

Cómo citar este artículo:

Ares, A. (2023). Mujer, adicción y violencia de género. *MLS Psychology Research*, 6 (2), 23-48. doi: 10.33000/mlspr.v6i2.1276.

MUJER, ADICCIÓN Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Alba Ares Encinas

Universidad Europea del Atlántico (España)

alba.ares@master.uneatlantico.es - <https://orcid.org/0000-0003-2701-4739>

Resumen. Las mujeres víctimas de Violencia de Género (VG) muestran mayor dependencia al consumo de sustancias, tienen mayor probabilidad de sufrir problemas psiquiátricos concomitantes y mayor dificultad para acceder, continuar y finalizar un tratamiento. El consumo recurrente incrementa los problemas asociados y disminuye la abstinencia. Aún no hay suficiente evidencia sobre tratamientos eficaces para esta población, ya que la mayoría de los protocolos terapéuticos están basados en los conocimientos que se tienen sobre la drogadicción masculina. La presente revisión sistemática analiza los estudios empíricos publicados hasta la actualidad que investigan la relación entre las mujeres víctimas de VG, el consumo de sustancias y su salud mental. Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos (PubMed, Scielo, Dialnet y Web of Science) y tras dos fases de cribado se seleccionaron 26 artículos para su completa revisión. Se ha comprobado que existe elevada prevalencia de VG entre las mujeres consumidoras de más de una sustancia de abuso y, en relación a la pareja, el riesgo de sufrir VG aumenta si ambos son consumidores, además, en la mayoría de los casos, se da el fenómeno de la “bidependencia”. La VG tiene graves consecuencias en todos los ámbitos de la vida de la mujer, aumentando el riesgo de diversas enfermedades físicas, mentales, incluso la muerte. De cara a un futuro urgen estudios que fomenten las relaciones equitativas entre hombres y mujeres desde edades tempranas, así como intervenciones adecuadas y eficientes para este perfil de mujeres.

Palabras clave: mujer, adicción, trastorno por uso de sustancias, violencia de género, salud mental.

WOMEN, ADDICTION AND GENDER VIOLENCE

Abstract. Women victims of gender violence (GV) show greater dependence on substance use, are more likely to suffer from concomitant psychiatric problems and have greater difficulty accessing, continuing and finishing treatment. Recurrent consumption increases associated problems and decreases withdrawal. There is still not enough evidence on effective treatments for this population, since most therapeutic protocols are based on what is known about male drug addiction. This systematic review analyzes the empirical studies that investigate the relationship between female victims of gender violence, substance use and their mental health. A search was carried out in the main databases (PubMed, Scielo, Dialnet and Web of Science) and after two screening phases, 26 articles were selected. It has been proven that there is a high prevalence of gender violence among women who consume more than one substance of abuse and, in relation to the partner, the risk of suffering gender violence increases if both are consumers, in addition, in most cases, there is the phenomenon of “bidependence”. Gender violence has serious consequences in all areas of women’s lives, increasing the risk of various physical and mental illnesses, including death. Looking to the future there is an urgent need for studies that promote equitable relationships between men and women from an early age, as well as adequate and efficient interventions for this profile of women.

Keywords: women, addiction, substance use disorder, gender violence, mental health

Introducción

Por las definiciones y los datos que se han recogido a lo largo de los años, sabemos que la historia de las adicciones va unida a la historia del hombre.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define adicción como “hábito de quien se deja dominar por el uso de alguna o algunas drogas tóxicas, o por la afición desmedida a ciertos juegos”.

La OMS la define como “una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos y consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad”.

La APA lo hace en los siguientes términos “dependencia a una sustancia, siempre que se manifiesten tres o más factores, entre una relación de siete, de los que destacaría: consumo de una sustancia en grandes cantidades, existencia de un deseo persistente, abandono o reducción de actividades importantes o consumo continuado de sustancia” (American Psychiatric Association., 2000).

Fumar tabaco, beber alcohol o mascar hojas de coca, entre otros, son algunos ejemplos de sustancias que se han utilizado y se siguen utilizando en la actualidad (Becoña Iglesias et al., 2016). Las consecuencias físicas y psíquicas del consumo de drogas no son iguales en hombres y mujeres. Físicamente el consumo de sustancias adictivas parece enganchar más rápidamente a la mujer que al hombre y tanto hombres como mujeres muestran un importante aumento de problemas asociados al consumo después de comenzar el mismo, sin embargo, las mujeres muestran mayor sensibilidad a los trastornos mentales (Ortiz et al., 2006). La mayoría de los protocolos terapéuticos están basados en los conocimientos que se tienen sobre la drogadicción masculina. Por estos motivos, los especialistas reclaman prevención y tratamientos específicos para mujeres donde se pueden plantear diferentes retos de intervención. Asimismo, e igual que ocurre en la población general, los consumidores de drogas están presionados de forma social, personal y cultural. Si se trata de mujeres consumidoras, a esas presiones hay que sumarle los sentimientos de culpa y vergüenza, resultado de la estigmatización del consumo. Si hacemos una comparación entre hombres y mujeres que acuden a tratamiento, se observa cómo las mujeres, en muchas ocasiones, tienen hijos menores a cargo, suelen vivir con parejas que también son consumidoras, tienen mayores probabilidades de haber sufrido abusos durante la infancia y mayor incidencia de problemas psiquiátricos concomitantes (Lynch et al., 2002). Todos estos factores hacen que las mujeres muestren mayores dificultades para acceder, continuar y finalizar un tratamiento.

La OMS define droga como “toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones, alterando los pensamientos, emociones y conductas en una dirección que puede hacer deseable repetir la experiencia pudiendo provocar mecanismos de tolerancia y dependencia” (Kramer et al., 1975). Las drogas se han utilizado desde la existencia de las más antiguas civilizaciones, con finalidades religiosas y médicas, como un medio de evasión y para subsanar el dolor (físico y mental). El alcohol y el tabaco se consideran las drogas “clásicas” más frecuentes y son legales. Ambas son las causantes de la mayor cantidad de muertes evitables en la actualidad. La diferencia entre el tabaco y alcohol con las demás drogas sociales como el cánnabis y la

cocaína se presenta en la facilidad de su adquisición. Según el último informe del Plan Nacional sobre Drogas (2021) el tabaco, por detrás del alcohol, es la sustancia más consumida entre la población de 15 a 64 años. Las tasas de tabaquismo en personas con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) es muy superior a la población en general, entre un 74% y un 98%. Asimismo, en los nuevos tiempos han surgido otro tipo de adicciones, en el seno de una sociedad llamada del “bienestar”, consumista, que nos llena de materialidad y nos vacía de espiritualidad, una sociedad que cada vez nos hace más vulnerables y más débiles.

Sanz (2019) ha observado que los pacientes con TUS presentan peculiaridades psicopatológicas y determinadas conductas que merecen especial atención, por ejemplo, cambios en el comportamiento (meterse en problemas con frecuencia, actuar a escondidas, cambios de personalidad sin explicación), cambios físicos (pupilas de tamaño anormal, pérdida o incremento de peso repentinos, temblores) y cambios sociales (cambio repentino de amigos, problemas legales vinculados con el uso de sustancias, deudas). Además, el consumo reiterado de sustancias da lugar a una serie de cambios neuropsicológicos y neuroanatómicos, alterando principalmente distintas funciones como son la capacidad de atención, concentración, integración, procesamiento de la información y ejecución de planes de acción. Desde el punto de vista neuropsicológico, las alteraciones más frecuentes se dan en los mecanismos que se encargan de regular la toma de decisiones y el control inhibitorio (Fernández et al., 2011), concretamente en el lóbulo frontal y las funciones cognitivas asociadas (Yucel et al., 2007). Se ha comprobado que las sustancias psicoactivas interfieren en la forma en que las neuronas reciben, envían y procesan las señales que transmiten los neurotransmisores. Aunque las drogas pretenden imitar las sustancias químicas de nuestro cerebro, no activan las neuronas del mismo modo que un neurotransmisor natural, provocando el envío de mensajes anormales a través de la red. Sustancias como el alcohol, la cocaína o las anfetaminas pueden hacer que las neuronas liberen mayores cantidades de neurotransmisores naturales o que, al interferir con los transportadores, eviten el reciclamiento normal de estas sustancias químicas del cerebro. Esto amplifica o altera la comunicación normal de las neuronas y por ello, al consumir se producen “oleadas” de neurotransmisores (por ejemplo, grandes cantidades de dopamina a nivel cerebral) que dan lugar a una gran sensación de placer, lo que favorece la necesidad de volver a consumir para volver a sentir esa sensación tan intensa y buscar la sustancia continuamente (Díaz et al., 2010).

