futuras recaídas en un tema u otro, etc. Esto significa tratar tanto los asuntos relacionados con las drogas, la violencia y la salud mental. salud, así como los problemas sociales asociados. El Sr. Ferrer, director ejecutivo de FSYC, nos hizo darnos cuenta de que para que esto suceda, se necesita una cierta “masa crítica” de casos, que es más probable en áreas urbanas o rurales que están muy pobladas y bien conectadas. De lo contrario, el número de casos puede ser insuficiente



para priorizar el enfoque de servicios integrados y luego tendremos que recurrir a la cooperación entre múltiples servicios (que en cualquier caso, y en un cierto nivel, es siempre inevitable y deseable).

El Sr. Ferrer también señaló el hecho de que la colaboración entre múltiples servicios variaría dependiendo de qué servicios estén operando en cada territorio. Por ejemplo, en Barcelona, así como en Islandia y Grecia, existen servicios ambulatorios específicos para personas con problemas de PSU, servicios de reducción de daños, “espacios de consumo” (espacios de consumo para uso supervisado de opioides), comunidades terapéuticas, centros de día, servicios de inserción. Además, servicios ambulatorios para supervivientes de violencia, centros de recepción de emergencia, centros de recepción y pisos de apoyo a largo plazo, etc. Los servicios disponibles en Grecia, Estonia, e Islandia son una combinación de Estatal a local y de público a ONG que brindan desde refugios hasta Línea directa 24/7 de servicio para supervivientes. De acuerdo con el Informe de Evaluación de Necesidades del Proyecto MARISSA (“Enfoque multiinstitucional para apoyar a víctimas de violencia de pareja con problemas de abuso de sustancias” / Proyecto MARISSA, 2021, p.26), los servicios prestados en los países mencionados son los siguientes:

“La prestación de servicios para IPV incluye asesoramiento, terapia, asistencia jurídica y alojamiento (por ejemplo, refugios para mujeres víctimas de violencia y sus hijos). También se encuentran disponibles en todos los países líneas de ayuda 24 horas al día, 7 días a la semana para sobrevivientes de violencia. La prestación de servicios para PSU incluye programas de tratamiento de PSU sustitutos y no sustitutos y programas de reducción de daños, y programas de tratamiento de PSU que operan dentro de las cárceles”.

Sin embargo, el quid de la cuestión es que la mayoría de los servicios de PSU carecen de un enfoque de género, ya que no solo estonios y griegos, sino también la mayoría de los servicios de PSU europeos e internacionales sufren de "ceguera de género" (AVA, 2013; Manandhar et al., 2018; Proyecto Stella, 2007; UNODC, 2016). No obstante, se detectó una excepción: a pesar de la ceguera de género previa, en los últimos años, los servicios de PSU de Islandia se han centrado principalmente en las dimensiones de género de la PSU, mientras que, al mismo tiempo, están siguiendo enfoques basados por el trauma y sensibles al género (Proyecto MARISSA, 2021). Por ejemplo, el Rótin



(“La raíz”), siguiendo enfoques basados en la evidencia informados por el trauma y sensibles al género, brinda servicios para mujeres que se centran en el vínculo entre el trauma y la UPM. En este contexto, Rótin, la Asociación Mujer, Trauma y Uso de Sustancias, ofrece asesoramiento grupal, cursos, grupos de apoyo y asesoramiento individual especializado, colabora con albergues y ofrece formación a los profesionales que trabajan en este campo (Root / Rótin, 2021).

En consecuencia, con respecto al tratamiento de la IPV y la UPM concurrentes, el caso ciertamente es que existe una diversidad de los servicios correspondientes (separados). Tanto los profesionales de IPV como de PSU de Estonia, Islandia y Grecia entrevistados respecto al Informe de Evaluación de Necesidades del Proyecto MARISSA indicaron que:

Según los informes de los países y los grupos focales, la gran mayoría de los servicios de IPV están dirigidos a mujeres, mientras que, por el contrario, se carece de servicios de PSU especializados para mujeres. Solo en Islandia y Grecia, estos servicios están disponibles. Sin embargo, en Grecia, a diferencia de Islandia, estos servicios son extremadamente limitados. La mayoría de los profesionales que participaron en los grupos focales, subrayaron la necesidad de servicios de UPM especializados para mujeres, independientemente de si son sobrevivientes de VPI o no (...)

(Proyecto MARISSA, 2021, p.34-35).

En algunas partes de España, la organización de los servicios de IPV y PSU es muy diferente, y se tiene desde redes de intervención bien organizadas e incluso servicios integrados, hasta zonas donde hay menos recursos, o casi ninguno. En otros países europeos, la organización de la atención a personas con problemas de UPM y mujeres sobrevivientes de violencia -incluida la IPV- es diferente. Por ejemplo: en Finlandia se establece en torno a hogares de ancianos para madres con sus hijos, algunos de ellos especializados en supervivientes de violencia; mientras que otros se mezclan. Algunas de las clientes podrían ser, por ejemplo, madres solteras.

En resumen, la colaboración de servicios múltiples dependería de qué servicios estén activos, pero también de si se otorga un fácil acceso a los clientes (lo que se reduce nuevamente a respetar los derechos de las mujeres y defender un enfoque de género).



Task 2. ¿Cuáles crees que son las ventajas prácticas de los servicios integrados de IPV y PSU? Completa la siguiente cuadrícula (y compare sus respuestas con las nuestras en la página siguiente ... ¡no hagas trampas, por favor!):

VENTAJAS PARA LAS USUARIAS	VENTAJAS PARA LAS/LOS PROFESIONALES
<p>Un servicio integrado/ holístico puede evitar:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Un servicio integrado/ holístico puede evitar:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Un servicio integrado/ holístico puede favorecer:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Un servicio integrado/ holístico puede favorecer:</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Junto con todas las ventajas que ofrecen los servicios integrados, también hay contratiempos; y ambos están relacionados con el hecho de que la mayoría de los servicios integrados no forman parte de la red pública per se, sino que están vinculados a fundaciones de ONG, asociaciones, etc. En caso de que tengas interés en saber más sobre cuáles son los principales contratiempos de los servicios integrados, lee el Listado siguiente:



- **Listas de espera:** el largo acceso al servicio puede comportar que haya mujeres que realizan un cambio de vida mientras esperan acceder al servicio. Un tiempo de espera prolongado puede llevar finalmente a la baja del servicio cuando, irónicamente, finalmente se haya producido la vacante.
- **Falta de financiación suficiente:** garantizar una capacidad de acceso suficiente implica financiación. Debe tenerse en cuenta que la financiación de los servicios existentes suele venir bajo conceptos separados; ya sea como servicios IPV o como PSU. La recomendación del Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención (NICE) respaldada por el gobierno del Reino Unido sobre la coordinación entre múltiples agencias en el Reino Unido (Recomendación nº 3: “Desarrollar una estrategia de puesta en marcha integrada”) recomienda tener “presupuestos alineados o, cuando sea posible, integrados y otros recursos” (NICE, 2014, p. 70).
- **El papel de los especialistas podría verse diluido:** Un peligro para el servicio integrado es que vaya en una dirección en la que - para brindar una atención integral - los especialistas se borren del panorama global; y este no es el objetivo de los servicios integrados; pero adecuada y oportuna coordinación entre especialistas.

Nuestra respuesta a la Tarea 2:

VENTAJAS PARA LAS USUARIAS	VENTAJAS PARA LAS/LOS PROFESIONALES
<p>Un servicio integrado / holístico puede evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -El peregrinaje de servicio en servicio. -La repetición de la historia clínica del cliente y la anamnesis innecesaria de episodios dolorosos. - Falta de medidas claras tomadas. - Pérdida de energía. - Choque contraproducente de medidas y / o puntos de vista por motivos políticos o modalidades operativas. <p>Un servicio integrado / holístico puede fomentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Recibir información clara sobre los próximos pasos que debe realizar el cliente. -La experiencia de un APOYO de gran calidad. 	<p>Un servicio integrado / holístico puede evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Confusión y repetición en el manejo de historias clínicas y anamnesis. -Choque de intereses políticos en competencia entre varios servicios en función de diversas administraciones (municipal, autonómica, estatal, autonómicas, etc.), que puede desencadenar una falta de coordinación. -Lagunas y / o lagunas de información. <p>Un servicio integrado / holístico puede fomentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Más actitudes profesionales. -Protocolos compartidos y alineación de equipos. - Metodología y objetivos formativos compartidos. -Eficacia mejorada. -Acciones coordinadas.



4.4 Coordinación multiinstitucional: "circuitos" y "redes"

La falta de oportunidad, el acceso rápido a los servicios y, sobre todo, una coordinación ágil y clara, son los obstáculos más importantes para brindar la debida atención a nuestras clientes. La coordinación entre profesionales –incluidos nosotros también, como podríamos suponer– parece darse en ocasiones “por defecto” e “in extremis”. Cuando hay, por ejemplo, una audiencia judicial y todos los actores involucrados (por ejemplo, servicios sociales, servicios de salud y servicios especializados de cuidado infantil), se reúnen "por casualidad" y se lleva a cabo una coordinación "de facto"; lo que, por supuesto, no es una situación ideal, aunque apunta a los límites estructurales del sistema.

Una fortaleza de este sistema sería que todos los profesionales que tratan con el público en las instalaciones sociales, de salud, o educativas; estén capacitados para detectar posibles actos de violencia machista. En este contexto, y constituyendo también una buena práctica en este ámbito, en el [Protocolo nacional](#) de Cataluña se ha elaborado un conjunto de preguntas mediante las cuales una mujer podría compartir o incluso llegar a darse cuenta de su propia condición de víctima y superviviente. (Institut Català de les Dones, 2019). Al mismo tiempo, parece haber en ocasiones un alto grado de integración y respuesta coordinada entre profesionales de un mismo sector (por ejemplo, equipos médicos involucrados en el mismo caso) que entre el sector médico y otros sectores. Esto está asegurado por un protocolo con mecanismos territoriales bien definidos:

Central Catalonia Circuit against Gender Violence

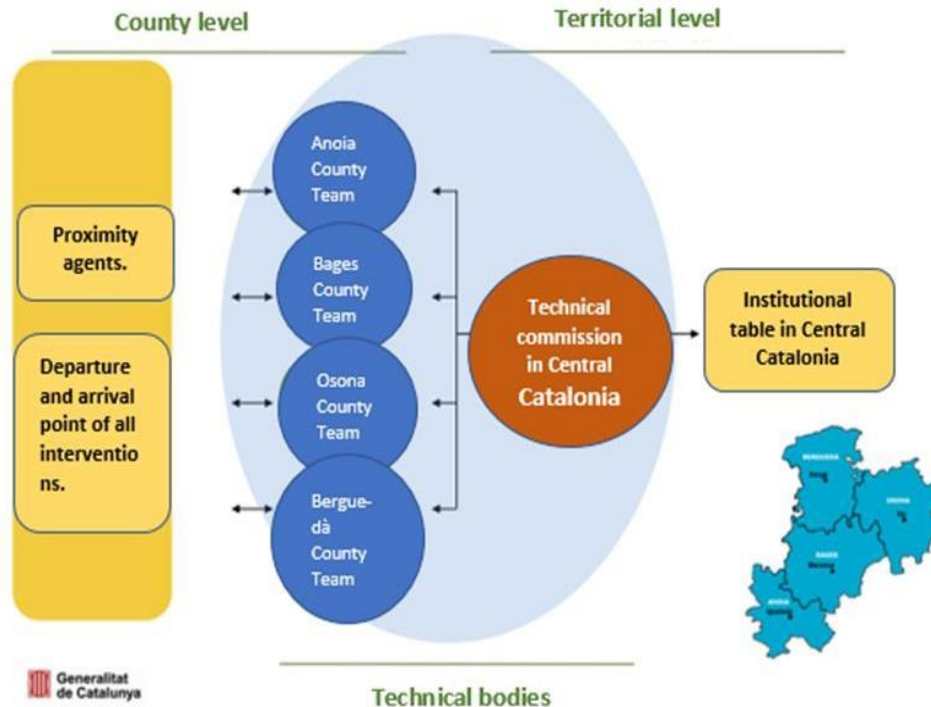


Imagen traducida y adaptada de: “Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista” (Institut Català de les Dones, 2020).

Como habrás notado en la imagen de arriba, todo el territorio catalán está dividido en regiones (IE: Cataluña central en la imagen de 4 comarcas). Los equipos comarcales aseguran el circuito de transmisión de información entre la Mesa Institucional y la Comisión Técnica de la comarca, y los agentes de proximidad.

El grado de urgencia percibida del caso desencadenaría uno u otro circuito, y activación de recursos para cada fase de intervención. Un inconveniente de esta red es que no diseña ningún circuito específico para quienes sufren de IPV y PSU concurrentes. De esta forma, la VPI y la UPM se abordarían según el nivel de urgencia que determinen los profesionales implicados. En general, e incluso en los servicios integrados paralelos a las redes públicas, se fomenta y trabaja la sobriedad como un objetivo que permite a las supervivientes superar la violencia de género.

4.4.1 Cribado universal para la coexistencia de IPV y PSU

Existen sistemas sociales y de atención de la salud basados en la detección universal de la violencia doméstica, incluida, como era de esperar, también la violencia de género. Luego, todos los profesionales de los servicios sociales y de salud están capacitados y cuentan con las herramientas para detectarlo. Esta es una etapa primaria de la coordinación entre múltiples agencias, ya que al detectarse se activarían los circuitos de cooperación y derivación necesarios. Lo mismo debe garantizarse en casos de IPV y PSU concurrentes. La Organización Mundial de la Salud destacó la importancia de mejorar la respuesta del sector de la salud ante la violencia doméstica mediante el uso del cribado universal para mujeres y niños (OMS, 1998). Se recomendó preguntar periódicamente a todas las clientes si han sufrido violencia sexual o física, así como la elaboración de protocolos de acción escritos que definan, para un entorno específico, los procedimientos a seguir para identificar a las supervivientes de violencia y responder de manera adecuada.

Entre los entornos de atención médica, tradicionalmente ha habido cierta controversia en torno a la utilidad de las pruebas de detección en relación con la violencia sexista por parte de sus parejas. Sin embargo, es necesario señalar que existe un aumento significativo en el reconocimiento de su importancia como medio adecuado y eficaz para identificar y poder atender estos casos de respuesta a la violencia, más allá de que se presenten en los servicios de emergencia o en la atención primaria de los servicios.

El hecho de que no tengamos suficiente evidencia para recomendar el cribado universal en este caso de violencia de género, no significa que exista suficiente evidencia para no recomendarlo. El Grupo de trabajo canadiense sobre atención médica preventiva señala que:

Aunque todavía no se han reunido pruebas suficientes para recomendar o desalentar el uso de exámenes de detección, la prevalencia y los daños asociados con la violencia doméstica son razones suficientes para mantener un alto grado de sospecha cuando se examina a las mujeres. (Wathen y MacMillan, 2003).



Conclusión práctica:

Cualquiera que sea la coordinación de servicios existente debería reducir el número de mujeres sobrevivientes de violencia de género (con o sin problemas de PSU), angustia emocional y no tener el efecto contrario.

El interés y el bienestar de las usuarias es lo primero.

4.5 Coordinación entre Profesionales y Servicios en casos de VPI concurrente y UPM

No obstante, las definiciones no son siempre las mismas en todos los países; seguramente podríamos estar de acuerdo en la descripción de los perfiles profesionales de los trabajadores sociales, psicólogos y médicos; a menudo psiquiatras. Una profesión como la enfermería en España y otros países, incluidos Islandia y Grecia también, es un título universitario, mientras que en Alemania es más una formación profesional especializada, más similar a los auxiliares clínicos en España. La profesión de educador social no es idéntica en todos los países, en otros lugares se habla de educador social y no tiene entidad propia (en España y Cataluña no la tenía hasta hace un par de décadas); y perfiles más básicos, realizando tareas de apoyo continuo, contención, acompañamiento, etc., podrían estar sujetos a diversas definiciones. Por ejemplo, no hasta hace muy poco, hemos tenido integradores sociales como perfil profesional. Hay muchas personas que actúan como monitores, que a veces tienen antecedentes diferentes o nulos, en función más de su vocación y motivaciones personales (por ejemplo, ex usuarias de PSU / “terapeutas recuperadas” o miembros de los movimientos feministas).

Al mismo tiempo, el trabajo en equipo dentro de los servicios de IPV y / o PSU es obviamente un campo tanto de cooperación como de conflicto, no solo por las diferencias entre los estilos de trabajo personal y la personalidad que se producirían en cualquier tipo de tarea, sino también por las posibles diferencias de enfoque y debido a la multiplicidad de profesiones que pueden intervenir. Al trabajar en este campo, nos encontraríamos -o incluso puede que ya nos encontremos- con la dificultad de organizar el trabajo en equipo, ya que, por ejemplo, hay algunas tareas que son claramente asignables a una u otra



profesión, pero no es así con otros (p. ej., dirigir un ejercicio de grupo podría ser realizado por varios perfiles). Además, otras tareas son más dependientes de las especialidades y la formación previa de los profesionales, que pueden no ser ni siquiera iguales para un mismo perfil en todas las universidades de un mismo país.

Respecto a IPV y PSU concurrentes, un grupo integral de servicios múltiples debe estar formado por una diversidad de profesionales y servicios, tales como, entre muchos otros; policía, poder judicial, proveedor especializado de servicios de apoyo a las víctimas (ONG), profesional de la salud, Servicio de PSU y salud mental, especialistas del gobierno local (especialista en trabajo social, trabajador social, especialista en protección infantil), proveedores de vivienda / alojamiento, oficiales de libertad condicional (si ya hubo una condena judicial) y representante del programa de perpetradores. Además de otros servicios especializados, es posible que deban incluirse, tales como: protección de adultos, educación, asesoramiento sobre el empleo, empleadores, grupos voluntarios y comunitarios y servicios de apoyo. Surge la pregunta de qué forma de comunicación e intercambio de información y proceso de planificación de acciones se genera entre estos profesionales cuando se trabaja con mujeres sobrevivientes de VPI con problemas de UPM.

4.5.1 Estrategias y mecanismos de coordinación

Las remisiones y / o la coordinación de casos y la creación de redes son algunas de las principales estrategias utilizadas para la coordinación de múltiples agencias en todos los casos, incluidos, por supuesto, los casos de VPI y UPM concurrentes.