Violencia de Género y Adicción

Un dato de especial relevancia en el presente trabajo son las tasas de victimización por violencia de género (VG) física, psicológica y sexual en las mujeres con TUS, siendo mayores que las de la población general (Cohen et al., 2006; El-Bassel et al., 2011; El-Bassel et al., 2005; Miller et al., 1993), oscilando entre un 40% y 70%. Según los estudios, la VG está generando una alarma social en los últimos años, sobre todo, por la difusión en los medios de comunicación, lo que ha provocado un creciente interés y preocupación, convirtiéndose en un problema de salud pública, tanto a nivel de investigación como de programas de prevención e intervención, planes nacionales, estrategias y legislaciones dirigidas a atajar este problema (Llopis et al., 2005). La OMS estima que un tercio de las mujeres a nivel mundial han sido víctimas de VG por lo menos una vez en su vida (OMS, 2003). La victimización por VG está fuertemente relacionada con problemas de salud mental y la evidencia reciente confirma que alrededor del 20% de las mujeres que la experimentaron desarrollaron un nuevo trastorno psiquiátrico (Okuda et al., 2011). Frente a las mujeres de la población general que no han sufrido VG, las que han experimentado VG muestran un riesgo mayor de sufrir problemas graves de salud, embarazos no deseados, abortos y graves psicopatologías, por lo general: ansiedad, depresión, trastorno

de estrés postraumático (TEPT) y adicción (Tirado-Muñoz., 2015), así como trastornos limítrofes de personalidad y trastornos en la alimentación (Marsden et al., 2000). La VG conlleva al aumento o mantenimiento del abuso de sustancias, a más enfermedades físicas y mayor utilización de los recursos sanitarios, ya que, las mujeres con TUS que sufren VG son más propensas a mantener relaciones sexuales y prácticas de inyección que no son seguras, lo que da lugar a que se expongan con mayor riesgo a la transmisión de virus e infecciones sexuales (El-Bassel et al., 2005). Por ello, sería de especial importancia analizar y tener en cuenta las relaciones que tienen las mujeres con TUS con sus respectivas parejas y abordar todo un abanico de aspectos relacionados con sus vidas, donde se podría incluir el propio TUS, la comorbilidad psiquiátrica y los comportamientos de riesgo. La concurrencia que existe entre los trastornos por consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos es conocida como “patología dual” y diferentes estudios que se han llevado a cabo han encontrado que la prevalencia de este fenómeno se sitúa ente el 15 y el 80% (Casas et al., 2002; Flying et al., 2008; Mèlich., 2008).

Llegados a este punto y ya que en el presente trabajo se va a abordar la relación existente entre la VG y el consumo de sustancias considero necesario realizar un breve recorrido sobre el concepto de VG. Es evidente que, con el paso de los años, se ha ido tomando conciencia social sobre la gravedad que supone la violencia contra las mujeres y el obstáculo que supone (Fiol et al., 2000). El concepto que se ha utilizado para denominar esta grave realidad es el que conocemos como violencia de género (VG). Es un problema que se ha generalizado y acrecentado en casi todas las sociedades, adopta muchas formas y se extiende a todos los ámbitos (en el trabajo, en el hogar, en la calle y en la comunidad en su conjunto). La violencia contra las mujeres afecta a todas las esferas de sus vidas (autonomía, productividad, capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos y su calidad de vida) lo que aumenta su riesgo, pudiendo llegar incluso a la muerte. Esta violencia se sufre por el mero hecho de ser mujer, de ahí que se denomine VG (García-Moreno, 2000). Asimismo, las definiciones que se utilizaban años atrás eran muy restringidas, “reduccionistas”, ya que daban mayor importancia al daño físico, dejando de lado la violencia psicológica (frecuentemente destacada por las víctimas), por ello, con el paso de los años se han utilizado definiciones más amplias como la de la Asamblea General de las Naciones Unidas: “todo acto de violencia que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer adolescente y adulta, así como las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (Naciones Unidas, 1993).

Hay que tener en cuenta que la VG se puede dar tanto dentro como fuera de las relaciones familiares, aunque es importante señalar que existe mayor riesgo de sufrir VG por parte de la pareja íntima o algún familiar. Aunque existen otros tipos de violencia, las más frecuentes son: la económica, la sexual, la psicológica y la física (Tortajada Navarro, 2008). Según Corsi (1998) la violencia económica puede darse en situaciones donde no ocurre violencia física. Habitualmente, se priva a la mujer para cubrir sus necesidades personales o las de sus hijos y también es considerada violencia económica cuando se priva a la mujer de trabajar fuera del hogar. La violencia sexual se da más recientemente dentro del contexto de la relación de pareja, la cual tiene grandes repercusiones físicas y psicológicas sumamente graves en la mujer, así como mayores riesgos de padecer problemas sexuales y de reproducción (disfunción sexual, esterilidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados... Letourneau et al., 1999). En tercer lugar, la violencia psicológica hace referencia al mantenimiento de la hostilidad verbal y no verbal de forma reiterada, lo que perjudica gravemente la estabilidad emocional de la

víctima pudiendo dar lugar al abuso de alcohol y otras drogas, depresión y ansiedad, trastornos de hábitos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y culpabilidad... Según Echeburúa et al., (1996) este tipo de violencia se manifiesta a través de reproches, insultos, amenazas, desprecio, indiferencia... lo que hace que la víctima termine en un estado de angustia constante. La violencia física incluye todos los castigos físicos, formas de tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, además de la intimidación. Se refiere a todo castigo que utilice la fuerza física con el fin de causar dolor o malestar por leve que sea. Las consecuencias de este tipo de violencia son básicamente diversas lesiones, moratones, fracturas, desgarros y abrasiones... y, en último lugar, la muerte (homicidio, suicidio...), dejando múltiples secuelas sobre las víctimas. El Informe Mundial sobre la violencia y la salud realizado por la OMS (2003) expone una serie de factores que están asociados con el riesgo de que la mujer sufra violencia por parte del hombre, entre ellos destacarían: los factores individuales (edad joven, beber en exceso, depresión, haber presenciado o sufrido violencia durante la infancia...), los factores de la relación (mal funcionamiento familiar, conflicto e inestabilidad en el matrimonio, dominio masculino en la familia...), los factores comunitarios (pobreza, sanciones débiles de la comunidad contra la violencia...) y los factores sociales (normas tradicionales de género y normas sociales que apoyan la violencia). Echeburúa (1996) destaca algunos factores o razones que aumentan la probabilidad de que las mujeres sean víctimas de violencia: razones económicas, sociales, familiares y psicológicas. Generalmente son mujeres que tienen un nivel cultural bajo, ninguna o pocas actividades fuera de casa, dependencia económica del marido, trabajos poco cualificados, red escasa de apoyo social, hijos menores, temen al futuro en soledad y minimizan el problema como resultado de cierta habituación a la situación de tensión, lo que las hace más vulnerables y con mayor probabilidad aparecerá dicha situación.