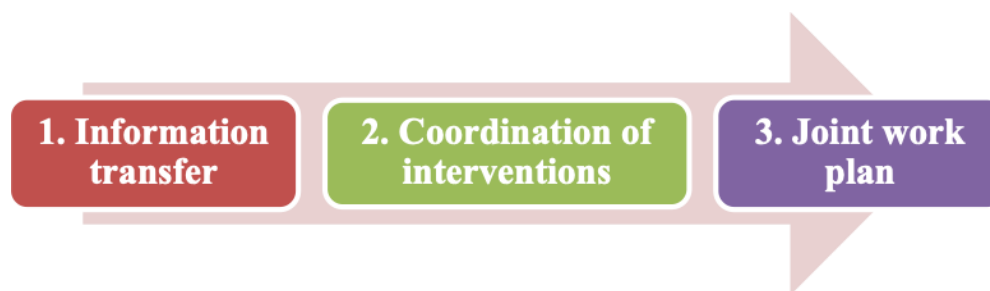
- Se entiende por derivación la acción que realiza un profesional de un servicio específico recomendando que la cliente sea atendida por otro servicio o recurso específico con el fin de recibir una atención o asesoramiento específico, por ejemplo, por parte de un profesional o servicio de IPV a un profesional o servicio de PSU y viceversa.

- La coordinación de casos y el *networking* son todas aquellas acciones en el marco de una estrategia de trabajo basada en la colaboración y el intercambio interprofesional, más allá de la derivación de un caso concreto. Es decir, colaboración e intercambio entre profesionales de IPV y PSU en el marco del servicio de información, conocimiento,

formación, planificación, etc.

La coordinación aumentaría la efectividad de las intervenciones tanto de IPV como de PSU, ya que implica detectar brechas y duplicidades de estos servicios. Se utilizan diferentes mecanismos para lograr esta coordinación. Estos se refieren a las estructuras, métodos y herramientas que permiten la coordinación y el trabajo en red. Sin embargo, se observa que no existe una definición clara y consensuada de coordinación de casos. Bajo estos paraguas surgen diferentes tipos de coordinación que se extienden en un continuo paulatino en torno a la implicación profesional en la coordinación del caso:

Tipos de coordinación que requieren de menor (1) a mayor (3) participación profesional y de servicios¹¹:



Transferencia de información: permite conocer intervenciones previas para evitar una mayor victimización y duplicación de intervenciones.

Coordinación de intervenciones: implica el diseño de una estrategia compartida que implique un compromiso más profundo de las reuniones y comunicaciones de coordinación de servicios y profesionales de IPV y PSU.

Plan de trabajo conjunto: implica la intervención conjunta interdisciplinar de varios servicios, incluidos por supuesto los servicios de IPV y PSU. También implica el mayor compromiso debido a decisiones compartidas y reuniones presenciales bajo un solo estilo de operación y gestión.

¹¹ Nota del T: (1.) Transferencia de información, (2) Coordinación de intervenciones, (3) Plan de trabajo conjunto.



Mecanismos utilizados a menudo para la coordinación entre profesionales y servicios de IPV y PSU:

A. Participación de los servicios de la PSU en los circuitos de violencia de género: las principales ventajas de participar en los circuitos en cuanto a coordinación y *networking* son:

- **Visibilizar los problemas y recursos especializados sobre el consumo,** generalmente más invisibles o relegados a un segundo plano frente a otros problemas o redes de servicios.
- **Avanzar en la generación de sinergias entre profesionales de diferentes redes:** el hecho de que existan profesionales de servicios de PSU dentro de los circuitos de violencia de género, fomenta que se empiece a difundir una visión menos estigmatizante del consumo, aunque de forma paulatina. Se hace referencia, por ejemplo, a la formación sobre consumo que ofrece el personal de los servicios de PSU a otros profesionales del circuito, y en especial a los profesionales de la IPV.
- **Elegir cuál debe ser el servicio de referencia** (entre otros elementos importantes) analizado y consensuado para un abordaje integral y coordinado del caso. Tal y como describe uno de los profesionales entrevistados en el citado informe catalán sobre el uso de drogas:

Nosotros, por ejemplo, en el (nombre del municipio), puede haber en el circuito los (nombres de los servicios del área de drogas) ... y cuando se detecta, se decide entre los profesionales, cuál es el lugar de referencia donde la mujer se siente más identificada (...). Depende de la persona con la que esté vinculada, dónde se sienta mejor protegida ... Pero para eso se necesita un networking colosal (GDI)”.



B. Participación en el caso por comités de seguimiento de los circuitos:

Para trabajar de manera coordinada en casos complejos, como los casos de mujeres sobrevivientes de VPI con problemas de UPM, no basta con participar en el circuito. Es importante participar en un espacio de coordinación ad hoc cuyo objetivo sería la elaboración de planes de intervención integrales y coordinados entre los servicios de IPV y PSU, con el fin de evitar duplicidades. A pesar de ser una técnica que consume tiempo y energía, que también requiere mucha implicación, se considera la más eficaz a la hora de hacer *networking* real.

C. Uso de las TIC: plataformas virtuales para la coordinación con otros servicios.

D. Generación de hojas de trabajo conjuntas: es un archivo compartido por varios servicios sobre un solo caso; no se utiliza demasiado, pero es muy valorado como herramienta. Es un activo para las reuniones de los comités de trabajo.

Tarea 3. (*¡Alerta de pregunta trampa!*):

Por favor, piensa bien tu respuesta a la tarea 3 teniendo en cuenta que no existe una respuesta universalmente válida para todos los problemas, sino soluciones locales que son apropiadas para las necesidades individuales. La inspiración para estos se puede encontrar en protocolos sólidos y buenas prácticas locales dondequiera que éstas estén disponibles.

En caso de que no exista un servicio integrado, ¿quién debería tomar la iniciativa y convertirse en el servicio de referencia para una mujer que experimenta IPV y PSU concomitantes?

A. El servicio de atención de drogas.

B. El servicio de IPV.

C. Ambos de los anteriores.

D. Ninguna de las anteriores

Nuestra respuesta a la tarea 3:

Bueno, sí, como se dijo anteriormente: ¿era una pregunta trampa!

La respuesta es: a falta de un servicio integrado, en función de: los horarios del servicio, la flexibilidad o rigidez del acceso de las clientes y el vínculo personal que se crea entre nosotros (es decir; los profesionales y la cliente).

Algunos profesionales creen que el servicio de PSU al ser el líder, ofrece una serie de ventajas que se pierden si opta por la derivación. En cambio, otros profesionales creen que es mejor derivar a las mujeres a recursos especializados y luego trabajar de manera coordinada.

Como verás a continuación, a veces los argumentos utilizados desde estas dos posiciones podrían ser todo lo contrario.

Más concretamente, las ventajas sugeridas de afrontar la violencia de género desde los recursos asistenciales de la PSU según los argumentos de los profesionales entrevistados en el informe catalán sobre IPV y PSU (Spora Sinergies, 2020), son las siguientes:

- Debido a las necesidades y estilos de vida de sus clientes, los servicios de PSU ofrecen una mayor flexibilidad y proximidad. Los servicios de PSU suelen poder realizar visitas



sin cita previa y esto suele estar más en consonancia con las necesidades de las personas, y especialmente de las mujeres, que padecen problemas de PSU.

- Los servicios de IPV a menudo están bastante saturados y operan con procesos estandarizados y horarios rígidos. Estos elementos parecen ser antagónicos a las lógicas del consumo o la violencia de género, así como a los estilos de vida de la mayoría de las clientes. No es raro que ambos miembros de una pareja asistan al mismo servicio de PSU al mismo tiempo, lo que brinda a los profesionales la oportunidad de intervenir en torno a la situación de VPI, no solo con la mujer (es decir, la superviviente), sino también con el hombre (es decir; el perpetrador). De esta forma, se sienten más capaces de evitar la escalada de violencia y situaciones más peligrosas. Como resultado, algunos profesionales consideran que este hecho / característica de los servicios de PSU es bastante importante.

- La relación terapéutica ya establecida con los profesionales de la PSU facilita una intervención más rápida. Las mujeres que sufren problemas de PSU ya tienen que soportar un estigma muy grande como consumidoras. Remitirlos a los recursos de la red de IPV podría aumentar esta carga, ya que es probable que aparezca el estigma asociado con la etiqueta de víctima.

- Abordar los problemas de IPV desde los servicios de la PSU, ofrece más protección a las mujeres supervivientes frente a posibles represalias que pueda emprender la pareja. Esto lleva al hecho de que para los hombres (los perpetradores) solo se prestaría atención a los problemas de la PSU y, por lo tanto, no sabrían que, al mismo tiempo, también se están abordando los problemas de la violencia de género.

4.6 Un ejemplo de caso de buenas prácticas: Metzineres



Captura de pantalla del sitio web de Metzineres. El subtítulo en catalán dice: “Entornos abrigados para mujeres que consumen drogas mientras sobreviven a la violencia”.

Metzineres: es el primer programa integral de reducción de daños exclusivo para mujeres en Cataluña. Este recurso es valorado muy positivamente por los profesionales que han participado en los grupos de discusión del Informe sobre las Drogas 2020 en Cataluña (Espora Sinergies, 2020). Lo que más destaca es que se trata de un servicio verdaderamente integral, enfocado al cliente y la perspectiva de sus derechos, ya que busca adaptarse a las particularidades y necesidades de cada mujer y ofrece propuestas flexibles de acceso directo e inmediato. Desde este servicio se está haciendo un especial esfuerzo por visualizar, cuantificar y dar respuesta a las necesidades de las mujeres (por ejemplo, se destaca el hecho de tener libre acceso a camas para descansar, ya que las mujeres que están en la calle tienen un muchos problemas para dormir por la noche, ya que deben estar alerta a posibles agresiones). Dentro de Metzineres se genera una red de seguridad mujer a mujer. Además, se indica que es un tipo de intervención que está resultando más eficaz que otros programas de reducción de daños, precisamente por su apuesta por la incorporación transversal de la perspectiva de género, especialmente en el diseño del propio servicio. Constituyendo una innovación y buena práctica, “Metzineres” participó en la campaña del Proyecto Women and Harm Reduction International Network (WHRIN) sobre la “Eliminación de la Violencia contra las



Mujeres que Consumen Drogas” (WHRIN, 2020).

Si deseas obtener más información sobre el concepto y el contexto de "Metzineres", puede ver la [entrevista](#)¹¹ a la Sra. Aura Roig (antropóloga y directora de "Metzineres").

¹¹ Entrevista en idioma catalán, puede que necesites un traductor en línea.



Tarea 4. Después de saber más sobre “Metzineres”, ¿podrías nombrar ...?

Tres formas en las que funciona un servicio integrado:

- a.
- b.
- c.

¿Tres formas en las que el concepto subyacente de “persona” es entendido de forma holística?

- a.
- b.
- c.

Preguntas clave para el Capítulo 4

1. ¿Cuáles dirías que son los factores que permiten la cooperación de múltiples servicios y profesionales?
2. ¿Qué tan prevalentes es esta cooperación en tu país?
3. ¿Cuál es / debería ser el impacto en tu opinión del enfoque de género y feminista, y de la psiquiatría crítica en el funcionamiento de los servicios de IPV y PSU?
4. ¿Quién crees que debería liderar un caso específico de VPI y UPM concurrentes?
¿Los Servicios de IPV o los servicios de PSU y por qué?
5. ¿Qué ventajas podrías nombrar en el caso que los servicios de PSU sean el servicio de referencia para un caso específico de IPV y PSU coexistentes?
6. ¿Qué estrategias de coordinación entre los profesionales de IPV y PSU se te ocurren?
7. ¿Qué estrategias podrías pensar para “reducir aún más la victimización” de las mujeres sobrevivientes de violencia de género con problemas de UPM?
8. ¿Cómo impacta el concepto subyacente de persona en el funcionamiento del MARAC y los servicios integrados en casos de VPI y UPM concurrentes?
9. ¿Podrías pensar en algún ejemplo de violencia institucional en relación con IPV y PSU concurrentes?
10. ¿Cómo marcarías la diferencia la defensa de un concepto holístico de persona por servicios para los casos específicos de VPI y UPM concurrentes?

5. Diseño e implementación de una intervención eficiente para mujeres sobrevivientes de violencia de género con problemas de UPM

¿Qué aprenderás en este capítulo?

- **Diseñar** una intervención en base a las especificidades de los perfiles de los clientes (fragilidad, necesidad de trato respetuoso, necesidad de apoyo emocional).
- **Identificar** los recursos a disposición de los clientes en términos de apoyo y servicios inmediatos para hacer posible su reintegración social.
- **Implementar un asesoramiento adecuado** mediante la vinculación inicial con el cliente como una intervención importante y conteniendo el estado emocional del cliente.
- **Comprender** el Modelo de Cambio de Intervención y sus etapas.

Palabras clave: Evaluación, Modelo de cambio, Seguimiento, Construcción de relaciones.

Antes de profundizar en las intervenciones eficientes para la IPV y la IPV concurrentes, debemos recordar que acudir a cualquier servicio en busca de ayuda para recuperarse de la IPV o la PSU es algo extremadamente desafiante de hacer o incluso de imaginar para cualquier individuo. Los profesionales como nosotros que trabajamos en el campo de la IPV deben ser conscientes de que esto es especialmente cierto si la cliente ha dependido de la sustancia durante mucho tiempo y, por lo tanto, ha adquirido una sensación de dependencia absoluta de ella, lo que hace que la vida parezca ingobernable sin ella. Además, a menudo, la sustancia es lo único que les permite afrontar la violencia y el maltrato –incluida la IPV, así como el dolor que provocan. Aunque el costo es alto en términos del daño físico, psicológico, social y financiero que causa, la sustancia permite a las clientes sobrevivir de alguna manera. Es solo cuando estos costos se han vuelto demasiado para manejar, eventualmente, y con cierta desgana, buscan ayuda, pero ahora con la culpa y la vergüenza combinadas y abrumadoras de



IPV y PSU. Entonces, en este punto, muchos de nosotros podemos preguntarnos, cómo nosotros, en tanto que profesionales, manejamos a estas clientes inmensamente frágiles en las intervenciones iniciales; especialmente porque pueden tener un impacto enorme en la capacidad de las clientes para interactuar con los diversos profesionales que se encuentran en el camino, o incluso si logran comprometerse con el tratamiento. En este capítulo, intentamos delinear tanto el papel de la contención para los problemas e inquietudes que presenta la cliente de inmediato, su seguridad y protección, y los primeros pasos importantes del proceso de tratamiento multidisciplinario a largo plazo.

Las intervenciones iniciales cuando se trabaja con sobrevivientes de IPV con problemas de UPM podrían dividirse en una serie de pasos. El propósito de estos pasos es desarrollar estrategias inmediatas y prácticas que aborden la IPV, junto con un plan de acción seguro y cohesivo para el progreso futuro de las clientes a través de la recuperación de la PSU, un enfoque doble que reconoce cómo la IPV y la PSU interactuarían con cada una de ellas. otros y, por lo tanto, no se pueden tratar de forma independiente. Nuestras interacciones iniciales con la cliente forman el primero de estos pasos, ya que es en este punto que comenzamos a construir la relación de trabajo efectiva que determinaría qué tan bien la cliente se relacionaría con los diversos servicios y profesionales con los que se encuentra. Si queremos ser realmente coherentes en nuestro enfoque hacia las clientes que experimentan IPV y PSU, es esencial que desarrollemos una buena relación de trabajo tanto con ellas como con cualquier otro servicio en el que las clientes puedan involucrarse desde el principio.

Si bien la recopilación de información es una parte esencial del proceso de intervención inicial, también es un paso importante en la ruta de atención a la cliente y, por lo tanto, consiste en una intervención importante por derecho propio. Con ese fin, debe aceptarse que las mujeres con problemas de PSU, y especialmente aquellas que también sufren de IPV, pueden ser extremadamente vulnerables, presentando problemas agudos de autoestima y un yo muy frágil.

Las mujeres a menudo se ven a sí mismas como indefensas y dependientes de la sustancia consumida y la idea de dejar de lado esta dependencia a menudo podría llenarlos de miedo, pavor y autodesprecio, una dinámica que refleja la internalización de la IPV. Este miedo a menudo se traduce en el intento de evitación de la responsabilidad mediante la transferencia



de la dependencia del profesional o en la creación de mecanismos de defensa destinados a negar la existencia misma de un problema. La negación es el mecanismo de defensa principal y tiene como objetivo convencer a los consumidores de sustancias contra toda la realidad y la evidencia de que tienen el control y podrían dejar de consumir en cualquier momento que lo deseen. Los desafíos directos a esta negación resultarían inevitablemente en una mayor ansiedad y la correspondiente escalada de las defensas que impulsaban una respuesta de "lucha o huida". De hecho, el solo hecho de asistir a la entrevista de evaluación podría generar niveles de estrés lo suficientemente altos como para desencadenar una respuesta muy traumática y, a menudo, autodestructiva. A menudo, las mujeres que han sufrido IPV a largo plazo quedan atrapadas en este estado de "lucha o huida", lo que puede hacer que sea muy difícil retenerlas cuando el trabajo se vuelve un desafío. Por lo tanto, siempre se debe prestar atención al estado mental inmediato y los niveles de ansiedad de las mujeres, y al realizar la entrevista debemos ser observadores y estar bien versados en una variedad de habilidades de desescalamiento y técnicas de conexión a tierra. El objetivo de este proceso es crear un entorno cuyos desafíos queden dentro de lo que la clienta pueda manejar.

Muchas mujeres con VP y PSU concurrentes que se sienten incapaces de lidiar con los desafíos constantes que la recuperación parece demandar, a menudo abandonan el tratamiento en este punto solo para volver a intentarlo en una fecha posterior; creando de esta manera un ciclo de compromiso y rechazo. Esto nos dejaría, en tanto que profesionales, lidiando con la frustración de lo que podría convertirse en una relación ambivalente y que puede parecer estancada y sin propósito. Bajo esta presión, podría ser muy fácil que cayéramos en la posición de asumir la responsabilidad de la recuperación de la cliente para forzar su cambio personal.

¡Siempre debemos ser conscientes del poder de la transferencia y las proyecciones!

Y en estas circunstancias estresantes, especialmente en las primeras etapas.

Estas proyecciones retratan inevitablemente al profesional como el rescatador y al cliente como la víctima; una posición de desempoderamiento para todos, que exige que nos convirtamos en el adulto responsable y el cliente en la niña inmadura.

Como mencionamos en el Capítulo 1, los límites bien contruidos y firmemente establecidos son una parte esencial del proceso terapéutico y son necesarios desde el principio. La IPV podría verse en gran medida como un proceso de romper y violar los límites normales. La recreación de límites saludables dentro del proceso terapéutico, de una manera segura, podría experimentarse positivamente: la contención se considera valorada y segura en lugar de punitiva y controladora. En lugar de simplemente exigir la abstinencia, podríamos discutir con la cliente por qué la abstinencia es tan importante para nuestro trabajo y cuáles serían los resultados si no se gestiona. También debemos aplicar este enfoque a todos los problemas de límites, como el respeto mutuo, llegar a tiempo o faltar a sesiones¹². El propósito de esto es dar a las mujeres un sentido de responsabilidad y propiedad en lugar de sumisión, al tiempo que comprenden y aceptan las consecuencias de las decisiones que deciden tomar. En última instancia, si el proceso va a tener éxito a largo plazo, se debe alentar a las mujeres desde el principio a asumir la responsabilidad de su recuperación, y los límites bien mantenidos son los pilares de este proceso.

Es necesario que todos los profesionales que trabajan en este terreno se den cuenta de que nadie elige desarrollar un problema con las drogas o el alcohol y que muchas de las clientes que conocemos pueden haber recurrido a estas sustancias como el único escape que pudieron. ver desde su trauma subyacente. El trauma puede deberse a violencia infantil, abuso sexual, o violencia de género, y en muchos casos debido a combinaciones de todos ellos. Cada una de estas experiencias abusivas podría tener un efecto profundo en la psique y generar sentimientos abrumadores de vergüenza, culpa y baja autoestima. Estos sentimientos se ven agravados por las acciones y las elecciones de estilo de vida, PSU

¹² Para obtener más información sobre los límites, lee el Capítulo 1.



Las demandas de la PSU y, lamentablemente, a veces por las actitudes y respuestas de aquellos a quienes recurren en busca de ayuda¹³.

También debemos recordar que, al igual que la IPV, la PSU afecta no solo a un individuo, sino que a menudo es un problema de toda la familia. Es común que más de un miembro de la familia tenga problemas con el alcohol o las drogas, lo que aumenta la complejidad de los problemas existentes; haciendo, de esta manera, el logro y mantenimiento de la recuperación un desafío aún mayor. Los antecedentes familiares de IPV y / o PSU también podrían tener un impacto inmenso en los niños en el hogar, a menudo conduciendo a negligencia y trastornos del apego, que podrían manifestarse como problemas emocionales complejos que afectan la vida adulta del niño, así como riesgos potenciales e inmediatos para su seguridad. Las mujeres con problemas de PSU también pueden estar involucradas en una relación abusiva o haber escapado recientemente de una. Ambos casos pueden provocar que busquen ayuda, pero también influyen en su capacidad para hacer frente a cualquier presión emocional adicional. Estos son solo algunos de los factores principales que deben tenerse en cuenta cuando determinamos un modelo apropiado de participación y una vía de atención para las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.

Las circunstancias familiares también juegan un papel importante en qué tan bien mantenemos la confidencialidad con la cliente. Como mencionamos en el Capítulo 1, es importante que tanto la cliente como el profesional comprendan claramente las limitaciones de la confidencialidad y lo que sucede cuando las circunstancias exigen que la rompamos. Si ha habido abuso dentro de la familia, debemos determinar si todavía está ocurriendo o si hay niños o adultos vulnerables en riesgo. También necesitamos determinar si el cliente tiene pensamientos suicidas o antecedentes de intentos de suicidio que la ponen en riesgo. En última instancia, debemos priorizar la seguridad de los jóvenes o los vulnerables por encima de la de cualquier otra persona, incluida nuestra cliente.

Estos factores también formarían parte de la evaluación de la capacidad de la mujer para participar en el proceso terapéutico; no como una crítica sino como una revisión honesta de su capacidad de recuperación para afrontar el trabajo de la terapia. Enfatiza la



importancia de explorar todos los aspectos del mundo de las clientes como parte de la evaluación y forma la base de lo que entendemos por enfoque holístico. Esto simplemente significa dar la importancia apropiada a la influencia de todos los factores, tanto positivos como negativos, dentro de la vida de las mujeres que las han llevado a estar donde están hoy y a aceptar que la recuperación, ya sea de IPV o PSU, es un proceso muy desafiante y difícil.

¹³ Para obtener más información sobre las actitudes estigmatizantes, lea el Capítulo 2.



5.1 La evaluación

La evaluación debe cubrir una variedad de áreas no solo para nosotros, sino también para cualquier otro profesional y servicio al que podamos referir a nuestras clientes, y especialmente a las profesionales y servicios de PSU. Tendría sentido que IPV y PSU, así como una serie de otros servicios, colaboraran en el diseño de un protocolo de evaluación. Este protocolo debe ser adecuado para todos los profesionales y servicios involucrados en casos de IPV y UPM; mientras que salvaría a las mujeres del trauma de repetir su historia una y otra vez. Sin embargo, debemos recordar que es necesario un permiso por escrito de la cliente antes de establecer contacto con cualquier otro servicio para compartir esta evaluación¹⁴.

La evaluación debe usarse para explorar los siguientes aspectos:

Información básica de la cliente	
✓	Nombre completo
✓	Fecha de nacimiento
✓	Dirección
✓	Teléfono

¹⁴ Para obtener más información sobre la cooperación entre múltiples agencias, lee el Capítulo 4.

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Detalles del correo electrónico ✓ Detalles de contacto de emergencia
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Con quién vive la cliente? ✓ ¿Hay dependientes como niños o adultos vulnerables en el hogar? ✓ En caso afirmativo, ¿cuáles son sus edades y las circunstancias de sus condiciones de vida?
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Los servicios sociales están involucrados con la familia en la actualidad?
Preocupaciones médicas
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Cuándo fue la última vez que la cliente consultó a un médico? ✓ ¿Tiene algún problema de salud física? ✓ El nombre y los datos de contacto del médico actual son esenciales.
Problemas de salud mental
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Hay algún problema comórbido diagnosticado, como trastorno de estrés postraumático, ansiedad, trastornos depresivos, de personalidad o psicóticos?
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El nombre y los datos de contacto de cualquier equipo de salud mental en el que estén o hayan estado involucrados son esenciales.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ ¿Qué apoyo hay para los problemas de salud mental del cliente cuando tienen dificultades?

Suicidio y autolesión

- ¿Tiene la cliente pensamientos suicidas o autolesivos activos?
- ¿Tiene la cliente antecedentes de intentos de suicidio o autolesión?
- ¿Cuándo fue la última vez que intentó autolesionarse y qué hizo?
- ¿Quién estaba al tanto de esto?

Problemas legales o policiales en curso

- ¿Está la cliente involucrada en alguna investigación policial activa o acción judicial?
- ¿Ha estado bajo las restricciones de órdenes de restricción o de no abuso?

Historial de vínculos emocionales de la cliente

- Dinámica familiar
- Familia biológica, vínculos y crianza
- Educación y trabajo
- Relaciones pasadas y actuales
- Amistades y red social

✓	Cuestiones de alojamiento y de bienestar
Objetivos y motivación	
✓	¿Qué desea conseguir la cliente?

Identificar problemas y continuar desarrollando metas y objetivos prácticos como un proceso colaborativo es útil incluso en esta etapa temprana, ya que nos da un sentido inmediato de propósito para el trabajo. El Modelo de Etapas de Cambio es una herramienta muy útil en esta dirección, ya que podría descomponer problemas abrumadores en problemas más pequeños, que, como tales, podrían manejarse más fácilmente. En el siguiente apartado te presentamos el Modelo de Cambio, ya que -aparte de los profesionales de la PSU-, los profesionales de la VPI también deben conocer y familiarizarse con las intervenciones exitosas existentes del tratamiento de la PSU. De esta manera, se cierran las brechas entre diferentes campos, enfoques y filosofías; Se fomenta la comprensión de la situación actual de nuestras clientes, mientras que intervenciones como estas podrían incluso inspirarnos.

5.2 El modelo de cambio y sus etapas

Este modelo para promover el cambio fue desarrollado por Prochaska y DiClemente en la década de 1970 y ha demostrado ser exitoso cuando se aplica a PSU. Es un ciclo de seis etapas diseñado para crear un enfoque estructurado para el cambio, que reconoce los desafíos planteados al tratar de instigar cualquier cambio importante en la vida.



temas de IPV y PSU para que tenga éxito.

A continuación, se muestran las seis etapas del modelo. Cada una debe ser trabajada cuidadosamente antes de pasar al siguiente. A menudo, puede ser necesario volver a una etapa anterior, ya que pueden surgir problemas inesperados. El propósito es trabajar con cuidado para que la siguiente etapa sea lo más fácil de lograr.

ESTADIO 1: PRECONTEMPLACIÓN

En esta etapa, la cliente ni siquiera está pensando en el cambio, negándose a ver que hay un problema. A muchas personas con problemas de PSU les resulta extremadamente difícil aceptar que tienen un problema en primer lugar y, a menudo, hacen todo lo posible para ocultárselo a sí mismas y a los demás. Pasar a la segunda etapa, aceptando que existe un problema, es una tarea que la cliente normalmente debería afrontar sola y puede llevar muchos años antes de tener el valor de hacerlo. Tanto las personas que padecen PSU como las que sufren IPV, a menudo se ven a sí mismas como culpables, sentimientos que son a menudo exacerbados por quienes los rodean. Se ven a sí mismos como responsables de todo lo que ha sucedido y sienten que “merecen” castigo en lugar de ayuda.

ESTADIO 2: CONTEMPLACIÓN

En la primera etapa se ve a la cliente enfrentarse al hecho de que hay un problema, y es aquí donde nosotros, como profesionales, podemos brindar apoyo para ayudarla a enfrentarse a la verdad. Por lo general, ocurre dentro de las primeras reuniones; la cliente a menudo se presenta como confundida, frágil y en su fase más vulnerable. Por tanto, esta etapa requiere mucha empatía y tacto por parte del profesional para mantener la motivación. Aceptar la realidad de sus problemas podría ser una experiencia traumática en sí misma, llena de dolor, desesperación y, a menudo, rabia.

ESTADIO 3: PREPARACIÓN CONTEMPLACIÓN

En esta etapa se han determinado los problemas y es el momento de juntarnos y decidir cómo - tanto la cliente como nosotros, los profesionales - podemos abordarlos. Esta etapa también podría usarse para ver qué recursos están disponibles. Es en esta etapa cuando se crean los objetivos mediante mutuo acuerdo. Esta experiencia de no estar sola con sus problemas podría tener un gran significado para la superviviente de IPV, que puede haber mantenido el abuso en "secreto" durante muchos años. La creación y el logro de objetivos es una parte esencial para mantener la motivación de la cliente, ya que podrían dar la sensación de "llegar a alguna parte" en un proceso que es largo y arduo. Sin embargo, para ser efectivos, los objetivos deben estar dentro de las capacidades de la cliente para alcanzarlos, o, simplemente; se convertirían en otro indicador de fracaso. Por ejemplo, Alcohólicos Anónimos (AA) estableció la meta de "un día tras otro" para la recuperación y este es siempre un buen punto de partida.

¡Por favor, no le pidas a tu cliente lo que no puede lograr!

ESTADIO 4: ACCIÓN

Ahora, dado que se ha creado un plan y se han determinado las metas, es hora de comenzar sin demora ni vacilación. A menudo, puede haber mucha evasión en torno a este punto, ya que implica realmente hacer el cambio en lugar de simplemente hablar de él. *"Es demasiado cerca de Navidad, comenzaré en enero"* o *"Comenzaré la próxima semana / mes, simplemente no es un buen momento en este momento"* son comentarios típicos que se escuchan en este momento de una cliente muy asustada. Muchas mujeres que han experimentado la IPV se sienten aterrorizadas ante la idea de marchar en caso de que empeoren las cosas; siempre es una fantasía que se pospone para el futuro. Poner en práctica esta "fantasía" podría ser muy exigente y necesitaría mucha organización y apoyo. Nunca habrá un "buen momento" para comenzar este proceso, ya que siempre habrá algo que se interponga en el camino si está lo suficientemente



asustada y es nuestro papel como profesionales trabajar con delicadeza a través de todas las objeciones y temores que la cliente pueda traernos.

ESTADIO 5: MANTENIMIENTO

Ahora que el plan está en marcha, ¿cómo se podría mantener el impulso y aprovecharlo? Lo que no está funcionando tan bien necesita ser revisado y cambiado, y lo que está funcionando bien debe ampliarse. Esta etapa es un proceso de trabajo conjunto para afinar constantemente el sistema y traer cuidadosamente de vuelta a la vida de la cliente las cosas que se han perdido. Para la superviviente de IPV, es una oportunidad para tener claridad de pensamiento, quizás por primera vez en años libre de coerción y manipulación, y para comenzar a tomar decisiones por sí misma.

ESTADIO 6: RECAÍDA

Esto parece una parte extraña del proceso, pero es esencial planificar la posibilidad de una recaída, de lo contrario, un pequeño desliz podría ser devastador. Muchas supervivientes de la violencia de género vuelven inexplicablemente al perpetrador en algún momento, al igual que muchas personas con problemas de PSU volverían al alcohol y / o sustancias aparentemente sin importar las consecuencias o sin entender por qué. Es importante darle sentido a lo que le está sucediendo a nuestra cliente y encontrar una solución que proteja su futuro en lugar de simplemente condenarlo como fallido. Todo podría ser una oportunidad de aprendizaje si se mantiene el enfoque colaborativo y cada error, incluidos los anteriores, podría aprovecharse para obtener una mayor comprensión de las fortalezas de la cliente y su área de vulnerabilidad.

Si se utiliza de forma eficaz, el modelo de etapas de cambio podría actuar como un proceso de trabajo colaborativo, con el cliente totalmente comprometido con el terapeuta en una serie de tareas conjuntas. Al utilizar una planificación y una evaluación cuidadosas en cada etapa, podría ser posible abordar y resolver muchos problemas potenciales antes de que realmente ocurran. Se podría utilizar con un enfoque estricto, ya que a menudo lo es en los profesionales y servicios de PSU para concentrarse en mantener la sobriedad abordando los problemas diarios que podrían conducir a una recaída, como lidiar con los antojos o evitar los desencadenantes.



Sin embargo, su alcance también podría ampliarse para incluir los roles que desempeñan todos los aspectos de la vida de la cliente que influyen en el comportamiento, como el trauma pasado y presente de la IPV; una autoestima frágil; problemas de salud mental y relaciones abusivas. Utilizadas de esta manera, las etapas de contemplación y preparación nos ayudarían a determinar qué derivaciones a otros servicios más especializados tendrían sentido, con la cliente siempre en el centro del proceso. Este enfoque inicial proactivo y colaborativo es invaluable para preparar el escenario para el compromiso de la cliente con todos los diversos servicios que encontrarían, especialmente si creen que todos los profesionales involucrados, y especialmente los profesionales de IPV y PSU, están trabajando juntos como un equipo. en vez de por separado.

5.3 La revisión de seguimiento

Varias veces, esta área se ve como algo que debe organizarse al azar con muy poco esfuerzo y aportes de los profesionales y con frecuencia se pasa por alto en las demandas de un departamento ocupado. El seguimiento debe realizarse y organizarse activamente dentro de una escala de tiempo adecuada a las necesidades individuales de la cliente, aprovechando la alta motivación que ésta experimenta a menudo durante las primeras etapas de la terapia, incluida la terapia con IPV y / o PSU. Las clientes no deben considerar la revisión del seguimiento como un proceso de juicio en el que se las considere un éxito o un fracaso. Más bien, de acuerdo con el Modelo de Etapas de Cambio, los éxitos o fracasos podrían verse igualmente como oportunidades de aprendizaje para ser exploradas y utilizadas en la evolución de un plan de recuperación revisado y refinado. La revisión de seguimiento es una parte esencial del proceso en el que las mujeres se sienten retenidas y no solas en su lucha, construyendo relaciones con una variedad de profesionales, todos trabajando juntos para crear una dinámica de colaboración en lugar del desequilibrio de poder entre “nosotras” y “ellas”.

Los campos combinados de PSU e IPV ofrecen desafíos complejos y únicos tanto para las clientes como para los profesionales. Para la cliente, es la cosa más aterradora que jamás haya intentado y siempre se debe reconocer el coraje que muestra con solo hablarnos. Para los profesionales, exige un enfoque que atienda a las clientes más vulnerables y frágiles. Se necesita un conocimiento práctico de las diversas agencias que se deben involucrar y los sistemas que utilizan, pero también exige la capacidad de trabajar con profundidad relacional proporcionando contención para los temores y vulnerabilidades abrumadores de



la mujer, mientras la ayuda a desarrollar la fuerza del ego, la independencia y la resistencia a largo plazo a través del empoderamiento, la libertad de elección y la autodeterminación

Sobre todo,

Trabajar con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU exige un enfoque de profesionales como nosotros que acepte que **no hay respuestas simples.** y que **la recuperación es un viaje de por vida,** **¡¡¡con muchos éxitos y fracasos en camino !!!**

Preguntas clave para el capítulo 5

1. ¿Cuándo crees que comienzan las intervenciones importantes para las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU?
2. ¿Qué efecto tienen la IPV y la PSU a largo plazo sobre el ego y la autoestima?
3. ¿Qué crees que impide que las mujeres sobrevivientes de IPV con problemas de PSU busquen ayuda antes?
4. ¿Cuáles crees que son los problemas específicos de este grupo de clientes?
5. ¿Qué factores podrían determinar que las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU permanezcan en tratamiento o huyan?
6. ¿Cómo podríamos recopilar información para desarrollar desafíos y mantener la motivación?
7. ¿Cuáles son los principios básicos y los aspectos principales de una intervención eficaz para las mujeres sobrevivientes de IPV con problemas de PSU, según tu opinión y en base a lo que leíste en este Capítulo?
8. Nombra algunos de los principales aspectos que deberían incluirse en una evaluación integral de las mujeres supervivientes de violencia de género con problemas de PSU.

6. Evaluación de riesgos y gestión de crisis de la violencia de género

¿Qué aprenderás en este capítulo?

- **A prevenir** nuevos incidentes violentos y mantener seguras a las supervivientes mediante escalas y enfoques de evaluación de riesgos.
- **A reconocer** las características distintivas de cada caso, y la necesidad de personalizar tanto la evaluación como el método de intervención.
- **A identificar** los factores de riesgo de incidentes de IPV.
- **A investigar** las categorías de factores desencadenantes de la violencia y sus mecanismos subyacentes.
- **A estructurar** un plan de Seguridad personalizado con la mujer en relación abusiva como caso y proceso individual.