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

Tiene especial relevancia, en mi opinión, mencionar el modelo ecológico para terminar de comprender este concepto. Es uno de los modelos teórico-explicativos más ampliamente reconocidos en la investigación sobre este tema. Heise (1998), explica la violencia teniendo en cuenta la interacción entre factores personales, situacionales y socioculturales, es decir, no se trata de un fenómeno aislado, sino que hay que tener siempre presentes las características del entorno social y más próximo de la víctima, así como las propias características de la persona que la sufre. Asimismo, este modelo se distribuye en cuatro niveles: el nivel 1 hace referencia a la historia personal o nivel individual (presenciar violencia conyugal en la infancia, sufrir malos tratos durante la infancia o padres ausentes o que rechazan a sus hijos, toxicomanías, trastornos psíquicos o de personalidad...) la cual puede influir en el comportamiento de los individuos y aumentar las probabilidades de convertirse en víctimas o perpetradores de los actos violentos; el nivel 2 sería el microsistema o nivel familiar (dominación masculina en el seno familiar, control masculino del patrimonio familiar, consumo de alcohol y conflicto conyugal/verbal), igual que en el nivel 1, puede aumentar el riesgo de sufrir o perpetrar actos violentos contra la mujer; el nivel 3 sería el exosistema o nivel comunitario (bajo status socioeconómico/desempleo, aislamiento de la mujer y la familia y grupos delictivos de iguales) y el nivel 4 haría referencia al macrosistema o nivel sociocultural (derecho/propiedad del hombre sobre la mujer, masculinidad asociada a la dominación y agresión, roles de género rígidos, aprobación de la violencia interpersonal y aprobación del castigo físico). Lo más significativo del modelo y un aspecto clave que tenemos que tener en cuenta para comprender el fenómeno es la importancia que le da a la interacción entre los factores que forman los cuatro niveles, es decir, no existe un único factor causal, sino que la interacción entre los factores es la que puede favorecer la violencia, o, por el

contrario, proteger contra ella. Lo relevante de este modelo es que trasciende interpretaciones reduccionistas y simplistas que se centran en aspectos individuales y familiares entendiendo el problema como algo social y estructural.

La adicción tiene género y el género influye en la adicción. Ser mujer y usuaria de drogas es uno de los principales factores de riesgo para sufrir violencia. Diversos autores afirman que las mujeres que están en tratamiento a causa de la adicción son víctimas de VG con una incidencia tres veces superior a la de la población en general, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia (Blume., 1994; Swift., 1996; El-Bassel et al., 2001; NIDA., 2001; Frye et al., 2001; El-Bassel et al., 2003). Por ello, los objetivos del presente trabajo son: 1) Profundizar los aspectos más relevantes sobre la violencia de género, y 2) Analizar la relación existente entre la VG que sufre la mujer a lo largo de su vida y el desarrollo de diversas psicopatologías y, entre ellas, la frecuente aparición de una patología dual, en la que el consumo y la adicción a diferentes sustancias se convierte en un determinante de la intervención.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de los estudios cuantitativos empíricos que examinan la relación existente entre la violencia de género y el consumo de sustancias. En un primer momento, se realizó una búsqueda genérica en Google Académico para valorar la viabilidad del tema y tener una primera impresión sobre la cantidad de información que se podría encontrar. Con esta visión general, se pasó a realizar el 15 de noviembre de 2021 una segunda búsqueda más específica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Dialnet y Web of Science.

PubMed es un sistema de búsqueda que proporciona acceso a diferentes bases de datos bibliográficas. Dicho de otro modo, se puede establecer que se trata de un motor de búsqueda de acceso libre a los datos de MEDLINE, dentro del cual se encuentran citas, resúmenes, referencias de otras obras y acceso a ciertas bases de datos fiables.

En cuanto a Scielo se puede establecer que se trata de una biblioteca virtual conformada por un gran número de revistas científicas en español que han sido seleccionadas a partir de una serie de acuerdos que garantizan la calidad de los documentos que en ella se incorporan.

Dialnet es considerada uno de los mayores portales bibliográficos con mayor peso mundialmente por la cantidad de investigaciones en castellano que se pueden encontrar dentro de la misma.

Web of Science es una plataforma on-line que contiene bases de datos de información bibliográfica y recursos de análisis de la información que permiten evaluar y analizar el rendimiento de la investigación. Proporciona herramientas de análisis que permiten valorar su calidad científica, su contenido es multidisciplinar y la información que contiene es de alto nivel académico y científico.

Los términos que se utilizaron para realizar la búsqueda fueron los siguientes: “*gender violence*” AND “*substance use disorder*”, “*gender violence*” AND “*alcohol*”, “*violencia de género y consumo de sustancias*”, “*gender violence*” AND “*drugs*”.

En cuanto a los criterios de inclusión que se utilizaron para realizar la revisión bibliográfica se encuentran los siguientes: 1) ser un artículo de investigación; 2) publicaciones en español, inglés o portugués; 3) publicaciones entre 2016 y 2021 incluidos; 4) que los sujetos sufriesen violencia de género y/o consumiesen alguna sustancia. Asimismo, resulta imprescindible hacer mención a los criterios de exclusión

que se han tenido en cuenta a la hora de descartar, eliminar o desechar parte de los artículos encontrados: 1) que sea población infantil; 2) estudios de caso único; 3) revisiones bibliográficas sobre la temática.

En relación a las muestras iniciales que se obtuvieron en cada una de las bases de datos señaladas mediante la utilización de los términos delimitados, cabe señalar: en el caso de Dialnet se obtuvo una muestra inicial de 69 documentos, los cuales se han visto reducidos a 8 al aplicarse como filtros los criterios de exclusión expuestos anteriormente. En la base de datos Scielo, la muestra inicial fue de 86 documentos, de los cuales resultaron válidos 5, en el caso de Web of Science se obtuvo una muestra inicial de 29 documentos. De éstos únicamente 4 resultan seleccionados, bien por los criterios de exclusión o bien por el hecho de que algunos requieren solicitar el artículo. Finalmente, en PubMed se encontraron un total de 2938 artículos, de los cuales se seleccionaron 10.

De esta forma, si se aglutinan los documentos encontrados en las bases de datos anteriores, se puede concretar que la muestra inicial estuvo conformada por un total de 3122 documentos, de los cuales, tras aplicar los correspondientes criterios de exclusión, únicamente quedaron 27.

Resulta imprescindible señalar que, de los 27 documentos que se han seleccionado, el día 18 se volvió a realizar una criba mediante la cual se descartaron todos los registros duplicados ($n = 1$). De esta forma, la muestra se quedó en un total de 26 documentos.

Resultados

Tras la búsqueda realizada en diferentes bases de datos, los principales resultados del presente trabajo se muestran a continuación:

Tabla 1

Artículos utilizados

Autor (es)	Muestra (N)	Instrumentos	Procedimiento	Resultados
Álvarez et al. (2020)	N = 1046 (387 hombres y 659 mujeres). Edad media = 22.13 hombres y 21.84 mujeres.	1. Encuestas diseñadas de forma específica para conocer las manifestaciones de violencia sexual que se producen en el ocio nocturno.	1. Recogida de datos de abril hasta junio de 2019 en la zona centro de Málaga de 23:00h a 3:00h. 2. Análisis de datos cuantitativos mediante SPSS (versión 19).	1. La mayoría de mujeres han vivido situaciones de “violencias sexuales normalizadas” en espacios de ocio nocturno, mientras que para los hombres es algo más circunstancial.
Amaral et al. (2016)	N = 197 mujeres.	1. Formulario con variables sociodemográficas relacionadas con el agresor, con la denuncia y el tipo de violencia experimentado por la mujer.	1. Se seleccionan las historias clínicas de las mujeres a través de Microsoft Office Excel. 2. Análisis de datos mediante SPSS (versión 20), chi cuadrado de Pearson y prueba de Kormogolov Smirnof.	1. No hubo cambios significativos en el perfil de mujeres víctimas de agresiones refugiadas en unidades de protección en el Estado de Caerá antes y después de la promulgación de la LMP (Lei María da Penha). 2. Los agresores, tras la promulgación de la ley, tienen más antecedentes