Palabras clave: Concienciación, Manejo de crisis, Violencia de pareja íntima, Evaluación de riesgos, Factores de riesgo, Plan de seguridad.

La violencia, incluida también la violencia de género, podría ocurrir en todas partes, en todos los sexos y en todo tipo de relaciones, afectando la vida de millones de personas en todo el mundo. Sin duda, sus efectos son negativos en todos los casos, ya que implica la violación de derechos humanos básicos, que, entre otros, incluyen: el derecho a la igualdad y no discriminación; el derecho a la vida; libertad; seguridad personal; libertad de tortura y tratos degradantes; el derecho a la igualdad ante la ley; el derecho a un juicio justo; el derecho a la privacidad; el derecho a la libertad de creencias y religión; y a la libertad de opinión (Naciones Unidas, 2021).

La violencia doméstica es el término más conocido que se utiliza para describir la violencia dentro del entorno doméstico, entre personas que comparten un vínculo familiar, afectando



principalmente a las mujeres. Posteriormente, el término IPV se generalizó; con el objetivo de ampliar la noción según la cual el abuso puede existir en cualquier tipo de relación personal e íntima, independientemente de la orientación sexual, estado civil, o género. Con base a este conocimiento, la Organización Mundial de la Salud identificó la IPV como “cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a quienes están en la relación” (OMS, 2021). Un porcentaje preocupantemente alto de este tipo de comportamiento podría conducir a situaciones extremas que amenazan la vida de las personas involucradas, y especialmente la de las mujeres. Es entonces cuando los profesionales de diversos campos, que trabajan con supervivientes o perpetradores de violencia de género, necesitan evaluar la situación, con el objetivo de brindar pautas de seguridad para todas las partes involucradas. En este capítulo, intentamos aclarar el propósito de una herramienta de Evaluación de Riesgos, las estructuras existentes de una Evaluación de Riesgos en varios entornos, los Factores de Riesgo que investiga y finalmente, las estrategias para implementarla. Además, este capítulo analizará los métodos para manejar una crisis con la pareja, con el fin de proteger a las mujeres en peligro, teniendo en cuenta al mismo tiempo sus problemas de PSU.

6.1 Evaluación de riesgos y gestión de crisis de la violencia de género: objetivos, tipos y beneficios

Según investigaciones relevantes incluidas en artículos internacionales y europeos, se ha observado que las consecuencias mentales, físicas y psicológicas de la violencia de género son más graves para las supervivientes, cuando la violencia se repite durante un período prolongado. Cuando la mujer que sufre incidentes crónicos de violencia finalmente decide buscar la ayuda de un experto, muchos temas deben ser resueltos, analizados, discutidos y priorizados en nuestras sesiones con ella. El objetivo principal y más básico es ayudar a la superviviente a mantenerse segura, incluidos los casos en que el agresor se agita más, como por ejemplo cuando la mujer intenta terminar la relación y él se da cuenta de que su pareja lo abandona, como existe evidencia de que el riesgo de violencia severa y asesinato (feminicidio) puede aumentar cuando la víctima intenta terminar la relación y si se separa del perpetrador (Spencer & Stith, 2020).

Las profesionales que trabajan con mujeres supervivientes de violencia de género utilizan

múltiples herramientas de evaluación de riesgos destinadas a:

- a) Ayudar a las mujeres a evitar peligros y a mantenerse a salvo a sí mismas y a sus hijos, y
 - b) Predecir el comportamiento agresivo del perpetrador hacia la víctima
- (Nicholls et al, 2013).

En el contexto de una Evaluación de Riesgos coherente de las mujeres con VP y UPM concurrentes, también se deben considerar los peligros y riesgos relacionados con la UPM. Sin embargo, los profesionales de IPV no son capaces de hacerlo. Lo único que podríamos hacer por nuestra parte es ser conscientes de estos peligros, estar alerta y cooperar con los profesionales y servicios de PSU.

Para evaluar y comprender la importancia de una evaluación de riesgos en casos de violencia de género, primero debemos reconocer qué es la evaluación de riesgos. Según Nicholls et al. (2006, p. 276), la Evaluación de Riesgos es un “proceso de toma de decisiones a través del cual determinamos el mejor curso de acción al estimar, identificar, calificar o cuantificar el riesgo”, con respecto a la seguridad de cada superviviente, o la posibilidad de la repetición de otra agresión por parte del perpetrador.

El objetivo de ayudar y orientar a las mujeres supervivientes de violencia de género –con o sin problemas de UPM- a mantenerse seguras no es una tarea fácil, y debe ser absolutamente personalizada para cada caso, con cuidado y atención. Según el Instituto Europeo para la Igualdad de Género / EIGE, la evaluación de los riesgos de seguridad a que se enfrenta una superviviente en particular, debe realizarse caso por caso, de acuerdo con procedimientos estandarizados y dentro de un marco de múltiples servicios (EIGE, 2019).

¿Qué incluye la evaluación de riesgos?

La evaluación de riesgos incluye evaluaciones de:

- a) **Riesgo de letalidad**
- b) **Gravedad de la situación, y**
- c) **Riesgo de violencia repetida.**

Dado que la evaluación de riesgos puede promover la conciencia de las supervivientes y profesionales sobre el riesgo de una futura violencia de género, así como motivar e informar estrategias para mejorar la seguridad de las víctimas (Snider et al., 2009); se han realizado varios estudios para informar, probar y revisar los diversos métodos de evaluación de riesgos que han sido utilizados por profesionales de IPV en todo el mundo. Según muchas revisiones científicas y bibliográficas, existen tres tipos de herramientas de evaluación de riesgos basadas en:

a) **El enfoque estructurado**

Un método estructurado de Evaluación de Riesgos se presenta en forma de un cuestionario para que lo responda la superviviente o el perpetrador, donde se examinan todos los factores y aspectos de sus vidas. Las pruebas del método estructurado también marcan y anotan la frecuencia y gravedad de cada evento de abuso durante el último año antes del informe, así como también determinan el nivel de peligro que tiene una mujer maltratada de un posible homicidio por parte de su pareja actual, su expareja, o su esposo. Una vez que se han respondido las preguntas y se ha recopilado la información adecuada, se genera un informe para ayudarnos a calcular la posibilidad de que se intensifique cualquier tipo de amenaza, posible homicidio e identificación de riesgos. Tales pruebas de evaluación de riesgos estructuradas son el sistema



de evaluación de amenazas MOSAIC, diseñado por Gavin de Becker and Associates a principios de la década de 1980, la evaluación de peligros, desarrollada por Campbell J. en 1986, y la evaluación de riesgos de agresión conyugal - SARA, desarrollada por Kropp, Hart, Webster y Eaves entre 1994 y 1999 (Kropp & Gibas, 2020; Van der Put et al, 2019).

Por ejemplo:

Las categorías de factores de riesgo, que finalmente se establecieron para ser examinados en SARA, fueron las siguientes:

- *Historial de violencia conyugal,*
- *Violencia conyugal que pone en peligro la vida,*
- *Escalada de violencia conyugal,*
- *Actitudes que apoyan la violencia conyugal,*
- *Comportamiento antisocial general,*
- *No obedecer las órdenes judiciales y*
- *Trastorno mental.*

b) El enfoque actuarial

El desarrollo de una serie de herramientas actuariales se basó en modelos estadísticos multivariados, utilizando regresión lineal y análisis de funciones discriminadas, entre factores psicológicos o sociológicos. Los factores que parecen contribuir significativamente al establecimiento del riesgo a largo plazo de reincidencia violenta fueron: la edad, los antecedentes penales y la familia de origen. Con el uso de métodos estadísticos, a diferencia de los factores clínicos, podemos estimar el riesgo de reincidencia, mientras que no se requiera ningún tipo de entrevista ni de la superviviente ni del perpetrador. Las comisarías de policía utilizan principalmente este tipo de herramientas a nivel internacional. Una prueba actuarial de Evaluación de Riesgos es la Evaluación de Riesgos de Agresión Doméstica de Ontario (ODARA), desarrollada por Hilton, Harris, Rice, Lange, Cormier y Lines en 2004. Podría describirse como una escala de 13 ítems utilizada por agentes de policía u otros profesionales relacionados con los antecedentes penales, con el objetivo de predecir la probabilidad de reincidencia de los agresores, combinando información con estimaciones estadísticas (Kercher et al., 2010).



b) El enfoque no estructurado (Northcott, 2012)

Los profesionales de IPV recopilan toda la información necesaria y elaboran un informe de evaluación de riesgos, basado en su propio juicio personal -subjetivo u objetivo. La información proviene directamente de la superviviente o del perpetrador, habiendo completando:

- Pruebas psicológicas.
- Cuestionarios con la historia de su relación.
- Incidentes anteriores de violencia.
- Uso de cualquier sustancia.
- Posesión de armas.
- Niños involucrados.
- Riesgos de seguridad laboral y de vivienda y, por último, pero no menos importante;
- Opinión del propio profesional a partir del encuentro con ellos¹⁵.

Sin embargo, este enfoque implica una visión subjetiva de nuestra parte; prejuicios personales; posible ignorancia y, por lo tanto, muchos errores de cálculo o descuido de detalles importantes, solo por mencionar algunas desventajas. Otros aspectos problemáticos de las Evaluaciones de Riesgos no estructuradas son el hecho de que no todos los profesionales de IPV que realizan las entrevistas de Evaluación de Riesgos están adecuadamente capacitados, tampoco existen pautas o restricciones a seguir y, debido a todas estas razones, podría no haber suficiente precisión en los resultados de la evaluación de riesgos. evaluación. Además, las principales debilidades incluyen la confiabilidad, validez y responsabilidad limitadas de tales herramientas (Litwack y Schlesinger, 1999; Quinsey et al., 1998, como se cita en Nichols et al., 2013). La conclusión a la que llegan investigadores y profesionales, en lo que respecta a las evaluaciones de riesgo no estructuradas, es que “ahora existe una denuncia generalizada de las evaluaciones de riesgo de violencia no estructuradas, y las principales autoridades concluyen que “el juicio clínico no estructurado por sí mismo ya no es un enfoque útil o necesario para evaluar el riesgo de violencia” (Heilbrun et al., 2010, p. 5, citado en Nichols et al., 2013).

Píldora para pensar:

Hay ventajas y desventajas en cada uno de estos tres enfoques, y los profesionales de IPV los utilizan en consecuencia.

¿Con cuál elegirías trabajar? ¿Y por qué motivo?

Se podría argumentar que un informe de evaluación de riesgos bien estructurado y el uso de herramientas adecuadas podrían proporcionarnos una visión más precisa del caso y sus riesgos. (Braff y Sneddon, 2007). Sin embargo, otros profesionales apoyan la opinión de que, dado que el factor humano es tan impredecible, el juicio personal es un componente valioso del resultado de la Evaluación de Riesgos.

Sin embargo, el punto principal a recordar es que existen ciertas limitaciones en la mayoría de los instrumentos anteriores, que desafortunadamente afectan la precisión de los resultados de la Evaluación de Riesgos. Por ejemplo, la Evaluación de Peligros se enfoca en diseñar la predicción de un posible homicidio dentro de una relación abusiva o un matrimonio abusivo, mientras que la escala ODARA solo podría usarse en diferentes relaciones sexuales. Por lo tanto, ¡tenemos que elegir en consecuencia!

Un gran número de servicios están involucrados con incidentes de violencia de género y violencia doméstica, en todo el mundo, y los resultados de una Evaluación de Riesgos válida los afectan a todos. Además de los servicios de apoyo a mujeres sobrevivientes de violencia de género, donde se ocupan trabajadoras sociales, psicólogas y consejeras, también hay profesionales del sistema de salud; el sistema de justicia penal; la policía; y los servicios de apoyo al perpetrador dentro y fuera de los entornos penitenciarios.

¹⁵ Para obtener más información sobre las evaluaciones de riesgos no estructuradas, puede visitar:

<https://sites.google.com/site/forpsychadvice/clinical>

Sin embargo, todos los profesionales que trabajan en el campo de la violencia de género y la violencia doméstica coinciden en la importancia de una Evaluación de Riesgos precisa y válida por las siguientes tres razones principales:

- El primero es ayudar a las supervivientes y sus hijos a mantenerse seguros y evitar cualquier riesgo o peligro en relación con su agresor.
- El segundo es predecir el riesgo de reincidencia de los agresores, ya que eso nos permitiría actuar en la dirección correcta para mantener a salvo a todas las partes involucradas, incluidas las relaciones futuras con otras personas.
- Finalmente, el tercer objetivo es guiar adecuadamente a la superviviente, así como al agresor, de regreso a la recuperación mental, física y psicológica, a través de la orientación y / o de intervenciones psicoterapéuticas.

6.2 Estrategias de gestión de riesgos para IPV

Las estrategias de gestión de riesgos para IPV incluyen:

- Seguimiento, que implica el seguimiento de cambios en el riesgo.
- Tratamiento.
- Supervisión, que implica la restricción de los derechos o libertades del perpetrador con el fin de disminuir la probabilidad de nuevos comportamientos violentos.
- Planificación de la seguridad de las víctimas (Kropp, 2008).

Hart (2010) afirmó que la **prevención de daños futuros** contra una pareja íntima debería ser un objetivo primordial, y eso solo podría lograrse mediante la implementación de estrategias de gestión de riesgos.



El segundo objetivo es la **rendición de cuentas**, que aumenta la transparencia y coherencia de las decisiones tomadas por el Sistema de Justicia Penal (Hart, 2010).

Se han revisado muchos enfoques y se han realizado muchos estudios durante las últimas décadas, que ofrecen una amplia gama de factores participantes. Claramente ha habido una evolución en los modelos etiológicos que discuten la causa de tal violencia dentro de un solo grupo de factores, tales como:

- Las teorías sociológicas de las relaciones de poder y el dominio de los hombres sobre las mujeres.
- Los factores psicopatológicos de los autores, y el establecimiento de tipologías a modelos funcionales que adopten una comprensión global del problema, relacionando los factores involucrados y ubicándolos en diversas fases de la agresión (Ruiz-Hernández et al., 2015).

6.3 Factores de riesgo de IPV

Como demuestran las encuestas que estudian el impacto de los factores de riesgo para la violencia de género, cualquier forma de violencia entre exparejas o parejas actuales se considera un patrón de comportamiento de interacción. Este patrón se ve afectado por factores específicos, que podrían predecir la prevalencia de la IPV en las relaciones entre adultos y adolescentes, siempre y cuando se determine en qué medida cada uno de estos factores afecta a la IPV. Los factores que afectan los patrones de comportamiento violento de IPV son los siguientes:

- a) Características contextuales (por ejemplo, edad, género, raza / etnia),
- b) Características del desarrollo (por ejemplo, relaciones familiares, psicopatología del desarrollo), y
- c) Influencias de la relación, como la satisfacción de la relación (Capaldi et al., 2012).

Estos se conocen generalmente como los factores de riesgo, que están relacionados con una mayor probabilidad de perpetración de IPV. Son factores contribuyentes, pero pueden no ser causas directas de la IPV. No todas las personas identificadas como "en riesgo" se ven envueltas en actos de violencia. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades / CDC (CDC, 2020), estos factores incluyen, entre otros:

a. Factores de riesgo individuales:

Baja autoestima Bajos ingresos Bajo rendimiento académico / bajo nivel verbal	Baja autoestima Bajos ingresos Bajo rendimiento académico / bajo nivel verbal	Baja autoestima Bajos ingresos Bajo rendimiento académico / bajo nivel verbal
---	---	---

		IQ
Edad joven	Consumo excesivo de alcohol y drogas	Comportamiento agresivo o delincuente en la juventud
Depresión e intentos de suicidio	Historia de ser físicamente abusiva	Falta de habilidades no violentas para la resolución de problemas sociales
Ira y hostilidad.	Tener pocos amigos y estar aislado de otras personas	Rasgos de personalidad antisocial y problemas de conducta
Rasgos asociados con el trastorno límite de la personalidad	Deseo de poder y control en las relaciones.	Pobre control del comportamiento / impulsividad

Dependencia e inseguridad emocional	Desempleo	Embarazo no planeado
Hostilidad hacia las mujeres	Actitudes que aceptan o justifican la IPV	Ser víctima de abuso físico o psicológico

b. Factores relacionales:

Conflicto matrimonial: peleas	Tensión y otros conflictos	Celos, posesividad y emociones negativas dentro de una relación íntima
Inestabilidad marital: divorcios o separaciones	Dominio y control de la relación de un miembro de la pareja sobre el otro	Relaciones e interacciones familiares no saludables
Dificultades económicas	Asociación con parejas antisociales y agresivas	Padres con menos educación que la secundaria
Tener pocos amigos y estar aislado de otras personas.	Ser testigo de la VPI entre padres cuando era niño	Historial de paternidad deficiente en la infancia



Historia de experimentar disciplina física cuando era niño.		
---	--	--

c. Factores relacionados con la comunidad:

Pobreza y factores asociados (por ejemplo, hacinamiento, altas tasas de desempleo, etc.)	Bajo capital social: falta de instituciones	Relaciones y normas que dan forma a las interacciones sociales de una comunidad
---	--	---

Pobre apoyo y cohesión del vecindario	Sanciones comunitarias débiles contra la violencia de género (p. Ej., Falta de voluntad de los vecinos para intervenir en situaciones en las que son testigos de violencia)	Alta densidad de lugares que venden alcohol
---------------------------------------	---	---

d. Factores sociales:

Normas de género tradicionales y desigualdad de género (por ejemplo, la creencia de que las mujeres deben quedarse en casa y no trabajar)	Normas culturales que apoyan la agresión hacia los demás	Desigualdad de ingresos sociales
Estereotipos de género según los cuales los hombres deben apoyar a la familia y así tomar las decisiones	Políticas / leyes de salud, educativas, económicas y sociales débiles	

Una combinación de los factores individuales, relacionales, comunitarios y sociales antes mencionados contribuye al riesgo de convertirse en un perpetrador de IPV. Intercambian, intervienen e interactúan en múltiples niveles, e investigarlos a través de cuestionarios de Evaluación de Riesgos podría ayudarnos como profesionales de IPV a identificar y prevenir el



comportamiento violento y la reincidencia de los perpetradores, así como ayudar a las supervivientes a mantenerse a salvo.