Bryant et al. (2017)	N = 421 mujeres.	<ol style="list-style-type: none"> 1. General Health Questionnaire (GHQ-12). 2. WHO Disability Adjustment Schedule (WHODAS). 3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5). 4. Psychological Outcome Profiles (PSYCHLOPS). 5. Life Events Checklist (LEC). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participantes asignadas al azar en una proporción de 1:1 en tratamiento conductual PM+ (Problem Management Plus) o EUC (atención habitual mejorada). 	<p>penales y utilización de drogas ilícitas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. PM+ redujo moderadamente el malestar psicológico en comparación con EUC.
Caldentey et al. (2016)	N = 46 mujeres mayores de 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuestionario ad-hoc de datos sociodemográficos y clínicos 2. Cuestionario Hurt, Insulted, Threatened with Harm, Screamed (HITS). 3. Composite Abuse Scale (CAS). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambos cuestionarios administrados por un investigador. 2. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra mediante las pruebas Chi cuadrado, el test exacto de Fisher y la prueba T de Student en el SPSS versión 20. 3. Se dividió la muestra en función de haber experimentado o no VG según el CAS. 4. Se calculó el coeficiente kappa de Cohen. 5. Se realizó un análisis de la curva característica de operación del receptor (ROC) para determinar el punto de corte de la escala HITS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elevada prevalencia de VG entre las mujeres consumidoras de más de una sustancia de abuso.
Choo et al. (2016)	N = 40 mujeres.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Women's Health Survey 2. BSAFER (Web-based program). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las participantes completaron evaluaciones en el programa web sobre el 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Una intervención del departamento de emergencias basada en la web para el TUS y la VG en mujeres demostró su

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). 4. 10-item Systems Usability Scale (SUS). 5. Modified versión of the Timeline Followback (TLFB). 6. Composite Abuse Scale (CAS). 	<p>uso de drogas y la VG.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. El software las asignó al azar a los grupos de intervención o control. 	<p>viabilidad y aceptabilidad.</p>
Crespo et al. (2017)	N = 50 mujeres maltratadas y 50 mujeres controles mayores de 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variables demográficas. 2. Test Consumption Revised version (AUDIT-C). 3. Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire (EGEP-5). 4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II) 5. Beck Anxiety Inventory (BAI). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las participantes fueron evaluadas en una única sesión en la que completaron una entrevista semiestructurada, las preguntas sobre el uso de drogas y psicotrópicos y los instrumentos autoadministrados en el formato de autoinforme. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Los resultados sugieren que las mujeres maltratadas españolas pueden recurrir a los psicofármacos en lugar del alcohol para hacer frente a sus síntomas.
Dawson et al. (2016)	N = 70 mujeres mayores de 18 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Problem Management Plus (PM+). 2. Tratamiento habitual mejorado (ETAU). 3. GHQ-12. 4. WHO-DAS 2.0 5. Five key questions from the WHO Violence Against women Onstrument (WHO-VAW). 6. Life Events Checklist. 7. PTSD Checklist for DSM-V, Civilian Version (PCL-5). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Las mujeres fueron asignadas al azar para recibir 5 sesiones de PM+ (n = 35) o ETAU (n = 35). 2. Se llevó a cabo una evaluación postratamiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PM+ tenía potencial para mejorar la salud mental de las mujeres, en particular se dieron mayores reducciones del trastorno de estrés postraumático (TEPT) frente a las que recibieron ETAU.
Galvão et al. (2018)	N = 15 (60% hombres). Edad media = 24 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevistas semiestructuradas. 2. Braun and Clarke's (2006) Thematic Analysis Method. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se llevan a cabo las entrevistas en una comunidad terapéutica. 2. Fueron grabadas bajo consentimiento informado. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existen diversos factores estructurales que impactan en la vida de los participantes: discriminación de género, escolaridad deficiente, marginación socioeconómica y exclusión asociada a la insuficiencia y políticas

García-Esteve et al. (2021)	N = 156 mujeres. Edad media = 30.4 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la agresión sexual. 2. The Acute Stress Disorder Interview (ASDI). 3. Dissociation Questionnaire in Emergencies (DQE, ad-hoc). 4. Peritraumatic Distress Inventory (PDI). 5. State-Trait Anxiety Inventory (STAI). 6. Early Trauma Inventory-Short Form (ETI-SF). 7. Scale for the Evaluation of Stress-Social Support (SESSS) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio de cohorte prospectivo. 2. Evaluación de ASD (trastorno de estrés agudo) 14.7 días después de la agresión sexual mediante el ASDI. 3. Los análisis se realizaron utilizando el SPSS versión 23 y Análisis de Datos y Estadística Software (STATA versión 14). 	<p>públicas inadecuadas, es decir, existe pobreza económica y sociocultural en relación con el abuso de drogas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La prevalencia de ASD en mujeres víctimas de agresión sexual fue alto y afectó aproximadamente a dos tercios de la muestra.
Guillén Verdesoto et al. (2021)	N = 186 (150 mujeres, 35 varones y 1 participante que no registró su sexo). Edad media = 22 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory (CADRI). 2. Multidimensional Jealousy Scale (MJS). 3. Escalas de fidelidad y estrés durante la relación de pareja. 4. Level 2 -substance use- adult. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseño de corte transversal. Se realizó una encuesta en formato papel con los ítems de los instrumentos y los diseñados ad-hoc. 2. Posteriormente, oportunidad de diálogo para aclarar dudas. 3. Análisis de datos a través del SPSS versión 20.1 (prueba de Mann-Whitney y Rho de Sperman, prueba de Kormogolov-Smirnov y modelo de regresión logística según el test de Wald). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se verificó asociación significativa entre la pertenencia al grupo de mayor violencia y los celos comportamentales y el estrés padecido durante la pareja.

Hahn (2020)	N = 124 adolescentes.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risk Reduction Through Family Therapy (RRFT). 2. Entrevistas clínicas y cuestionarios estandarizados. 3. Timeline Followback (TLFB) para confirmar el consumo de sustancias diferentes al tabaco. 4. Global Appraisal of Individual Needs (GAIN) para los síntomas de TEPT. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cada participante y un cuidador completaron una entrevista clínica estructurada y cuestionarios estandarizados en 5 momentos: pretratamiento (línea base), 3, 6, 12 y 18 meses después de la línea base. 2. Los participantes se asignan al azar a RRFT o a la condición control que recibió tratamiento habitual (TAU). 3. Análisis estadísticos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La exposición en la niñez a eventos traumáticos, particularmente experiencias de violencia interpersonal (IPV; abuso sexual, físico, presenciar violencia...) aumenta el riesgo de padecer una conducta negativa, problemas de uso de sustancias y TEPT. 2. Mayor eficacia de RRFT frente a TAU.
Ham et al. (2019)	N = 128 (50% mujeres). Edad = entre 21 y 29 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alcohol Use Disorders Identification Test. 2. Sexual Experiences Survey Short Form Victimization. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicialmente los participantes fueron informados que en el estudio tendrían que completar unos cuestionarios, consumir una bebida alcohólica o no alcohólica, escuchar una historia que describe una situación social y finalmente responder a una serie de preguntas acerca de la historia. 2. No podían consumir alcohol ni consumir otras drogas 24h antes del estudio. 3. Luego se hizo un análisis de la varianza mediante ANOVA y se estima un modelo de ecuación estructural SEM. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La intoxicación por alcohol dificulta la detección del riesgo de las agresiones sexuales.
Hildebrand et al. (2017)	N = 87 (44 hombres y 43 mujeres). Edad = entre 19 y 32 años.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psychiatric Screening (Symptom Checklist 90, SCL-90). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participantes aleatorizados a un grupo de alcohol o grupo sin alcohol. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El alcohol puede alterar la percepción de los testigos con respecto a la interacción neutral, la agresión física y culpa