6.4 Gestión de crisis de IPV: planificación de la seguridad

Para hacerlo, necesitamos entender exactamente qué incluye la Gestión de Riesgos o Gestión de Crisis de IPV. Tomando en consideración las diferentes necesidades que tiene cada individuo, un plan de Gestión de Riesgos es la respuesta al informe de Evaluación de Riesgos. Se deben tener en cuenta muchas cosas al implementar una acción de gestión de riesgos, para obtener el mejor resultado posible. Es un enfoque de servicios múltiples, ya que muchos campos de servicios y autoridades deben participar, a fin de estructurar un plan de seguridad sólido y una predicción de riesgos precisa.

Según EIGE (2019, p. 54), la Gestión de Riesgos es “el proceso mediante el cual todas las autoridades relevantes gestionan los riesgos de seguridad identificados en una evaluación de riesgos. Estas actividades pueden estar dirigidas a las víctimas (p. Ej., Planificación de la seguridad), a los perpetradores (p. Ej., Utilizar los poderes de la policía para perseguir, detectar y perturbar el comportamiento delictivo) o en combinación con las víctimas y los perpetradores. El alcance y el tipo de actividades emprendidas deben basarse en una evaluación de riesgos, implementarse dentro de un marco de servicios múltiples y monitorearse para verificar su efectividad. El objetivo de estas actividades es tratar de reducir la amenaza que representa el perpetrador y proteger a la víctima de más violencia y abuso”.

Dado que el Proyecto FASA tiene como objetivo el desarrollo de capacidades de los profesionales, con respecto a las mujeres supervivientes de IPV con problemas concurrentes de PSU, debemos centrarnos en los métodos utilizados para mantenerlas a ellas y a sus hijos a salvo del perpetrador. Aunque la mayoría de las siguientes declaraciones deberían ser parte del plan de Gestión de Riesgos, cuando trabajamos con los perpetradores nos concentraríamos en la gestión del plan de acción de las mujeres para escapar del peligro. Como parte de un servicio completo e integrado, debemos conocer la legislación sobre políticas de IPV en nuestro país; tener un conocimiento adecuado de los derechos humanos y estar preparada de todos los posibles peligros que pueda encontrar cada caso, para que la mujer pueda estar debidamente informada.

Adicionalmente, debemos tener en cuenta las siguientes afirmaciones:

- Una intervención temprana y adecuada en situaciones de violencia de género es importante para una mejor prevención de riesgos.
- Las habilidades de comunicación profesional necesarias para lograr un enfoque de empoderamiento, incluyen la escucha activa; una actitud libre de prejuicios; la capacidad para entregar información clara y respetar las decisiones de las clientes.
- La confidencialidad, sus límites y el consentimiento de las supervivientes para compartir información son temas clave cuando se interviene en situaciones de IPV y / o PSU.
- La seguridad y la protección deben ser nuestra principal preocupación.
- También debemos considerar las necesidades de las mujeres en todas las áreas de su vida, incluidos los problemas de PSU.
- Debemos ser culturalmente competentes en las comunidades a las que servimos.
- Un enfoque holístico y de servicios múltiples es crucial para lograr mejores resultados terapéuticos.
- Debemos validar las experiencias de IPV y / o PSU de las mujeres.

También debemos ser conscientes de que nuestras notas, que contienen datos personales muy sensibles, podrían utilizarse como prueba en procedimientos judiciales, **evitando así declaraciones peyorativas y, en la medida de lo posible, utilizando citas directas en lugar de resúmenes** (Proyecto E- Maria, 2013).

Respecto a las declaraciones antes mencionadas, el método más popular de Gestión de Riesgos es el plan de Seguridad personalizado.

Es un componente vital de toda evaluación de riesgos y es el proceso de identificar y documentar (por ejemplo, en el caso de llevar notas o mediante aplicaciones seguras en línea) los pasos necesarios y los recursos disponibles para optimizar la seguridad de todos los supervivientes de una familia. Siempre se habla con la cliente, para señalar sus necesidades, sus debilidades y los peligros que deben evitarse en todos los entornos y entornos, como su casa, su trabajo o la escuela de sus hijos. Podríamos comunicarnos verbalmente con la mujer, pero preferiblemente por escrito, ya que podría contener información valiosa y debería llevarse consigo en todo momento. Los planes de seguridad se estructuran de manera más eficiente cuando se clasifican en Secciones o Pasos temáticos.

Se han identificado nueve secciones temáticas principales, según la situación. Debemos alentar a las mujeres a que sigan la mayor cantidad posible de las siguientes precauciones de seguridad. Completar los vacíos en cada una de las categorías permitiría a las mujeres permanecer concentradas y organizadas en situaciones de estrés, evitando así la confusión y la desorientación. Por ejemplo:



a) Seguridad durante un incidente violento:

P.ej. *“Cuando esperes una discusión con tu pareja, trata de mudarte a un lugar que sea de bajo riesgo, como (Indica el lugar que tienes en mente)”*.

(Recuerda aconsejar a la cliente que evite discusiones en el baño, garaje, cocina, cerca de armas o en habitaciones sin acceso a una puerta exterior).

b) Seguridad cuando se está preparando para partir:

P.ej. *“Puedes tener ropa extra o dinero en una maleta con (indicar la persona con la que dejaría su maleta)”*.

c) Qué llevar contigo al salir:

P.ej. Dinero (recuerda informar a la cliente que todavía tiene derecho a recibir dinero de cuentas corrientes y de ahorro compartidas), identificación, certificado de nacimiento, certificados de nacimiento de los hijos, etc.

d) Seguridad en su propia residencia:

P.ej. *“Deberías cambiar las cerraduras de tus puertas y ventanas lo antes posible”*.

e) Seguridad con orden de protección:

P.ej. *“Debes mantener tu orden de protección en (Localización)”*

(Recuerda aconsejar a la cliente que siempre la lleve consigo, o la tenga a mano, y que si cambia de bolso es lo primero que debe poner en el nuevo bolso).



f) Seguridad en y para el trabajo:

P.ej. *“Si tienes un problema mientras conduces a casa, puedes / Si usa el transporte público, puedes (indicar rutas alternativas / de escape).”*

g) Seguridad y uso de drogas y / o alcohol:

P.ej. *“Si vas a consumir alcohol o sustancias ilegales, puedes hacerlo en un lugar seguro y con personas que comprendan el riesgo de violencia y estén comprometidas con tu seguridad”.*

h) Seguridad y salud emocional:

P.ej. *"Si te sientes deprimida y piensas en volver a una situación potencialmente abusiva, siempre puedes..."*

Y, por último, pero no menos importante:

i) Seguridad frente al abuso facilitado por la tecnología:

P.ej. *“Cambia todas las contraseñas de inicio de sesión de computadora, móvil”*
(Proyecto DIS.CO, 2018).

Cada una de estas nueve categorías conlleva preguntas o afirmaciones relacionadas con la temática, con el objetivo de:

- Recopilar información sobre el caso específico,
- Ayudar a la mujer a concentrarse en los puntos más importantes,
- Recordándole que considere los peligros menos conocidos, y



- Mantener juntas todas esas notas, en momentos en que el estrés severo, la ansiedad y el miedo máximo podrían bloquear la mente de la superviviente.

Las mujeres y los niños que luchan por mantenerse a salvo de su agresor o se están preparando para salir de su casa después de haber sufrido abusos crónicos y violencia, están extremadamente traumatizados. Por tanto, el proceso de estructuración de un plan de seguridad con ellos debe incluir el dotar de sensaciones de seguridad, empatía y confidencialidad, junto con la honestidad en todo momento, como clave para asegurar su colaboración en todo el proceso de gestión de crisis. Sin embargo, las mujeres aún deben ser conscientes de que, en casos de peligro percibido, ciertos datos personales de ellas tendrían que ser compartidos con otros, y especialmente con los servicios y autoridades de la PSU, siempre teniendo en cuenta su propio interés y seguridad.

La mayor parte de la literatura y la investigación relevantes coinciden en un principio fundamental, como factor clave para una intervención exitosa y la gestión de riesgos de un caso de violencia de género, y ese es el enfoque de servicios múltiples¹⁶. Los profesionales colaboradores de los servicios sociales, el sistema judicial, las ONG, la policía, las autoridades locales y otras agencias relacionadas que trabajan con el objetivo de una respuesta estratégica mediante el monitoreo y el control de cualquier posible incidente dañino adicional, que en última instancia podría resultar en situaciones de alto riesgo, podría tener más posibilidades de un resultado positivo.

La red / asociación de profesionales de los servicios colaboradores, como los servicios de IPV y PSU, debe basarse en protocolos claros que actúen como acuerdos formales de cooperación. Estos protocolos deben incluir los siguientes aspectos:

- Misión, visión y objetivos comunes,
- Roles y responsabilidades de cada elemento,
- Definiciones compartidas de IPV,
- Principios de acción,

¹⁶ Para obtener más información sobre el enfoque y la colaboración de múltiples agencias, lee el Capítulo 4.



- Mecanismos de intercambio de información,
- Normas sobre confidencialidad,
- Procedimientos de derivaciones,
- Opciones y procedimientos legales / de protección, y
- Servicios de apoyo disponibles (Proyecto E- Maria, 2013).

Es importante considerar que diferentes países pueden tener diferentes enfoques de la violencia de género (a nivel legal / criminal, social y de salud) vinculados a identidades e influencias culturales específicas. Al mismo tiempo, los servicios que brindan apoyo a las víctimas pueden funcionar de manera diferente, de un país a otro. Esta es la barrera que hay que superar para gestionar con éxito las intervenciones de crisis, ya que todas ellas podrían adaptarse a cada nivel nacional. Las políticas y protocolos inherentes a la herramienta son igualmente importantes, pero sin embargo, el procedimiento debe mantener su carácter humanitario, ¡ya que las clientes son siempre la prioridad!

Preguntas clave para el capítulo 6

1. ¿Cómo podrías decidir cuál es el mejor curso de acciones que nosotros, como profesionales de la IPV, debemos tomar para mantener a salvo a la superviviente?
2. Menciona algunos de los principales objetivos y beneficios de la evaluación de riesgos.
3. Nombra algunos de los tipos y estrategias para la evaluación de riesgos.
4. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo de la IPV y cuál es la conexión entre ellos y las pruebas de evaluación de riesgos?
5. Cada cliente tiene diferentes necesidades y riesgos en su vida. ¿Estás de acuerdo?
6. ¿Qué tan informado y capaz te sientes para ayudar a tu cliente con su plan de seguridad? Nombra algunos de los principales aspectos que deberían incluirse en él.
7. La planificación de seguridad podría ser completada por el/la profesional de IPV solo: ¿Verdadero o Falso?

7. Seguimiento, supervisión y evaluación de los servicios de IPV y PSU

¿Qué aprenderás en este capítulo?

- **Identificar** los principales aspectos y beneficios de la monitorización de los servicios de IPV y PSU.
- **Comprender** la importancia de los diferentes modelos de supervisión en los servicios de IPV y PSU.
- **Describir** varios métodos de evaluación de los servicios de IPV y PSU.

Palabras clave: Evaluación, Monitoreo, Protocolos, Supervisión.

Todo programa de tratamiento que brinde servicios de IPV o PSU, debe tener protocolos establecidos y pautas claras en cuanto al seguimiento, supervisión y evaluación de sus servicios, a fin de garantizar el bienestar tanto de las clientes como de los profesionales.

Antes de continuar con la información relevante, tómate unos minutos para reflexionar sobre estos temas, siguiendo las instrucciones de la Tarea 1.

Tarea 1: Monitoreo, Supervisión y Evaluación de los servicios de IPV y PSU, y de servicios para IPV y PSU concurrentes: Completa la siguiente cuadrícula calificando la importancia de cada variable de acuerdo con tu opinión y experiencia. Luego, rellena la existencia de cada variable y califica su desarrollo, así como tu nivel de satisfacción, de 1 (nada) a 5 (mucho). Haz lo mismo para las tres categorías de servicios, a saber: servicios de IPV y PSU y servicios para IPV y PSU concurrentes. Luego procede a rastrear las similitudes y diferencias entre esos servicios.

Servicios de IPV			
VARIABLES	Seguimiento	Supervisión	Evaluación
¿Qué tan importante consideras esta variable de 1 (nada) a 5 (mucho)?			
¿Existe esta variable en tu país? Sí / No			
¿Qué tan bien desarrollada está esta variable en tu país, de 1 (nada) a 5 (mucho)?			
¿Qué tan satisfecho/a estás con la existencia y el desarrollo de esta variable en tu país, de 1 (nada) a 5 (mucho)?			

Servicios de PSU			
VARIABLES	Seguimiento	Supervisión	Evaluación
¿Qué tan importante consideras esta variable de 1 (nada) a 5 (mucho)?			
¿Existe esta variable en tu país? Sí / No			
¿Qué tan bien desarrollada está esta variable en tu país, de 1 (nada) a 5 (mucho)?			
¿Qué tan satisfecho/a estás con la existencia y el desarrollo de esta variable en tu país, de 1 (nada) a 5 (mucho)?			

Servicios para IPV y PSU concurrentes			
VARIABLES	Seguimiento	Supervisión	Evaluación
¿Qué tan importante consideras esta variable de 1 (nada) a 5 (mucho)?			
¿Existe esta variable en tu país? Sí / No			
¿Qué tan bien desarrollada está esta variable en tu país, de 1 (nada) a 5 (mucho)?			
¿Qué tan satisfecho/a estás con la existencia y el desarrollo de esta variable en tu país, de 1 (nada) a 5 (mucho)?			



7.1 Monitoreo de servicios de IPV y PSU

El seguimiento de los programas que se dirigen a mujeres supervivientes de violencia de género con o sin problemas de PSU, debe seguir todos los principios, ética y lineamientos antes mencionados. Estos principios y pautas son comunes, además de vinculantes, para todas las agencias que brindan servicios terapéuticos o de asesoramiento sobre salud mental¹⁷. Más específicamente, todos los que trabajamos en el campo, y nuestros servicios correspondientes en general, debemos estar comprometidos y seguir estrictamente los Principios Básicos y Ética que presentamos ampliamente en el Capítulo 1.

De nuestra parte como profesionales, estos principios incluyen: empatía, flexibilidad, ingenio, confidencialidad, justicia, no maleficencia, autoconocimiento y superación personal; mientras que en el trabajo con nuestras clientes estos principios incluyen la autonomía, la seguridad y la satisfacción de sus intereses, necesidades y derechos.

Además, debemos conocer y familiarizarnos con el procedimiento de asesoramiento y / o terapéutico, así como con su promoción y facilitación, incluida la evaluación de la idoneidad de las clientes para el asesoramiento de IPV y / o PSU.

¹⁷ Para obtener más información sobre los Principios básicos de asesoramiento, lee el Capítulo 1.



Al mismo tiempo, los servicios de IPV y PSU deben tener protocolos claros que determinen todos estos aspectos. En cuanto al manejo de la relación terapéutica, debemos ser conscientes, confrontar y reflexionar frecuentemente sobre nuestros prejuicios, actitudes, creencias y emociones hacia los límites y reglas relacionados con la relación terapéutica. De manera similar a los principios y la ética, estos límites y reglas también deben estar determinados por la filosofía, los protocolos y las políticas de nuestro servicio. Además, debemos ser conscientes de nuestras habilidades (por ejemplo, comunicación, asesoramiento, atención, escucha activa, evaluación de riesgos, habilidades de gestión de crisis, etc.) y estar comprometidos con su desarrollo constante.

Por su parte, los servicios de IPV y PSU deberían mejorar nuestra motivación y brindarnos oportunidades para mejorar aún más nuestras habilidades. Con ese fin, se deben llevar a cabo capacitaciones especializadas y basadas en evidencia que seguirían los avances en el campo de la IPV y la PSU de manera regular. Al mismo tiempo, tales capacitaciones deben tener en cuenta, no solo los avances del campo, sino también nuestras necesidades específicas, que surgen constantemente, ya que el fenómeno de la IPV y la PSU concurrentes no permanece igual a lo largo del tiempo.

Para lograr un monitoreo fluido, los servicios de IPV y PSU deben tener regulaciones operativas claras que resalten los siguientes cuatro aspectos:

a) **Filosofía / ideología:** es decir, la filosofía e ideología de los servicios de IPV y PSU y, en consecuencia, la filosofía y la ideología de todos los profesionales que allí laboran. La filosofía y la ideología determinarían las perspectivas y los enfoques según los cuales los temas de IPV y PSU serían percibidos, tratados y tratados por nosotros en particular, y por nuestros servicios en general.

b) **Enfoques para las personas que sufren de problemas de IPV y PSU:** Como mencionamos en el Capítulo 3, los servicios deben seguir enfoques muy claros y específicos con respecto a sus intervenciones hacia la IPV, la PSU y ambas en concurrencia; incluida su detección y su tratamiento. Estos enfoques deben ser sensibles al género, feministas, informados sobre el trauma y orientados a la persona en su totalidad; mientras que se requieren esfuerzos en la dirección de la implementación de modelos integrales, holísticos, e integrados



que aborden simultáneamente la IPV y la PSU.

c) **Personal:** Los servicios deben brindarnos el conocimiento, la experiencia y la capacitación adecuados, y enfocarse hacia nuestra satisfacción laboral, ya que ésta incide directamente en la calidad y el resultado de los servicios prestados.

d) **Extroversión:** La extroversión de los servicios está relacionada con la cooperación entre múltiples agencias y con las interacciones comunitarias que permitirían la comunicación, la difusión y la colaboración. Estas regulaciones y su implementación también deben ser monitoreadas de manera regular, siguiendo también pautas y políticas específicas, definidas por cada agencia.

Más específicamente, en lo que respecta al tratamiento de las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU en particular, el monitoreo de los servicios de IPV y PSU debe estipular la adopción de un enfoque integral y la implementación de modelos integrados, como hemos descrito en el Capítulo 3. Nosotros, como Los profesionales, no solo debemos conocer y capacitarnos en estos modelos, sino también estar moral y emocionalmente alineados con ellos. Además, estos enfoques, modelos, e intervenciones, deben estar encabezados por valores específicos y comúnmente compartidos como, entre otros:

- feminismo,
- Sensibilidad al género,
- Tolerancia cero a la violencia,
- Ausencia de discriminaciones y estigmatización, y
- Empatía, compasión y respeto.

No obstante, dado que este tipo de operación requiere cambios radicales y políticas entusiastas, en muchos casos, se necesita una solución más realista al problema de la IPV y la PSU concurrentes. Con este fin, una buena práctica recomendada sería la colaboración entre estos



dos sectores y servicios. Posteriormente, en términos de cooperación eficaz entre múltiples agencias, nuestros servicios y nosotros, como profesionales, debemos:

- Crear asociaciones estratégicas locales,
- Desarrollar estrategias de puesta en servicio integradas,
- Desarrollar vías de atención, y
- Desarrollar vías de derivación (AVA, 2013; NICE, 2014).

En cuanto a las derivaciones, debemos tener en cuenta que no basta con referir a nuestras clientes a otros servicios:
¡También deberíamos estar al día en relación a ellas!

Para ello, **el seguimiento es fundamental**,

así como la existencia de protocolos y alineamientos específicos que determinarían este procedimiento.

Si estás interesado en aprender más sobre la colaboración entre los servicios y profesionales de IPV y PSU, lee la siguiente tabla:

¿Qué debe incluir un modelo integral de colaboración

entre servicios de IPV y PSU?

(Macy y Goodbourn, 2012; Zubretsky, 2002)

✓ Formación cruzada de profesionales
✓ Cribado cruzado de clientes
✓ Referencia cruzada de clientes
✓ Gestión de casos mutua y coordinada por servicios de IPV y PSU y profesionales
✓ Planificación colaborativa del tratamiento para coordinar los servicios entre agencias
✓ Pasar de una filosofía de "la sobriedad primero" a la de "la seguridad primero"
✓ Enfatizar las relaciones laborales efectivas entre servicios y profesionales de IPV y de PSU
✓ Reconocer y respetar las diferencias existentes entre servicios y profesionales de IPV y de PSU
✓ Considerar de los recursos, las necesidades y la cultura específicos de la comunidad.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Enfatizar una comunicación abierta y honesta entre los servicios y profesionales colaboradores de IPV y PSU. |
| <ul style="list-style-type: none">✓ Seguir enfoques de tratamiento específicos de género e intervenciones basadas en el empoderamiento. |

Como este Manual de Capacitación está dirigido principalmente a profesionales del campo de la IPV -como tú- te vamos a brindar algunas pautas y consejos útiles sobre el seguimiento de tu servicio y su trabajo¹⁸:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">➤ La detección de PSU debe ser una rutina para tí y tu servicio. |
| <ul style="list-style-type: none">➤ El cribado debe ser universal; de lo contrario, posiblemente no se identificará la mayoría de los casos, mientras que pueden identificarse solo los casos de crisis más profundas y extremas. |
| <ul style="list-style-type: none">➤ Sin embargo, la detección sería útil solo en el caso de que estés dispuesto a participar y comprometerte con el próximo procedimiento, incluida la derivación; teniendo en cuenta, sin embargo, que la ésta no es una acción individual y no recurrente, sino un proceso con todas las funciones implicadas en él. |
| <ul style="list-style-type: none">➤ En cuanto a las derivaciones, serían útiles solo en el caso de que todos los servicios involucrados sean capaces de evaluar, educar, o tratar los problemas que se les remiten. |
| <ul style="list-style-type: none">➤ En términos de evaluación, educación y tratamiento de las clientes, debes estar adecuadamente capacitado para motivar a las clientes para que sean derivadas, ya que es muy probable que las clientes que se sientan abrumadas o no reconozcan la correlación entre IPV y PSU no sigan con la derivación. |

¹⁸ Para obtener más información sobre los servicios de Monitoreo de IPV, lea: Bennet & Bland, 2008b.



7.2 Supervisión en servicios de IPV y PSU

La supervisión forma parte del código ético personal y profesional de todos los orientadores. La supervisión de los profesionales, tanto a nivel de formación como a nivel clínico, debe ser proporcionada por todos los servicios, incluidos los servicios de IPV, y puede ser interna o externa. Todos debemos comprometernos con la supervisión y solicitarla, cuando no esté disponible o no la proporcione el servicio en el que trabajamos.

La supervisión tiene múltiples beneficios a nivel personal, profesional y organizacional, y asegura la calidad de los servicios prestados. A través de la supervisión, podríamos conocer nuestras fortalezas, habilidades y capacidades, así como nuestras vulnerabilidades, debilidades y puntos ciegos. A nivel personal, la supervisión fomenta el autoconocimiento y la superación personal; mientras que a nivel profesional fomenta la conciencia, la empatía y, por tanto, la eficacia. A nivel organizacional, la supervisión podría resaltar nuestras necesidades profesionales, las brechas del sistema y los cambios que es necesario lograr. La supervisión clínica nos brinda capacitación, educación, apoyo y orientación; al mismo tiempo que se crea un entorno de trabajo positivo para todo el personal.

Los modelos de supervisión existentes para los profesionales y los servicios de salud mental son bastante diversos y siempre que la supervisión se base en la observación, la asistencia y la recepción de comentarios, hay muchos modelos disponibles. En consecuencia, tú, como profesional, y / o tu agencia también, tiene la oportunidad de elegir el modelo de supervisión que se adapte mejor y responda más a su filosofía, su enfoque / modelo / teoría terapéutica, y también a sus fortalezas y necesidades.

Dado que la teoría subyacente de los modelos de supervisión es bastante extensa y profunda, intentaremos presentar a continuación las características básicas de cada modelo de supervisión, de manera integral. Según algunos científicos, los modelos de supervisión clínica podrían dividirse en las siguientes tres categorías:



a) **Los modelos de Supervisión basados en la psicoterapia** simulan la terapia en sí, a menudo percibida como su extensión natural (Falender & Shafaanske, 2004). Según Smith (2009): “Nuestra orientación teórica informa la observación y selección de datos clínicos para su discusión en la supervisión, así como los significados y relevancia de esos datos” (p. 9).

Los modelos de supervisión basados en psicoterapia incluyen:

- Enfoque psicodinámico de la supervisión,
- Modelo feminista de supervisión,
- Supervisión cognitivo-conductual y
- Supervisión centrada en la persona.

b) **Los Modelos de Desarrollo de Supervisión** se caracterizan por etapas progresivas de desarrollo para el supervisado, pasando de novato a experto. Cada etapa consta de características y habilidades concretas. Un principio fundamental de los modelos de supervisión del desarrollo es que la etapa actual del supervisado se identifica con precisión. El papel del supervisor es proporcionar retroalimentación y apoyo apropiado al supervisado, dependiendo de su etapa de desarrollo. Al mismo tiempo, el supervisor facilita al supervisado pasar a la siguiente etapa, utilizando procesos interactivos como el “andamiaje”, y producir nuevos aprendizajes aprovechando los conocimientos y habilidades ya existentes. A través de esta interacción, se desarrollan habilidades avanzadas de pensamiento crítico para ambas partes.

Los modelos de supervisión del desarrollo incluyen: a) el modelo de desarrollo integrado y b) el modelo de Ronnestad y Skovholt.

a) Los Modelos Integrativos de Supervisión no se limitan a una sola teoría, sino que incorporan más de un paradigma y técnicas teóricas. Dado eso, y siempre que la mayoría de los consejeros practiquen la consejería “integradora”, los Modelos Integrados de Supervisión están bastante



extendidos. La integración en tales modelos se logra mediante el eclecticismo técnico y la integración teórica, y los modelos integradores más prevalentes son: a) el modelo de discriminación de Bernard, y b) el enfoque de sistemas (Smith, 2009).

Sin embargo, otros científicos y organizaciones, como la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, dividen los modelos de supervisión en las siguientes categorías: a) Modelos basados en competencias; b) modelos basados en el tratamiento; c) Enfoques de desarrollo, y d) Modelos integrados (SAMHSA, 2014).

No obstante, debe tener en cuenta que, según SAMHSA (2014), a pesar del modelo que se sigue, la supervisión debe regirse por los siguientes principios básicos:

➤ La supervisión clínica es una parte esencial de todos los programas clínicos

➤ La supervisión clínica mejora la retención y la moral del personal

➤ Todo médico, independientemente de su nivel de habilidad y experiencia, necesita y tiene derecho a supervisión clínica. Además, los supervisores necesitan y tienen derecho a la supervisión de su supervisión.

➤ La supervisión clínica necesita el apoyo total de los administradores de la agencia.

➤ La relación de supervisión es el crisol en el que se desarrolla y refuerza la práctica ética.

➤ La supervisión clínica es una habilidad separada que debe desarrollarse.

- La supervisión clínica requiere con mayor frecuencia equilibrar las tareas de supervisión administrativa y clínica
- La cultura y otras variables contextuales influyen en el proceso de supervisión; los supervisores deben esforzarse continuamente por lograr la competencia cultural.
- Los supervisores tienen la responsabilidad de ser guardianes de la profesión.
- La supervisión clínica debe incluir métodos de observación directa.

La colaboración entre los servicios de IPV y PSU en casos de IPV y PSU concurrentes constituye un nuevo territorio para la mayoría de los profesionales y por lo tanto, a menudo conduce a la aparición de problemas personales que deben abordarse (Grupo de Trabajo Interdisciplinario de Violencia Doméstica y Abuso de Sustancias de los Estados Unidos de América, 2005). Dichos problemas pueden estar relacionados con nuestras experiencias personales o familiares, nuestras actitudes y creencias sobre poblaciones con problemas cruzados; agencias de problemas cruzados; problemas clínicos que surgen durante la evaluación e intervención, o la gestión de recursos.

Centrándose más en los profesionales de IPV, la supervisión podría ayudarnos a comprender la dinámica subyacente de la PSU y ser más comprensibles, compasivos y pacientes con las clientes que no están preparadas para detener la PSU o con aquellos que recaen. En esta línea, también se nos podría ayudar a superar el sentimiento de “obligación”, que muchos de nosotros tenemos a veces de “atrapar” a una clienta que usa drogas, revelar sus mentiras y validar de esta manera nuestras sospechas (Departamento de Illinois de Servicios humanos, 2005). Por último, pero no menos importante, combinada con la capacitación correspondiente, la supervisión podría ayudarnos a comprender que, cuando se trabaja con supervivientes de IPV



con problemas de PSU, los comportamientos suelen ser el principal problema que se debe abordar, y no necesariamente PSU, que puede actuar como un medio de supervivencia (Departamento de Servicios Humanos de Illinois, 2005).

7.3 Evaluación de los servicios de IPV y PSU

La evaluación de los programas de tratamiento, y especialmente de los programas y servicios de IPV, es de gran importancia, ya que:

- a) Proporciona datos cuantitativos y cualitativos sobre los servicios prestados,
- b) Amplía la imagen y agrega dimensiones adicionales que pueden haber sido descuidadas,
- c) Conduce a la implementación de intervenciones más eficientes y basadas en evidencia, y
- d) Resulta en la provisión de servicios de alta calidad a las mujeres sobrevivientes de VPI con problemas de UPM.

Los servicios de IPV, así como los profesionales como nosotros que trabajamos en estos servicios, deben determinar y promulgar criterios, indicadores y metodologías específicas, con el fin de evaluar y así mejorar la calidad de los servicios prestados. Dichos criterios e indicadores deben estar basados en evidencia. También deberían evaluar la eficacia de las intervenciones, a través de herramientas psicométricas, que recopilarían datos tanto cualitativos como cuantitativos, para inducir resultados coherentes y precisos. Según Samartzis y Talias (2019), estos indicadores podrían dividirse en las siguientes ocho dimensiones de evaluación de la calidad:

- (1) Idoneidad de los servicios;
- (2) Accesibilidad de las pacientes a los servicios,
- (3) Aceptación de los servicios por parte de las pacientes,



- (4) Capacidad de los profesionales sanitarios para prestar servicios,
- (5) Eficiencia de los profesionales y proveedores de salud,
- (6) Continuidad del servicio en el tiempo (asegurando la continuidad terapéutica),
- (7) Seguridad (para pacientes y para profesionales de la salud).

Los criterios, indicadores y la metodología de evaluación, dependen principalmente de la población a la que se dirige cada servicio de IPV (por ejemplo, mujeres supervivientes de IPV o mujeres con IPV y PSU concurrentes) y el enfoque y modelo que se está siguiendo (por ejemplo, género -sensibles; feministas; basados en el trauma; modelos integrados, etc.). Como resultado, la evaluación está estrechamente relacionada con los objetivos terapéuticos y los resultados esperados del servicio de IPV y sus intervenciones. Con respecto a las mujeres supervivientes de VPI con problemas de UPM, la evaluación debe ser muy completa, enfocada y cuidadosamente planificada, con el fin de evaluar todos los posibles aspectos relacionados con la IPV, la PSU y la IPV y la PSU concurrentes en la vida de nuestras clientes, a abordar por nuestras intervenciones. Esta evaluación debe combinar tanto la experiencia práctica como el conocimiento teórico, dentro del contexto de la aceptación total y la coherencia.

Preguntas clave para el capítulo 7

1. ¿Qué tan informado te sientes con respecto al seguimiento de los servicios de IPV?

* Y más concretamente en cuanto a:

- ¿La importancia y adopción de principios rectores?

- ¿La importancia y el desarrollo de pautas y protocolos claros?

- ¿La importancia y la implementación de la capacitación enfocada en IPV y PSU (contexto, frecuencia, grupo objetivo, forma de conducir, por ejemplo, en cooperación con los servicios de PSU)?

¿Qué tan informado te sientes sobre la importancia y los métodos que se deben seguir para la evaluación del funcionamiento y eficacia de un servicio de IPV?

3. ¿Qué tan informado te sientes con respecto a los beneficios de la supervisión?

4. ¿Qué tan informado te sientes con respecto a los modelos de supervisión existentes?

5. ¿Qué tan dispuesto estás a ser supervisado?

6. ¿Qué confianza tienes en la supervisión?

7. ¿Qué tan informado te sientes respecto a los beneficios y formas / métodos de evaluación?

8. ¿Qué tan dispuesto estás a implementar la evaluación?

9. ¿Confías en la evaluación?



8. ¿Para qué sirvió este manual de capacitación? Competencias VET que el Manual de capacitación de FASA está destinado a ayudarte a desarrollar.

Si has leído este Manual de capacitación, te habrás dado cuenta de que esta herramienta de aprendizaje autogestionado tiene la intención de ayudarte a desarrollar competencias específicas. Este último capítulo revisa el conocimiento y las competencias en las que has trabajado utilizando el Manual de capacitación de FASA. En este capítulo intentamos:

- Resumir y reiterar los resultados de aprendizaje clave del Manual de capacitación.
- Identificar las competencias de Educación y Formación Profesionales (VET) de la UE vinculadas a los objetivos de aprendizaje de este manual y dentro del marco de investigación e innovación de Horizonte Europa.

Como se ha señalado en los capítulos anteriores, tú y los profesionales que trabajan con supervivientes de IPV con problemas de UPM, debéis tener conocimientos y habilidades específicas para ayudar a sus clientes de manera eficiente. Este Manual de capacitación es un producto crítico destinado a lograr el resultado esencial del Proyecto FASA: mejorar el conocimiento y las habilidades de los profesionales de primera línea para apoyar a los supervivientes de IPV con problemas concurrentes de PSU.

Pretendemos que este capítulo sea un lugar donde tú, como usuario del Manual de capacitación, pueda recapitular los contenidos en los que ha estado trabajando y recordar los conceptos básicos de cada capítulo.

8.1 Resultados de aprendizaje clave del Manual de capacitación de FASA

Como se indicó en el capítulo introductorio, el conocimiento acelerado en esta herramienta se utiliza para orientar a los profesionales de la IPV, como tú, a brindar apoyo a las supervivientes -y especialmente a las mujeres supervivientes- y fortalecer los esfuerzos hacia su integración social. Aquí está la lista general de lo que tú y los profesionales, practicantes y expertos de IPV o PSU, podrían hacer después de usar el Manual de capacitación de FASA:



- Describir y analizar las causas, factores de riesgo, contexto estructural y consecuencias vinculadas a la correlación entre IPV y PSU.
- Mantener el enfoque orientado a las personas con el objetivo de colocar los derechos de las clientes en el centro del diseño de las intervenciones para evitar una mayor victimización de las mujeres con IPV y PSU concurrentes y atender sus necesidades individuales por igual.
- Describir el enfoque integrado en los servicios que tratan con IPV y PSU concurrentes que se deriva del enfoque orientado a las personas.
- Identificar los obstáculos que podrían bloquear o facilitar la eficiencia de la cooperación de múltiples agencias y profesionales.
- Brindar apoyo a las supervivientes y sus hijos / familiares dependientes, asegurando una comunicación eficiente y mecanismos rápidos de derivación y coordinación en colaboración con otros profesionales para garantizar el conocimiento compartido por los servicios de IPV y PSU de manera integrada, siempre que sea posible y conveniente.
- Apoyar a las mujeres supervivientes de una manera emocionalmente inteligente y orientarlas hacia los recursos más apropiados disponibles según el caso de la persona de una manera empoderadora.

Cada capítulo tiene objetivos de aprendizaje específicos que se incluyen en los resultados de aprendizaje generales antes mencionados. Puedes revisarlos en la siguiente cuadrícula:

CAPÍTULO 1	PRINCIPIOS Y HABILIDADES DE ORIENTACIÓN
Competencias principales del Capítulo 1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de los principios y habilidades básicos de la orientación. - El proceso de orientación cuando se trabaja con mujeres que sufren IPV con problemas de PSU. ➤ Implementar todas las reglas y límites de la relación terapéutica con las clientes en base a: <ul style="list-style-type: none"> - Anonimato, - Confidencialidad, - Comunicación positiva (hacer que las clientes se sientan seguras y protegidas).

CAPÍTULO 2	CORRELACIÓN ENTRE IPV Y PSU
Competencias principales del Capítulo 2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Describir la complejidad a la que se enfrentan las mujeres con IPV y PSU concurrentes, incluidas las barreras con que deben enfrentarse. ➤ Comprensión del fenómeno de la IPV y la UPM concurrentes y cómo afecta el tratamiento y los objetivos terapéuticos.