		<p>2. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).</p> <p>3. Personality Inventory (Health-relevant Personality 5 Inventory, HP5i).</p>	<p>2. Ver una película que representa violencia de pareja (IPV) entre un hombre y una mujer.</p> <p>3. 10 minutos después de ver la película se pasa una entrevista a los participantes para que calificasen cuán agresivos y culpables percibieron a los personajes de la película.</p> <p>4. Análisis de datos mediante SPSS (versión 18).</p>	<p>en una situación de IPV. Entre los principales motivos se encuentran: la capacidad reducida para mantener la atención y una disminución de la ansiedad/inhibición.</p> <p>2. Los participantes sobrios experimentaron la película como más desagradable frente al grupo del alcohol.</p> <p>3. El alcohol afecta a la percepción de agresión de los testigos y culpa en un escenario de IPV.</p> <p>4. El alcohol hace neutrales comportamientos agresivos, así como una actitud más aceptable hacia el uso de la violencia física.</p>
Hill et al. (2018)	<p>N = 179 mujeres.</p> <p>Edad media = 18.9 años.</p>	<p>1. Conflict Tactics Scale (CTS2).</p> <p>2. PTSD Checklist-6 (PCL-6).</p> <p>3. Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D).</p> <p>4. Cuestionario demográfico para el consumo de sustancias.</p> <p>5. Timeline Follow-back (TLFB).</p>	<p>1. La evaluación inicial se llevó a cabo mediante un programa informatizado (90 minutos).</p> <p>2. Se calcularon estadísticos descriptivos y correlaciones bivariadas para todas las variables.</p>	<p>1. Las mujeres que fueron agredidas físicamente y victimizadas sexualmente por sus parejas íntimas tuvieron más relaciones sexuales sin preservativo. Además, los síntomas de estrés postraumático influyeron significativamente en la relación entre agresión física y comportamiento sexual de riesgo y victimización sexual y comportamiento sexual de riesgo.</p>
Lennon et al. (2021)	<p>N = 28 mujeres.</p> <p>Edad = entre 20 y 34 años.</p>	<p>1. Entrevistas semiestructuradas.</p> <p>2. Cuestionarios sociodemográficos.</p>	<p>1. Reclutamiento mediante muestreo intencional.</p> <p>2. Las participantes se dividen en 4 grupos focales de discusión y se realizan entrevistas con informantes clave.</p>	<p>1. Existen cuatro factores principales relacionados con la VG: las creencias culturales, los celos, el abuso de alcohol y la historia personal de VG, siendo este último y las creencias culturales los que más asociación tienen para sufrir VG.</p>

			3. También realizan cuestionarios sociodemográficos.	Además, el riesgo de sufrir VG aumenta si se da una interacción entre todos los factores (siguiendo el modelo ecológico de violencia).
Llopis et al. (2016)	N = 1043 (518 mujeres y 525 hombres). Edad media = 48 mujeres y 53 hombres.	1. Informes que valoran diferentes variables (edad, sexo, estudios, raza...), además de la existencia de malos tratos, imputabilidad, estado mental y lesiones físicas fundamentalmente.	1. Estudio descriptivo en el que los participantes completan una serie de entrevistas. 2. Análisis de datos mediante el SPSS (versión 17 para Windows).	1. Alto porcentaje de casos valorados como conflictividad de pareja, muy por encima de los casos valorados como VG y maltrato. 2. Patologías emocionales más frecuentes en mujeres afectadas: sintomatología ansiosa y depresiva. 3. Relación de ciertas situaciones de trastorno mental y consumo de sustancias con conductas de marcada conflictividad.
Marotta et al. (2018)	N = 510 hombres y mujeres.	1. Biological Testing. 2. Classification Indicators for Latent Class Analysis. 3. Potential Predictors of Latent Class Membership.	1. Se realizó un análisis de clase latente (LCA) en conductas de riesgo sexual y de drogas.	1. 3 “categorías de riesgo”: bajo, medio y alto. 2. En el grupo de bajo riesgo habría que centrarse principalmente en las conductas sexuales de riesgo, prestando menos atención a los riesgos relacionados con las drogas. En el grupo de medio riesgo habría que centrarse en ambos riesgos y en el grupo de riesgo alto ya habría que llevar a cabo programas de prevención del VIH tratando la relación existente entre el consumo de varias drogas y conductas sexuales de riesgo.
Natera et al. (2021)	N = 1096 hombres y mujeres.	1. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) de México, 2011, específicamente de una muestra representativa	1. Se pasa un cuestionario estandarizado y se responde a través de una entrevista directa	1. La prevalencia de violencia de pareja en el último año fue de 17.6% hacia las mujeres y 13.4% hacia los hombres.

		que contestó la sección sobre violencia de pareja. 2. Intimate Partner Violence Scale. 3. Medida de otras variables: estado civil, uso de sustancias, contexto y búsqueda de ayuda.	en versión computorizada. 2. Luego se realizaron análisis a través de STATA Version 13.	Si uno de los dos integrantes de la pareja consumía sustancias, aumentaba el riesgo de experimentar en violencia y ese riesgo era aún mayor si ambos consumían.
Ortiz et al. (2018)	N = 80 mujeres. Edad = entre 20 y 39 años.	1. Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP). 2. Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). 3. Cuestionario de Salud SF-36.	1. Recopilación de información con una ficha de datos personales. 2. Aplicación de los 3 instrumentos. 3. Recogida de datos sociodemográficos: edad, enfermedad que padece, escolaridad, estado civil, número de hijos y religión. 4. Análisis de datos en el programa MS Excel 2016.	1. 42.5% casadas, 36.3% instrucción escolar primaria y 43.08% padecían alguna enfermedad mental. 2. 100% de mujeres indicaron haber vivido VG y el 57.3% reportaron que vivieron violencia psicológica. 3. 30% consumían alcohol y tabaco.
Rivas-Rivero et al. (2020)	N = 136 mujeres mayores de 18 años.	1. Entrevista estructurada. 2. Abbreviated versión of the List of Stressful Life Events for socially excluded groups (L-SLE).	1. Primero se realizaron las entrevistas estructuradas y se pasó el L-SLE. 2. Análisis de datos mediante SPSS (versión 25.0 para Windows) y G*Power Software (versión 3.0 para Windows).	1. Las mujeres que padecieron distintos episodios de violencia en la infancia consumieron alcohol y drogas en exceso. 2. El mayor predictor para el consumo de alcohol y drogas se encuentra entre quienes padecieron abuso sexual antes de los 18 años.
Rubio-Laborda et al. (2021)	N = 1269 (296 hombres y 973 mujeres). Edad = Millennials (19-38 años), Generación X (39-54 años).	1. Cuestionario sobre las nuevas tecnologías para transmitir la violencia de género.	1. División de la muestra en: Millennials (19-38 años) y Generación X (39-54 años). 2. Recogida de datos a través de encuestas de la Universidad de Murcia.	1. Los Millennials muestran una asociación estadísticamente significativa con los ítems sobre los patrones de riesgo en redes relacionados con el Phishing, Sexting, Flaming, falsos ofrecimientos,