<p>CAPÍTULO 3</p>	<p>ENFOQUES INTEGRALES PARA MUJERES SUPERVIVIENTES DE IPV CON PROBLEMAS DE PSU</p>
<p>Competencias principales del Capítulo 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Implementar intervenciones específicas para mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU. ➤ Comprender la necesidad de intervenciones de reducción de daños y otras intervenciones sensibles al género, basadas en el trauma y enfoques para mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU.
<p>CAPÍTULO 4</p>	<p>ENFOQUE MULTIASERVICIOS Y COLABORACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y SERVICIOS EN CASOS DE IPV Y PSU CONCURRENTES</p>
<p>Competencias principales del Capítulo 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar factores limitantes y facilitadores para cooperación de agencias. ➤ Planificar estrategias de coordinación en Multiservicios y servicios integrados. ➤ Fomentar el concepto holístico de persona en la práctica integrada de PSU e IPV concurrentes (así como problemas de salud mental).
<p>CAPÍTULO 5</p>	<p>DISEÑAR E IMPLEMENTAR UNA INTERVENCIÓN EFICIENTE PARA MUJERES SUPERVIVIENTES DE IPV CON PROBLEMAS DE PSU</p>

<p>Competencias principales del Capítulo 5</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ <u>Diseñar</u> una intervención basada en las especificidades de los perfiles de las clientes (fragilidad, necesidad de respeto, tratamiento, necesidad de apoyo emocional). ➤ <u>Identificar</u> los recursos disponibles para las clientes respecto al apoyo y los servicios disponibles para hacer su posible reintegración social. ➤ <u>Implementar</u> la orientación adecuada mediante la vinculación inicial con la cliente como una intervención importante y contener el estado emocional de las clientes. ➤ <u>Comprensión</u> del modelo de cambio de intervención y sus etapas.
--	--

CAPÍTULO 6	EVALUACIÓN DE RIESGO Y GESTIÓN DE CRISIS DE IPV
<p>Competencias principales del Capítulo 6</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Prevenir</u> nuevos incidentes violentos y mantener seguras a las supervivientes mediante la evaluación de riesgos. ➤ <u>Escalas y enfoques de evaluación.</u> ➤ <u>Reconocer</u> las características distintivas de cada caso, y la necesidad de personalizar tanto la evaluación como el método de intervención. ➤ <u>Identificar</u> los factores de riesgo de incidentes de IPV. ➤ <u>Investigar</u> las categorías de factores desencadenantes de la violencia y sus mecanismos subyacentes. ➤ <u>Estructurar</u> un plan de Seguridad personalizado con la mujer en relación abusiva como caso y proceso individual.

CAPÍTULO 7	SEGUIMIENTO, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE IPV Y PSU
Competencias principales del Capítulo 7	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar los principales aspectos y beneficios del seguimiento de servicios de IPV y PSU. ➤ Comprender la importancia de los diferentes modelos de supervisión en los servicios de IPV y PSU. ➤ Describir varios métodos de evaluación de servicios de IPV y PSU.

8.2 Manual de formación FASA y competencias VET de VET Horizon Europe 2021-2027

Lo que has aprendido en este Manual de formación tiene una dimensión más amplia. Es relevante que esta lista de resultados de aprendizaje se consideren competencias VET. A continuación, te proporcionamos una descripción amplia de cómo estas competencias están conectadas con la Estrategia VET Horizonte Europa 2021-2027¹⁹. Queremos que seas consciente de ello para destacar la relevancia de los conocimientos y competencias en los que has trabajado a través de este Manual de Formación. Esto posiciona tu proceso de aprendizaje con FASA en el contexto europeo más amplio de Investigación e Innovación.

Teniendo en cuenta los objetivos de la UE en el horizonte actual, se han definido seis grupos en el campo de investigación e innovación antes mencionado:

¹⁹https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/research_and_innovation/strategy_on_research_and_innovation/documents/ec_rtd_orientations-he-strategic-plan_122019.pdf



Grupo 1 - Salud.

Grupo 2 - Cultura, creatividad y sociedad inclusiva.

Grupo 3 - Seguridad civil para la sociedad.

Grupo 4 - Digital, industria y espacio.

Grupo 5 - Clima, energía y movilidad.

Grupo 6: Alimentación, bioeconomía, recursos naturales, agricultura y medio ambiente.

Nuestro Manual de Capacitación de FASA, cuyo objetivo es capacitar aún más a los profesionales en la atención a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU concurrentes, se incluye en el Grupo 2, ya que fomenta una sociedad inclusiva. El objetivo de mejorar los servicios de apoyo para las clientes con VP y PSU concurrentes es integrarse de nuevo en una sociedad con éxito, libre de adicciones y abusos.

El grupo 2 de VET del Horizonte Europeo 2021-2027 describe sus objetivos de la siguiente manera (como un ejercicio de capacitación final al que podemos invitarte, mira a ver si puedes identificar cómo estos objetivos se vinculan a los objetivos VET de nuestro Manual de capacitación antes de que te lo digamos a continuación):

Cultura, creatividad y sociedad integradora “tiene como objetivo cumplir los objetivos y prioridades de la UE sobre la mejora de la gobernanza democrática y la participación de los ciudadanos, y sobre la salvaguardia y promoción del patrimonio cultural, y para responder a las transformaciones sociales, económicas, tecnológicas y culturales multifacéticas. Las actividades contribuyen a ampliar el **compromiso cívico**; impulsar la transparencia, la rendición de cuentas, **la inclusión** y la legitimidad de la gobernanza; mejorar los niveles de confianza y abordar el extremismo político. Las actividades dentro del grupo también promueven un mejor acceso y compromiso con el patrimonio cultural y mejoran su protección, mejora y restauración. La investigación y la innovación apoyan el crecimiento sostenible y la creación de empleo contribuyendo a una política industrial europea para las industrias culturales y creativas. Al mismo tiempo, las acciones ayudan **a abordar las desigualdades sociales, económicas y políticas, respaldan el desarrollo del capital humano** y contribuyen a una estrategia europea integral para el crecimiento integrador. Esto también implica comprender y



responder a los impactos de avances tecnológicos e interconexión económica con miras a la **resiliencia social**. Por último, el grupo apoya las políticas de migración y movilidad de la UE, tanto internas como externas, al tiempo que tiene como objetivo promover **la integración**.

Como probablemente habrás adivinado, el texto subrayado y en negrita es nuestro y enfatiza las prioridades de la UE en el Grupo 2, que se aplican a nuestros Resultados de aprendizaje del Manual de capacitación de FASA:

- **Compromiso cívico:** reunir a la sociedad civil y los servicios públicos para prevenir y combatir la violencia estructural contra las mujeres en todos los niveles.
- **Inclusividad:** integrar con éxito a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU a una vida en sociedad.
- **Abordar las desigualdades sociales, económicas y políticas:** establecer la complejidad de las desigualdades cuando se trabaja con supervivientes.
- **Apoyar el desarrollo del capital humano:** educar a los profesionales de toda Europa y mejorar el aprendizaje y el intercambio de prácticas entre pares.
- **Resiliencia social:** apoyar a los profesionales para que estén equipados para prevenir e identificar a las supervivientes en etapas tempranas de intervención.
- **Integración:** construcción del sistema de cooperación de múltiples servicios para apoyar a las sobrevivientes.

Nos gustaría establecer aquí la relevancia del Manual de formación de FASA dentro de los objetivos VET del Horizonte Europa 2021-2027. A continuación, procederemos a describir las competencias VET que los profesionales de la IPV, como tú, podrían adquirir después de utilizar el Manual de formación como herramienta de autoaprendizaje.



8.3 Manual de formación de FASA y competencias VET

Al transferir los resultados del aprendizaje al marco de competencias, se identificó un doble conjunto de competencias, a saber:

- Comprensión y diseño de competencias, y
- Competencias de implementación.

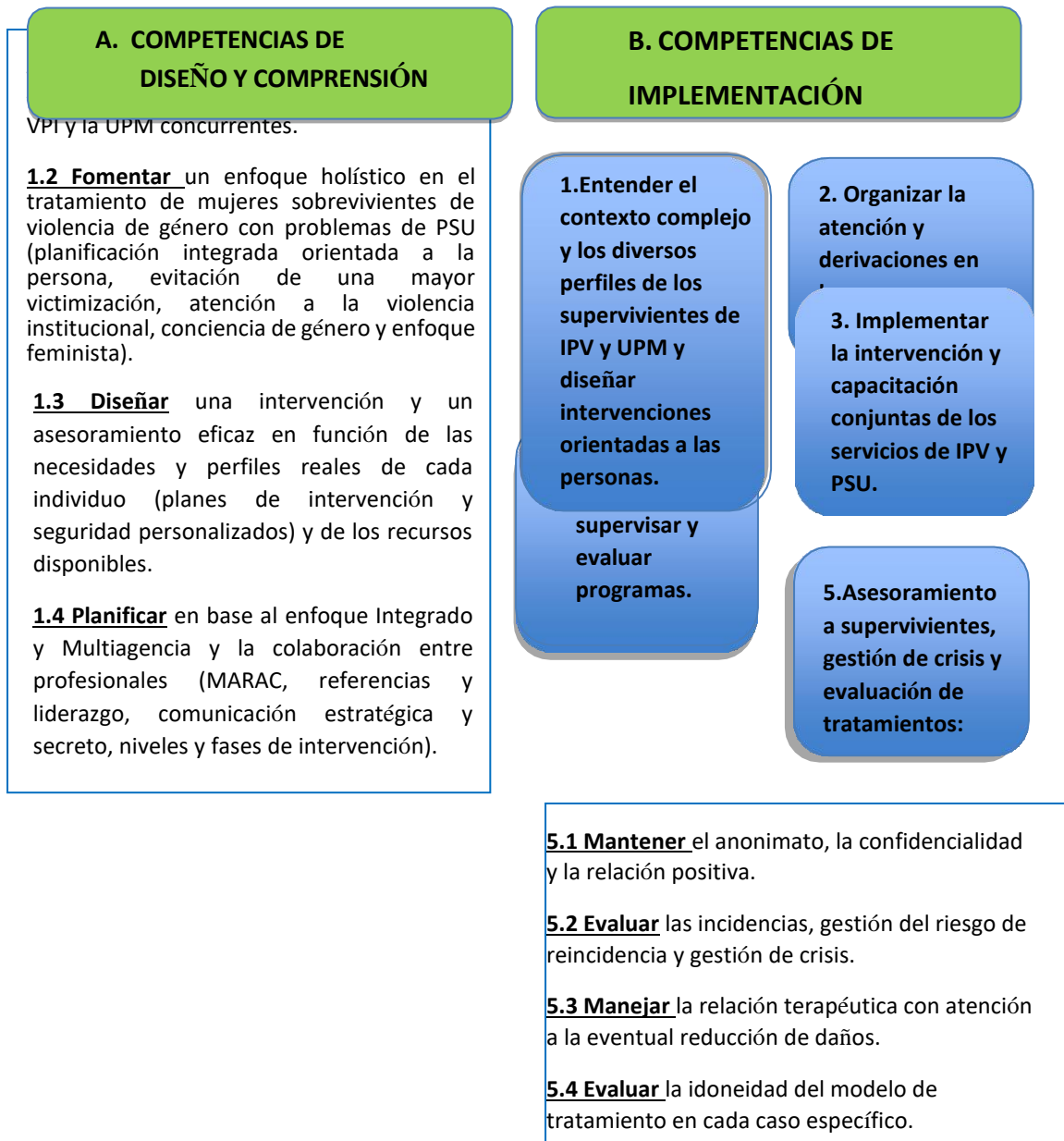
Todos los Resultados del aprendizaje que se describieron anteriormente se incluyen en estas dos categorías. La Figura 1 (ver más abajo) presenta la descripción resumida de las competencias reales que tú y todos nuestros aprendices, con suerte, habréis mejorado al completar la lectura, las tareas y los ejercicios del Manual de capacitación. Al desarrollar el doble conjunto de categorías que presenta ("Competencias de comprensión y diseño" por un lado, y "Competencias de implementación" por el otro) pretendíamos salvar una división clásica entre "teoría" y "práctica" que no es tan relevante per se según nuestro enfoque.

Por ejemplo: la "comprensión" como competencia tiene una naturaleza dual; ya que "comprender" ciertamente implica adquirir y gestionar conocimientos objetivos (sobre factores ambientales, recursos, tipos de intervenciones, aspectos técnicos de las intervenciones, etc.) que clásicamente se denominó "teoría". Sin embargo, la "comprensión" también tiene una dimensión práctica; ya que también implica empatía con nuestras clientes individuales, basada en la inteligencia emocional aplicada a la intervención, nuestros derechos compartidos, nuestra percepción mutua de la diversidad individual y nuestra naturaleza humana común como objetivo y base de todo. Todo esto asegura una dimensión práctica a la práctica interactiva de "comprender" a otros seres humanos; nuestras clientes de IPV y PSU concurrentes en este caso.

El Manual de capacitación de FASA tiene como objetivo ayudar a los profesionales, expertos y servicios que trabajan con mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU; en su desarrollo continuo de VET para ofrecer mejores servicios a sus clientes. Nuestro manual de capacitación también está respaldado por el curso en línea abierto masivo de FASA (MOOC). Os invitamos, a los usuarios del Manual de capacitación y al público en general, a acceder al Curso en línea masivo y abierto y ampliar vuestros conocimientos

sobre el apoyo a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU en la plataforma en línea de FASA: <https://fasaproject.eu/>

Figura 1: Competencias obtenidas a través del Manual de capacitación de FASA.





Observaciones finales

En conclusión, el Manual de Capacitación elaborado en el contexto del Proyecto FASA, fue desarrollado con el objetivo de brindar a los profesionales y servicios que operan en el campo de la atención a víctimas de violencia de género, los conocimientos, competencias y habilidades laborales requeridas en relación con el fenómeno de IPV y PSU concurrentes. El aumento de la conciencia de los profesionales de primera línea y el desarrollo de su capacidad a través de este Manual de capacitación, la provisión de servicios de calidad y un tratamiento efectivo a las mujeres supervivientes de IPV con problemas de PSU están habilitadas. En este material puede encontrar información general sobre, por ejemplo, los Principios básicos, las habilidades y las técnicas de orientación, así como información más específica sobre la orientación / terapia, los enfoques y las intervenciones dirigidas explícitamente a los clientes con IPV y PSU concurrentes. Más particularmente, al utilizar este Manual de capacitación, tiene la oportunidad de aprender más sobre la prevalencia y la correlación entre IPV y PSU, su interferencia y el impacto de la una en la otra. También puede obtener más información sobre sus propios prejuicios hacia las mujeres con problemas de PSU, reflexionar y reconocer sus creencias y actitudes personales hacia este tema en general, así como hacia esta población específica en particular. Además, tendría la oportunidad de ampliar y profundizar su conocimiento con respecto a los enfoques e intervenciones existentes basados en la evidencia (por ejemplo, no emitir juicios, normalizar el uso de sustancias, enfoques feministas y sensibles al género, basados en el trauma, etc.) que, según la literatura e investigaciones relevantes, podrían inducir resultados positivos cuando se aplicaran a clientes que padecen IPV y PSU. En este Manual de capacitación también se incluyen enfoques integrales y modelos integrados para IPV y PSU concurrentes, mientras que se hace especial hincapié en el diseño y la implementación de intervenciones efectivas y en la evaluación de riesgos, la gestión de crisis y la planificación de la seguridad. Sin embargo, además de los profesionales, nuestro Manual de capacitación también aborda las necesidades de los servicios de IPV, presentando los principios y beneficios centrales, las formas de operación y coordinación, las estrategias y mecanismos y las buenas prácticas existentes en relación con la cooperación entre múltiples agencias. entre servicios y especialmente entre servicios de IPV y PSU. En esta línea, el Manual de Capacitación de FASA también incluye información útil sobre el monitoreo, supervisión y evaluación de los servicios de IPV y PSU. Realmente esperamos que este manual ayude y potencie tu trabajo diario.



Referencias

- Abulseoud, O. A., Karpyak, V. M., Schneekloth, T., Hall-Flavin, D. K., Loukianova, L. L., Geske, J. R., ... & Frye, M. A. (2013). A retrospective study of gender differences in depressive symptoms and risk of relapse in patients with alcohol dependence. *The American Journal on Addictions*, 22(5), 437-442.
- Against Violence and Abuse/ AVA. (2013). *Complicated matters: a toolkit addressing domestic and sexual violence, substance use and mental-ill health*. Available at: <https://avaproject.org.uk/resources/complicated-matters/>
- Anyikwa, V. A. (2016). Trauma-Informed Approach to Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 13(5), 484–491. Available at: <https://doi.org/10.1080/23761407.2016.1166824>
- Audet, C. T., & Everall, R. D. (2010). Therapist self-disclosure and the therapeutic relationship: A phenomenological study from the client perspective. *British Journal of Guidance & Counseling*, 38(3), 327-342. doi:10.1080/03069885.2010.482450.
- Bennett, L., & Bland, P. (2008a). New Beginnings - An Experience-based Program Addressing the Attachment Relationship between Mothers and their Babies in Prisons. *Journal of Child Psychotherapy*, 34(2):240 — 258.
- Bennett, L., & Bland, P. (2008b). Substance abuse and intimate partner violence. Harrisburg, PA: VAWnet, 16, 2009. Available at: https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=https%3A%2F%2Fvawnet.org%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmaterials%2Ffiles%2F2016-09%2FAR_SubstanceRevised.pdf&btnG=#d=gs_cit&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3A%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Del
- Braaf, R., & Sneddon, C. (2007). Family Law Act reform: The potential for screening and risk assessment for family violence. Issues Paper No. 12. Sydney:



Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse. Available at:

<https://apo.org.au/node/2705>

Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A., Gary, F., Glass, N., McFarlane, J., Sachs, C., Sharps, P., Ulrich, Y., Wilt, S. A., Manganello, J., Xu, X., Schollenberger, J., Frye, V., & Laughon, K. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health, 93*(7), 1089–1097. Available at: <https://doi.org/10.2105/ajph.93.7.1089>

Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse, 3*(2), 231-280.

Carlson, E. N. (2013). Overcoming the barriers to self-knowledge: Mindfulness as a path to seeing yourself as you really are. *Perspectives on Psychological Science, 8*(2), 173-186.

Castaño, Collado, C., Laffarga Briones, J.,...,Martínez, Cantos, J.L. (2009). *Mujeres y poder empresarial en España*. Madrid: Instituto de la Mujer. Available at: <https://idus.us.es/handle/11441/81287>

Castaño Pérez, G., Rojas Bernal, L., Bareño Silva, J., & Sierra Hincapié, G. (2017). Sociodemographic and clinical factors associated with dual disorders in a psychiatric hospital. *Salud Mental, 40*(6), 279-290. doi:<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2017.036>

Castaño and many authors (2009). Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes. *Gaceta Sanitaria, Volume 23*, Supplement 1, December 2009, Pages 100-106.

Centres for Disease Control and Prevention/ CDC. (2020). *Risk and Protective Factors for Perpetration*. Available at:



<https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/riskprotectivefactors.html>

Cohen, L. R., Field, C., Campbell, A. N., & Hien, D. A. (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.

Covington, S. (2019). *Gender Matters: Creating Trauma-Informed Services*. 1st Conference of Women, Trauma, Addiction and Treatment. Available at: <https://conference.hi.is/genderandaddiction/>

Covington, S. S., Burke, C., Keaton, S., & Norcott, C. (2008). Evaluation of a trauma-informed and gender-responsive intervention for women in drug treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(5), 387–398.

Conte, C. (2009). *Advanced techniques for counseling and psychotherapy*. New York: LLC Springer Publishing Company.

Crespo, M., Soberón, C., Fernández-Lansac, V., & Gómez-Gutiérrez, M. M. (2017). Alcohol and psychotropic substance use in female Spanish victims of intimate partner violence. *Psicothema*, 29(2), 191-196.

Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Tarifa, N., Rodríguez-Martos, L., Grau-López, L., Berenguer, M., ... & Roncero, C. (2015). History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance-dependent patients. *Psychiatry Research*, 229(3), 743-749.

Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., ... & Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379-391.

DIS.CO Project: “Counselling at a Distance”. (2018). *Training Curriculum on Counselling at a Distance when working with women victims of Domestic or*



Sexual Violence or Abuse. Available at:
<https://discoprojectcom.wordpress.com/>

Domestic Violence/Substance Abuse Interdisciplinary Task Force & United States of America. (2005). *Safety and Sobriety: Best Practices in Domestic Violence and Substance Abuse.*

Available at:

<https://www.dhs.state.il.us/OneNetLibrary/27897/documents/CHP/DSVP/SafetySobrietyManual.pdf>

Duffy, B. (2010). Should counselors disclose? *Addiction Professional Magazine.* Available at: <https://www.addictionpro.com/article/should-counselors-disclose?page=2>.

Dutton, D.G. & Kropp, P.R. (2000) A review of domestic violence risk instruments. *Trauma, Violence & Abuse, 1* (2), 171 –181.

E-Maria Project. (2013). *European Manual of Risk Assessment.* Available at: <https://e-maria.eu/wp-content/uploads/2013/04/Manual-latest-version-light-colours.pdf>

European Institute for Gender Equality/ EIGE. (2019). *A guide to risk assessment and risk management of intimate partner violence against women for police.* Available at: <https://eige.europa.eu/publications/guide-risk-assessment-and-risk-management-intimate-partner-violence-against-women-police>

El-Bassel, N., Gilbert, L., Frye, V., Wu, E., Go, H., Hill, J., & Richman, B. L. (2004). Physical and sexual intimate partner violence among women in methadone maintenance treatment. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 18*(2), 180–183. Available at: <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.2.180>

El-Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E., & Chang, M. (2011). Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: contexts linking these two epidemics—challenges and implications for prevention and treatment.



Ettorre, E. (2019). *Women, Substance Use and Inclusivity: Opening the Gender*. 2nd Conference of Women, Trauma, Addiction and Treatment. Available at: <https://conference.hi.is/genderandaddiction/>

Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2004). *Clinical supervision: A competency-based approach*. Available at: https://www.researchgate.net/profile/Carol-Falender/publication/228498505_Clinical_supervision_A_competency-based_approach/links/00b4951a4f5161f98c000000/Clinical-supervision-A-competency-based-approach.pdf

Farber, B. A., Berano, K. C., & Capobianco, J. A. (2004). Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 51(3), 340.

Fingerson, B., & Ruf, M. (2014). *Disclosure to Colleagues and Patients*. CAPTASA. Available at: http://captasa.org/2014_Slides/Disclosure%20to%20Colleagues%20and%20Patients%20CAPTASA%20'14.pdf

Fowler, D. (2007). The extent of substance use problems among women partner abuse survivors residing in a domestic violence shelter. *Family & Community Health*, 30, S106-S108.

Gilchrist, G., & Hegarty, K. (2017). Tailored integrated interventions for intimate partner violence and substance use are urgently needed. *Drug and Alcohol Review*, 36(1), 3-6.

Ham, C. C., LeMasson, K. D. S., & Hayes, J. A. (2013). The use of self-disclosure: Lived experiences of recovering substance abuse counselors. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 31(3), 348-374. doi:10.1080/07347324.2013.800399.

Harris, M., & Anglin, J. (1998). *Trauma recovery and empowerment: A clinician's guide for working with women in groups*. Simon and Schuster.



- Hart, B. (2010). Intimate Partner Violence Risk Assessment Tools: A Review. Department of Justice, Government of Canada. Available at: https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_8/p1.html
- Henretty, J. R., & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1). 63-77, doi:10.1016/j.cpr.2009.09.004.
- Himmelstein, S. (2017). "Did you ever do drugs?" 3 responses to the Age Old Self Disclosure Questions for Adults working with Adolescents. Center for Adolescent Studies. Available at: <https://centerforadolescentstudies.com/did-you-ever-do-drugs-3-responses-to-the-age-old-self-disclosure-questions-for-adults-working-with-adolescents/>
- Hill, C. E., & Knox, S. (2001). Self-disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 413-417. doi:10.1037/0033-3204.38.4.413.
- Illinois Department of Human Services. (2005). *Addressing Substance Abuse in Domestic Violence Agencies. Safety and Sobriety Manual: Best Practices in Domestic Violence and Substance Abuse*. Available at: dhs.state.il.us/page.aspx?item=38459
- Institut Català de les Dones. (2020). *Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la violència masclista*. Generalitat de Catalunya. Available at: https://dones.gencat.cat/ca/ambits/violencia_masclista/coordinacio/protocol_marc/
- Institut Català de les Dones. (2019). *Protocol marc i altres protocols*. Available at: https://dones.gencat.cat/ca/ambits/violencia_masclista/coordinacio/protocol_marc/
- Jamison, R. N., Butler, S. F., Budman, S. H., Edwards, R. R., & Wasan, A. D. (2010). Gender differences in risk factors for aberrant prescription opioid use. *The Journal of Pain*, 11(4), 312-320.



- Kercher, G. A., Weiss, A., & Rufino, K. A. (2010). *Assessing the risk of intimate partner violence*. Crime Victims' Institute, Sam Houston State University.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Resnick, H. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65(5), 834–847. Available at: <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.5.834>.
- Klostermann, K., Kelley, M. L., Mignone, T., Pusateri, L., & Fals-Stewart, W. (2010). Partner violence and substance abuse: Treatment interventions. *Aggression & Violent Behavior*, 15(3), 162-166
- Kropp, P. R., & Gibas, A. (2020). The Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA). *Handbook of Violence Risk Assessment*, 389-409.
- Kropp, P. R. (2008). Intimate partner violence risk assessment and management. *Violence & Victims*, 23(2), 202-220.
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P., Storr, C. L., Green, K. M., Alvanzo, A. A., & Crum, R. M. (2012). Intimate partner violence and patterns of alcohol abuse and dependence criteria among women: A latent class analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(3), 351-360.
- Lipsky, S., & Caetano, R. (2008). Is intimate partner violence associated with the use of alcohol treatment services? Results from the National Survey on Drug Use and Health. *Journal of Studies on Alcohol & Drugs*, 69(1), 30-38.
- Macy, R. J., & Goodbourn, M. (2012). Promoting successful collaborations between domestic violence and substance abuse treatment service sectors: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 13(4), 234–251. Available at: <https://doi.org/10.1177/1524838012455874>.
- Manandhar, M., Hawkes, S., Buse, K., Nosrati, E., & Magar, V. (2018). Gender, health and the 2030 agenda for sustainable development. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(9), 644.



- Manejwala, O. (2014). *Should Addiction Counselors Disclose Their Recovery?* American Addiction Centers, Inc. Available at: [https://www.rehabs.com/pro-talk-articles/should-addiction-counselors-disclose-their own-recovery/](https://www.rehabs.com/pro-talk-articles/should-addiction-counselors-disclose-their-own-recovery/).
- MARISSA Project/ Thanasoula, S., Giovazolias, T., & Themeli, O. (2021). *Needs Assessment Report*. Available at: <http://marissaproject.gr/results/>
- Meyers, S. A., Smith, L. R., Luisa Mittal, M., Strathdee, S. A., Garfein, R. S., Guise, A., ... & Rafful, C. (2020). The role of gender and power dynamics in injection initiation events within intimate partnerships in the US–Mexico border region. *Culture, Health & Sexuality*, 22(9), 1080-1095.
- Miller, E., & McNaught, A. (2016). Exploring Decision Making Around Therapist Self-Disclosure in Cognitive Behavioural Therapy. *Australian Psychologist*, 53(1), 33-39. doi:10.1111/ap.12260.
- Morin, A., & Racy, F. (2021). Dynamic self-processes. In *The Handbook of Personality Dynamics and Processes*, p. 365-386. Academic Press.
- Najavits, L. M. (2007). Seeking Safety: An evidence-based model for substance abuse and trauma/PTSD. In *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 141– 167). Academic Press.
- Najavits, L. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Publications.
- National Institute for Health and Care Excellence/ NICE. (2014). *Public Health Guideline: Domestic Violence and Abuse: multi-agency working*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50/chapter/1-Recommendations>
- Nicholls, T.L., Desmarais, S.L., Douglas, K.S. & Kropp, P.R. (2006). Violence risk assessments with perpetrators of intimate partner abuse. In J. Hamel & T. Nicholls (eds.), *Family Interventions in domestic violence: A handbook of gender-inclusive theory and treatment*, (pp. 275-301). New York: Springer Publishing Company.



- Nicholls T.L., Pritchard M.M., Reeves K. A., & Hilterman E. (2013). Risk Assessment in Intimate Partner Violence: A Systematic Review of Contemporary Approaches. *Partner Abuse*, 4(1), 2013.
- Northcott, M. (2012). *Intimate Partner Violence Risk Assessment Tools: A Review*, Research and Statistics Division. Department of Justice, Government of Canada. Available at: https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_8/index.html
- Pallatino, C., Chang, J. C., & Krans, E. E. (2021). The intersection of intimate partner violence and substance use among women with opioid use disorder. *Substance Abuse*, 42(2), 197-204.
- Parks, K. A., Hsieh, Y. P., Taggart, C., & Bradizza, C. M. (2014). A longitudinal analysis of drinking and victimization in college women: Is there a reciprocal relationship?. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(4), 943.
- Pauly, B., Reist, D., Belle-Isle, L., & Schactman, C. (2013). Housing and harm reduction: What is the role of harm reduction in addressing homelessness? *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 284–290. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.008>
- Poole, N. (2019). Centering Gender, Trauma and Equity when Designing Substance Use Systems. *2nd Conference of Women, Trauma, Addiction and Treatment*. Available at: <https://conference.hi.is/genderandaddiction/>
- Red2Red Consultores: Cazzaniga, J. & Suso Araico, A. (2015). Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. *RED2RED CONSULTORES para la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA*. Available at: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Roehl, J., O’Sullivan, C., Webster, D. & Campbell, J. (2005). *Intimate Partner Violence Risk Assessment Validation Study, Final Report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, 2005.



- Root/ Rótin. (2021). Námskeið fyrir fagfólk sem þjónustar konur. Available at:
<https://www.rotin.is/fagfolk-sem-thjonustar-konur/>
- Ruiz-Hernández, J. A., García-Jiménez, J. J., Llor-Esteban, B., & Godoy-Fernández, C. (2015). Risk factors for intimate partner violence in prison inmates. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 7(1), 41-49.
- Rule, W. (2010). Self-Disclosure in Addiction Counselling: To Tell or Not to Tell? Counselor. *The Magazine for Addiction Professionals*. Available at:
https://www.google.com/search?q=self+disclosure+in+addiction+counseling+%3A+to+tell&rlz=1C1AVNE_enGR713GR713&oq=self+disclosure+&aqs=chrome.0.69i59l2j69i60j69i61j69i57j69i60.9184j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8.
- Samartzis, L., & Talias, M. A. (2019). Assessing and improving the quality in mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), 249. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17010249>.
- Schamp, J. (2019). A Qualitative Study of Barriers, Facilitators and Experiences in Treating Substance (ab)use among Female Alcohol and Drug Users. 2nd Conference of Women, Trauma, Addiction and Treatment. Available at:
<https://conference.hi.is/genderandaddiction/>
- Schmidt, R., Poole, N., Greaves, L., and Hemsing, N. (2018). New Terrain: Tools to Integrate Trauma and Gender Informed Responses into Substance Use Practice and Policy. Vancouver, BC: Centre of Excellence for Women's Health. Available at: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.25260.77449> ISBN 978-1-894356-75-6
- Schneider, R., Burnette, M. L., Ilgen, M. A., & Timko, C. (2009). Prevalence and correlates of intimate partner violence victimization among men and women entering substance use disorder treatment. *Violence & Victims*, 24, 744–756.
- Schumacher, J. A., & Holt, D. J. (2012). Domestic violence shelter residents' substance abuse treatment needs and options. *Aggression & Violent*



Behavior, 17(3), 188–197. Available at:
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.01.002>

Sharpen, J. (2018). Jumping through hoops: How are coordinated responses to multiple disadvantage meeting the needs of women? London: AVA, MEAM, Agenda and St Mungo's.

Shirley-Beavan, S., Roig, A., Burke-Shyne, N., Daniels, C., & Csak, R. (2020). Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduction Journal*, 17(1), 1-13.

Simmons, J., Rajan, S., & McMahon, J. M. (2012). Retrospective accounts of injection initiation in intimate partnerships. *International Journal of Drug Policy*, 23(4), 303-311.

Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). Attitudes toward harm reduction and abstinence-only approaches to alcohol misuse among Alaskan college students. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 21143. Available at: <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.21143>

Smith, K. L. (2009). *Supervision Models*. Available at: http://ce-classes.com/exam_format/A-Brief-Summary-of-Supervision-Models.pdf

Snider, C., Webster, D., O'Sullivan, C. & Campbell, J.. (2009). Intimate Partner Violence: Development of a Brief Risk Assessment for the Emergency Department. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 16, 1208-16, doi: 10.1111/j.1553-2712.2009.00457.x.

Spencer, C. M., & Stith, S. M. (2020). Risk factors for male perpetration and female victimization of intimate partner homicide: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), 527-540.

Spora Sinergies, S.C.C.L. (Coord.) Sol, M. & Caussa, A. (2020). L'atenció a les dones en situació de violència masclista i consum problemàtic de substàncies



i/o problemes de salut mental des dels recursos especialitzats (VM, XAD i SM). Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya Sub-direcció General de Drogodependències.

Spora Sinergies, S.C.C.L. (2017). *Avaluació del Circuit Barcelona contra la Violència Masclista : document de resultats i línies de millora*. Gerència de Drets Socials Barcelona.

Stella Project. (2007). *Stella Project Toolkit: Domestic Abuse and Substance Use*. Stella Project. Available at: [https:// avaproject.org.uk/resources/stella- project-toolkit-domestic abuse-substance-use-2007/](https://avaproject.org.uk/resources/stella-project-toolkit-domestic-abuse-substance-use-2007/)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration/ SAMHSA. (2014). *National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2013. Data on Substance Abuse Treatment Facilities*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2014. HHS Publication No. (SMA) 14-489. BHSIS Series S-73.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration/ SAMHSA. (2008). *Self-disclosure and its impact on individuals who receive mental healthservices*. Available at: https://storage.googleapis.com/quantumunitsed-com/materials/2437_Self-Disclosure-and-Its-Impact-on-Mental-Health-Services.pdf.

Sullivan, T. P., Weiss, N. H., Flanagan, J. C., Willie, T. C., Armeli, S., & Tennen, H. (2016). PTSD and daily co-occurrence of drug and alcohol use among women experiencing intimate partner violence. *Journal of Dual Diagnosis*, 12(1), 36-42.

Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Fischer, G., Taylor, A., Moskalewicz, J., Giammarchi, C., ... & Torrens, M. (2018). Psychiatric comorbidity and intimate partner violence among women who inject drugs in Europe: a cross- sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 259-269.



United Nations Office on Drugs and Crime/ UNODC. (2016). *World Drug Report*. Available at: http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf

United Nations. (2021). *Universal Declaration of Human Rights*. Available at: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

United Nations/ UN Women. (2012). *Handbook for National Action Plans on Violence against Women*. New York. Available at: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2012/12/handbook-for-legislation-on-violence-against-women>

Vakharia, S. P., & Little, J. (2017). Starting where the client is: Harm reduction guidelines for clinical social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 65–76.

Van der Put, C. E., Gubbels, J., & Assink, M. (2019). *Predicting domestic violence: A meta-analysis on the predictive validity of risk assessment tools*. *Aggression and Violent Behavior*. doi:10.1016/j.avb.2019.03.008

Warshaw, C., Lyon, E., Bland, P. J., Phillips, H., & Hooper, M. (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.: National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health and the National Domestic Violence Hotline. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.697.5825&rep=rep1&type=pdf>

Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2003). Prevention of violence against women: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Cmaj*, 169(6), 582-584.

Winter, Rosmarie. (2005). *The Risk of Risk Assessment in Intimate Partner Violence: What's Wrong with Actuarial Tools?*. Conference Proceedings. 1. Available



at:

<https://www.researchgate.net/publication/228484451> The Risk of Risk Assessment in Intimate Partner Violence: What's Wrong with Actuarial Tools

Wolff, M. C., & Hayes, J. A. (2009). Therapist variables: Predictors of process in the treatment of alcohol and other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(1), 51-65. doi:10.1080/07347320802586791.

Women and Harm Reduction International Network's/ WHRIN. (2020). *Elimination Of Violence Against Women Who Use Drugs Campaign*. Available at: <https://whrin.site/campaign/the-elimination-of-violence-against-women-who-use-drugs-evawud-2020-campaign-report/>

World Health Organization/ WHO. (2021). *Intimate Partner Violence*. Available at: <https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence/>

World Health Organization/ WHO. (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>

World Health Organization/ WHO. (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO)/ Regional Office for the Western Pacific. (1998). *Domestic violence: a priority public health issue in the Western Pacific Region*. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206812>

Wright, N. M. J., Tompkins, C. N. E., & Sheard, L. (2007). Is peer injecting a form of intimate partner abuse? A qualitative study of the experiences of women drug



users. *Health & Social Care in the Community*, 15(5), 417–425.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00700.x>

Zubretsky, T. M. (2002). *Promising directions for helping chemically involved battered women get safe and sober*. In A. R. Roberts (Ed.), *Handbook of domestic violence intervention strategies* (pp. 321-342). New York, NY: Oxford University Press.