			3. Completar el cuestionario mencionado. 4. Análisis de datos mediante el SPSS (versión 22).	Cyberstalking y secuestros webcam. 2. Respecto a la violencia sufrida, sólo se ha observado asociación en ítems relacionados con Flaming y coacción sexual. 3. Las drogas aumentan las actividades de riesgo, así como la violencia sufrida y ejercida. Las mujeres refieren sufrir más presiones en actividades sexuales y miedos por parte de sus parejas.
Sánchez et al. (2019)	N = 60 mujeres. Edad media = 37.03.	1. Entrevista que incluye preguntas relacionadas con las dimensiones de la resiliencia: flexibilidad, control, resistencia. También se incluyen preguntas relacionadas con diferentes periodos de la vida, consumo y trastornos mentales. 2. Autobiografía.	1. Entrevistas a las mujeres para la obtención de datos individuales generales (grabación de audio). 2. Se hace una transcripción de la entrevista.	1. Las mujeres con mayor nivel de resiliencia presentan menor desarrollo de psicopatologías y consumo de drogas. 2. La resiliencia es un aspecto clave para mejorar y promover la reducción de los problemas de salud mental en víctimas de VG.
Shamu et al. (2016)	N = 3755 (2126 chicas y 1629 chicos). Edad = entre 12 y 19 años.	1. Cuestionarios sobre VG, violencia infantil, acoso escolar, actitudes de género, consumo de alcohol y conductas sexuales. 2. Modified version of the short form of the Child Trauma Questionnaire 18. 3. AUDIT.	1. Participantes entrevistados mediante cuestionarios. 2. Cargar los datos en un servidor al que solo pueden acceder los investigadores. 3. A los participantes se les entregó un folleto sobre ayuda sobre problemas como violencia, drogas, alcohol, sexo y problemas de salud. 4. Luego se pasaron las otras pruebas. 5. Análisis de datos mediante Stata 13.0	1. Las relaciones de pareja son comunes y existe alta prevalencia de experiencia sexual o física de VG por parte de las chicas y perpetración por parte de los chicos. 2. Algunos factores relacionados con la VG: experiencia de violencia en la niñez, actitudes individuales de desigualdad de género, castigo corporal en casa y en la escuela, consumo de alcohol, comunicación más amplia con la pareja y ser más negativo sobre el colegio.

3. El trauma infantil, la experiencia y perpetuación de VG se deben sobre todo a actitudes de género inequitativas, sexo de riesgo, acoso escolar y consumo de alcohol.

Souza et al. (2016)	N = 7 mujeres. Edad = entre 31 y 59 años.	1. Entrevistas semiestructuradas con preguntas relacionadas acerca del contexto, su vida, patrones de consumo y repercusiones del consumo para su salud.	1. Realización de las entrevistas. 2. Transcripción de las mismas. 3. Organización y análisis de los contenidos. 4. Distinción de 2 categorías temáticas: género, violencia y consumo de drogas y sin ataduras adjunto.	1. La trayectoria de vida de las mujeres que participaron en este estudio está marcada por situaciones de violencia. 2. Muchos comportamientos vividos en el contexto familiar y construcciones sociales son reproducidos por mujeres, lo que las mantiene vulnerables a problemas sociales y de salud, entre ellos, el inicio y mantenimiento del uso de drogas de alto riesgo.
Veloso et al. (2019)	N = 369 mujeres. Edad = entre 20 y 59 años.	1. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). 2. No-Student Drugs Use Questionnaire (NSDUQ). 3. Revised Conflict Tactics Scales (CTS2).	1. Estudio transversal y analítico. 2. Aplicación de los instrumentos. 3. Análisis de datos mediante estadística descriptiva y análisis bivariado con prueba chi cuadrado de Pearson y regresión logística mediante la versión 22 del SPSS.	1. En este estudio se ha identificado alta prevalencia de consumo de alcohol y tabaco por parte de las mujeres y violencia por parte de la pareja íntima. 2. El consumo de estas sustancias por parte de las mujeres es un factor de riesgo asociado a la ocurrencia de VG.
Wechsberg et al. (2019)	N = 641 mujeres mayores de 15 años.	1. Women's Health CoOp Plus (WHC+). 2. Standard VIH counseling and testing (Pruebas HCT).	1. Se hizo una división de 14 grupos geográficos y se buscaron "puntos calientes" para el uso de alcohol y otras drogas (AOD) y riesgo de VIH entre mujeres. 2. Las mujeres completaron una	1. Los resultados muestran la eficacia de (WHC+) para reducir el uso de alcohol y otras drogas (AOD) en mujeres sudafricanas, la VG, el riesgo sexual y aumentar el vínculo con la atención del VIH. 2. Además, a los 6 meses de seguimiento el grupo

entrevista en línea y realizaron pruebas biológicas de drogas, test de embarazo y VIH.	WHC+ informó más uso de condones con su pareja y negociación sexual, menos abuso físico y sexual y menos consumo excesivo de alcohol. A los 12 meses de seguimiento el grupo WHC+ informó menos abuso emocional.
3. Los grupos se asignaron al azar a WHC + o a HCT.	
4. Pruebas de seguimiento a los 6 y 12 meses.	

Discusión y conclusiones

Finalmente, se presentarán en un último apartado las conclusiones del artículo y posteriormente las principales conclusiones. En su caso, se incluirán limitaciones y propuestas de continuidad.

Descripción General de los Estudios

La presente revisión sistemática tiene el propósito de analizar la evidencia disponible sobre la VG y su relación con el consumo de sustancias. Este campo de investigación se lleva estudiando décadas, pero en el presente trabajo se ha optado por utilizar los estudios que cuentan con la información más reciente, siendo la fecha elegida desde el año 2016 hasta el 2021. De los 26 estudios seleccionados, la muestra en conjunto asciende a 11.789 personas, aunque pueden encontrarse algunas diferencias entre los distintos estudios. Investigaciones como las de Shamu et al., (2016) cuentan con una muestra de 3.755 personas, mientras que Souza et al., (2016) cuentan con 7 mujeres encuestadas. De los 26 artículos, tres incluyen adolescentes en su muestra, mientras que los veintitrés estudios restantes constan enteramente de participantes adultos.

Descripción de la Muestra de los Estudios

De manera general, aunque en muchas de las publicaciones no se presentan datos sociodemográficos de la muestra, se puede establecer que en su mayoría son mujeres con edades superiores a 18 años, de habla hispana, con patología dual (sufrir de forma concomitante una adicción y un trastorno mental), y en situación de riesgo, aumentando la probabilidad de sufrir VG. También se encuentran participantes del sexo masculino, aunque en menor medida. 11 estudios utilizaron varones en su muestra y, excepcionalmente, en el estudio de Guillén Verdesoto et al., (2021), uno de los participantes no registró su sexo.

Instrumentos de Evaluación Utilizados en los Estudios

Respecto a los instrumentos utilizados para la evaluación y tratamiento de adicciones y VG, se han empleado diferentes escalas y pruebas. Básicamente se centran en medir los constructos psicológicos de los participantes, el nivel de VG, el nivel de adicción, el deterioro funcional y la existencia de posibles traumas. En cuanto a la medición de constructos psicológicos, en primer lugar, se han utilizado instrumentos para evaluar el nivel de adicción de los participantes, tanto para incluirlos en el estudio como para clasificarlos. Asimismo, los instrumentos utilizados para estudiar los efectos producidos por la VG, han medido, en primer lugar, el craving asociado a sustancias y, por otro lado, estados de ánimo y medidas fisiológicas, entre otros.

Los más utilizados para medir el nivel de adicción han sido la escala “Alcohol Use Disorders Identification Test” o Escala de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol (AUDIT), el “Timeline FollowBack” (TLFB) para observar el consumo de drogas en el último mes, el “Level 2 - Substance Use – adult” para el consumo de sustancias y la Prueba de detección del consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias (ASSIST). Para estados de ánimo, “General Health Questionnaire” (GHQ-12) para la evaluación de la angustia psicológica, sobre todo ansiedad y depresión, “Beck Anxiety Inventory” (BAI) para medir la presencia y severidad de la ansiedad, “Depression Beck Inventory-II” o Inventario de depresión de Beck (BDI-II) para medir el nivel de depresión, “State-Trait Anxiety Inventory” o escala de ansiedad estado-rasgo (STAI) para la evaluación de la ansiedad producida en el contexto de adicción y “Center for Epidemiological Studies-Depression Scale” (CES-D) para medir los síntomas de la depresión. Para la VG, “Composite Abuse Scale” (CAS), “Cuestionario Hurt, Insulted, Threatened with Harm, Screamed” (HITS), “Five key questions from the WHO Violence Against women Onstrument” (WHO-VAW), “Sexual Experiences Survey Short Form Victimization”, “Intimate Partner Violence Scale”, Cuestionario de Violencia Sufrida y Ejercida de Pareja (CVSEP) y “Conflict in Adolescents Dating Relationships Inventory” (CADRI) para adolescentes. Para el deterioro funcional, “WHO Disability Adjustment Schedule” (WHODAS 2.0) evalúa las actividades que abarcan cognición, movilidad, autocuidado, socialización y actividades de la vida diaria y “Dissociation Questionnaire in Emergencies” (DQE, ad-hoc) para la disociación peri traumática, la desrealización, la despersonalización y la amnesia. Finalmente, para los trastornos de estrés postraumático (TEPT) y eventos estresantes, “Posttraumatic Stress Disorder Checklist” (PCL-5 y PCL-6), “Global Assessment of Posttraumatic Stress Questionnaire” (EGEP-5), “Global Appraisal of Individual Needs” (GAIN) para trastorno de estrés postraumático, “Life Events Checklist” (LEC) para eventos estresantes de la vida, “The Acute Stress Disorder Interview” (ASDI) para trastorno de estrés agudo, “Early Trauma Inventory-Short From” (ETI-SF) para eventos traumáticos antes de los 18 años y “Peritraumatic Distress Inventory” (PDI) para medir el nivel de angustia durante y después del evento traumático.

Las entrevistas, formularios y cuestionarios son uno de los instrumentos más utilizados. Destacan las entrevistas semiestructuradas, las cuales se caracterizan por mezclar preguntas abiertas y cerradas o entrevistas totalmente abiertas y los cuestionarios y formularios utilizan preguntas ad-hoc para la obtención de datos sociodemográficos y clínicos de cada uno de los participantes.

Relación Entre la VG y el Consumo de Sustancias

Una vez que se han expuesto las diferentes pruebas e instrumentos de medida que se han utilizado en las publicaciones consultadas para la realización de la presente revisión sistemática, es preciso analizar la evidencia disponible sobre la VG y su relación con el consumo de sustancias. Si analizamos detenidamente los resultados de los artículos, los hallazgos ponen de manifiesto que, las drogas lícitas más consumidas por las mujeres que sufren VG son el tabaco, el alcohol y los psicofármacos. El alcohol es una de las principales sustancias de abuso en España y es una droga que, en términos relativos, consumen al alza las mujeres. En algunos estudios como el de Crespo et al., (2017) los resultados sugieren que las mujeres maltratadas españolas pueden recurrir a los psicofármacos en lugar del alcohol para hacer frente a sus síntomas. El alcohol es una droga que, en muchas ocasiones no se considera dañina o se piensa que es “menos grave” solo por el hecho de estar legalizada, a pesar de tener consecuencias tanto o más graves que muchas sustancias ilegales. La intoxicación por alcohol dificulta la detección de riesgo de las agresiones sexuales (Ham et al., 2019). Un ejemplo de ello es el estudio que se lleva a cabo en el artículo de Hildebrand et al., (2017). Inicialmente, se dividió a los

participantes en dos grupos, uno al que le administraban alcohol y a otro no, a continuación, les ponían una película donde se daba violencia de pareja. 10 minutos después de ver la película se les pasaba una entrevista donde tenían que clasificar cuán agresivos y culpables percibieron a los personajes. Los resultados determinaron claramente que el alcohol puede alterar la percepción de las personas, reduciendo la capacidad para mantener la atención. El grupo de participantes sobrios experimentaron la película como más desagradable frente al grupo que había ingerido alcohol, es decir, hace neutrales comportamientos agresivos, así como una mayor permisividad hacia el uso de la violencia física. Muchas mujeres han vivido situaciones de “violencias sexuales normalizadas” en espacios de ocio nocturno, donde tiene mucha influencia el alcohol, mientras que para los hombres es más circunstancial (Álvarez et al., 2020). Se dan casos donde las mujeres consumen otro tipo de drogas ilícitas, destacando, mayoritariamente, la cocaína y las anfetaminas. Existe una elevada prevalencia de VG entre las mujeres consumidoras de más de una sustancia de abuso (Caldentey et al., 2016. Veloso et al., 2019) ya que las mismas, aumentan las actividades de riesgo, así como la violencia sufrida y ejercida (Rubio-Laborda et al., 2021) y, en relación a la pareja, el riesgo de sufrir VG aumenta si ambos son consumidores (Natera Rey et al., 2021).

La mayoría de mujeres adictas a drogas ilegales o politoxicómanas suelen habitar en un “submundo marginal”, duro y hostil, donde las condiciones higiénicas y la calidad de vida son precarias, lo que las lleva a una situación crítica (Galvão et al., 2018). Con frecuencia muestran desvitalización y aparición conjunta de trastornos afectivo-emocionales, depresivos y ansiosos (Llopis et al., 2016), así como TCA y trastorno de estrés agudo (ASD), sobre todo, en las que han sufrido agresiones sexuales, la prevalencia suele ser alta y afecta, aproximadamente, a dos tercios de la muestra (García-Esteve et al., 2021). En la mayoría de los casos, además, se da el fenómeno de la “bidependencia”, término muy importante acuñado por el Dr. Carlos Sirvent, que sería la doble dependencia de la droga/s y de la/s figura/s “protectoras”, que, en la mayoría de los casos es un varón, habitualmente su pareja, para que les proporcione droga o utilizarlas a ellas mismas para venderla y ganar dinero, pudiendo llegar a ejercer la prostitución o ambas cosas a la vez, de esta manera es como se empieza a dar, de forma concomitante, la VG. La mujer, probablemente influenciada por factores culturales, tiene un estilo relacional individualista, con menor sensación de pertenencia a un grupo y mayor soledad auto percibida, lo que las puede llevar con mayor facilidad al aislamiento y a la infravaloración, dando lugar a una disminución de su autoestima y su autoconcepto, además, en la mayoría de los casos esta situación tiende a perpetuarse ya que consideran irresoluble la posición o “bucle” en el que se encuentran.

Como evidencian algunos estudios, la exposición en la niñez a eventos traumáticos, particularmente experiencias de violencia interpersonal (violencia de pareja, abuso sexual/físico, presenciar violencia...) aumenta el riesgo de que afloren sentimientos negativos, se vuelvan más vulnerables y pierdan progresivamente la capacidad de autonomía, tendiendo a depender de alguien a la hora de tomar decisiones, aumentando la probabilidad de padecer TUS, así como TEPT u otros trastornos (Hahn et al., 2020, Hill et al., 2018). Uno de los mayores predictores para el consumo de alcohol y drogas es el hecho de padecer abuso sexual antes de los 18 años (Rivas-Rivero et al., 2020). Según Lennon (2021) existen cuatro factores principales relacionados con la VG: las creencias culturales, los celos, el abuso de alcohol y la historia personal de VG, siendo este último y las creencias culturales los que más relación tienen con sufrir VG. El riesgo de sufrirla aumenta si se da una interacción entre todos los factores.

Respecto a las intervenciones que se llevan a cabo con este perfil de mujeres, en diversos estudios como los de Bryant et al., (2017) y Dawson et al., (2016), se ha

observado el potencial y la mejoría de ciertos programas o terapias para la reducción del malestar psicológico general y la repercusión de trastornos previos como el TEPT. En estos dos artículos, concretamente se observó la diferencia entre la aplicación de un tratamiento conductual llamado Problem Management Plus (PM+) frente a la atención o tratamiento habitual mejorado (EUC/ETAU), obteniendo mejores resultados el grupo donde se había aplicado PM+. Resultados similares se encuentran en el estudio de Hahn et al., (2020), donde también se dividía a los pacientes en dos grupos, unos a la condición Risk Reduction Through Family Therapy (RRFT) y otros a la condición control de tratamiento habitual (TAU), observándose mayor eficacia del RRFT frente a TAU. En otros estudios como el de Sánchez et al., (2019) se ha observado un factor que podría considerarse clave y de protección para promover la reducción de los problemas de salud mental en las víctimas de VG; la resiliencia. Los datos indican que, mujeres con mayores niveles de resiliencia, presentan un menor desarrollo de psicopatologías y menor consumo de drogas.

Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación

Resulta imprescindible señalar que, a lo largo de la presente revisión sistemática se ha hecho frente a diferentes limitaciones. En primer lugar, hay que tener en cuenta la incapacidad para poder describir las muestras con datos precisos, puesto que, en muchos de los casos, solo se indica el número de participantes o como mucho, el tipo de violencia que han sufrido. A causa de esto, generalizar resulta complicado. Otra de las limitaciones encontradas es la barrera idiomática, lo que ha dificultado el acceso a fuentes en idiomas externos a los expuestos como criterios de inclusión, lo que no permite acceder a cierta información. Por otra parte, los datos sobre las mujeres que sufren VG en países en desarrollo siguen siendo escasos, por lo que no se dispone de información suficiente para comparar la VG y extrapolar los datos de unas culturas a otras y los factores de riesgo y protectores que se dan en cada contexto. Además, el fenómeno de VG debería abordarse desde una perspectiva ecológica (ver página 11), donde se tengan en cuenta los diferentes “niveles” implicados para llevar a cabo estrategias de intervención que sean más eficaces, ya que en muchos estudios solo se tiene en cuenta uno de los niveles y no se le presta atención al resto. Basándome en algunos de los estudios, considero que existe bastante desinformación sobre el concepto de maltrato y violencia en el colectivo de mujeres adictas. Es fundamental que conozcan lo que se entiende por agresión o VG, ya que muchas de ellas, no solamente por la falta de información, sino por la exposición y normalización de la violencia a la que han estado expuestas, no denuncian ni actúan de ninguna manera, además el sentimiento de culpa las lleva a creerse “merecedoras de la misma”. Una solución práctica sería llevar a cabo actividades de información y concienciación con las propias mujeres, así como sensibilizar y formar a todos aquellos profesionales que tengan relación con ellas, lo que podría facilitar la detección de nuevos casos y llevar a cabo las actuaciones necesarias, siendo prioritario e imprescindible incluir la perspectiva de género de forma transversal en toda intervención con mujeres adictas.

Por último, como futuras líneas de investigación, se propone indagar en profundidad otros tipos de tratamiento que estén más enfocados en la mujer. Como se ha mencionado anteriormente, la mayoría de protocolos terapéuticos hasta la fecha estaban basados en la drogadicción masculina y hasta ahora la “norma” la imponía el varón adicto, considerándose la adicción femenina como una desviación de la misma. La mujer adicta muestra características sutilmente diferentes a las del varón, con lo cual, debería hacerse más hincapié en el diferente estilo terapéutico que hay que utilizar en base a la condición que se nos presente y el tipo de droga a la que se muestre adicción, ya que, aunque un hombre y una mujer compartan o muestren la misma problemática, la mujer presenta unos problemas específicos que no suele presentar el hombre. Todos estos factores hacen que

las mujeres muestren mayores dificultades para acceder, continuar y finalizar un tratamiento. Por estos motivos, se reclama prevención y tratamientos específicos para mujeres donde se pueden plantear diferentes retos de intervención e incluir programas en los que se trate la prevención del VIH, ya que, a lo largo del trabajo, se ha tratado la relación existente entre el consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo. Además, la coordinación de recursos entre el ámbito de la atención a la VG y el de drogodependencias es prácticamente inexistente o todavía se encuentra muy poco desarrollado (ejemplo: tener un TUS es criterio de exclusión en los recursos de VG), por lo que disminuye la capacidad de atender a las mujeres que sufren ambas problemáticas de forma concomitante y, la ausencia de esta cooperación entre servicios, da lugar a que las pacientes lleguen a situaciones límite siendo los familiares, en la mayoría de los casos, los que sufren las consecuencias, repercutiendo negativamente en el entorno que les rodea. Por ello, tanto la salud pública como las instituciones sociales, políticas y sanitarias implicadas deberían trabajar de forma conjunta para lograr y promover el cambio. Todavía resulta complicado medir el impacto de muchas estrategias preventivas que se aplican, por lo que sería esencial que todos los programas en los que se lleve a cabo una intervención mostrasen luego los resultados obtenidos.

Por otra parte, considero que sería necesario abordar y concienciar sobre esta problemática desde edades tempranas y despertar el interés en los más jóvenes acerca de la importancia que tiene la educación como factor protector en el desarrollo de conductas violentas. En esta misma línea, sería recomendable actuar de forma preventiva con los hijos, ya que muchas veces son víctimas directas, bien por el consumo o comportamientos violentos y sufren las repercusiones del entorno que les rodea.

Finalmente, la VG es mucho más que un problema de salud pública, se trata de una violación en toda regla de los derechos humanos de la mujer, lo que da lugar a una afectación de su capacidad para ejercer otros derechos. En muchos países todavía no está regulado y muchas formas de discriminación que la mujer sufre en la sociedad están reforzadas y perpetúan la violencia. Sería de especial importancia que todos los países revisasen sus propias leyes y comenzasen a apoyar la reducción de las desigualdades que todavía existen entre hombres y mujeres y otros problemas como la VG, que se dio, se da y se seguirá dando si no se concientia a la gente y no se llevan a cabo los cambios pertinentes.

En este contexto, la Oficina de Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) ha resaltado la importancia de abordar las necesidades de las mujeres que consumen drogas.

Se puede concluir que la presente revisión sistemática ha aportado información suficiente como para dar evidencia acerca de la relación existente entre el consumo de sustancias y la VG. La VG es un problema que se lleva dando mucho tiempo y se ha generalizado en todas las sociedades, sobre todo en la población que padece TUS. Tiene graves consecuencias en todos los ámbitos de la vida de la mujer, aumentando el riesgo de diversas enfermedades físicas, mentales, incluso la muerte en algunas ocasiones.

La mayor parte de los casos se produce en el contexto familiar y suelen ejercerla hombres que conocen, muchas veces la propia pareja o ex pareja. Por lo tanto, sería fundamental conocer el papel que desempeña el equilibrio de poder entre hombres y mujeres e identificar las formas en las que podría modificarse, sobre todo en los casos en los que este equilibrio sea disfuncional. Por otra parte, las causas de la VG y el consumo de sustancias son multifactoriales y complejas. Pueden existir diferencias según la raza, la clase social o cultural y la región o lugar del que proceden. Sería de especial relevancia conocer los factores de riesgo y protectores existentes en los distintos contextos y así desarrollar intervenciones adecuadas para este perfil de mujeres. De cara a un futuro, otro

elemento importante para prevenir la violencia sería promover desde edades tempranas las relaciones equitativas entre hombres y mujeres. La realidad de este fenómeno, tristemente, es que no va a dejar de existir o desaparecer de la noche a la mañana, por lo que un aspecto clave y muy importante sería brindar la mejor atención posible tanto a las mujeres que sufren VG como a sus hijos. Asimismo, el personal sanitario debe estar debidamente capacitado de modo que pueda identificar, promover y responder de manera correcta a las necesidades que esta población requiere. Finalmente, toda intervención que se lleve a cabo debería respetar la autonomía de las mujeres, así como identificar y brindarles una serie de herramientas, diferentes e incompatibles a las que utilizaban anteriormente para “resolver” los problemas (en la mayor parte de los casos usan las sustancias como “vía de escape”), y disponer de alternativas saludables para abordar de forma eficiente cualquier situación compleja que se les presente en un futuro.

Referencias

- Álvarez, S. O., Quijada, R. A., & Mosquera, A. C. R. (2020). Análisis de violencia sexual en el ocio nocturno. *Interacción y perspectiva*, 10(2), 156-164.
- Amaral, L. B. D. M., Vasconcelos, T. B. D., Sá, F. E. D., Silva, A. S. R. D., & Macena, R. H. M. (2016). Domestic Violence and the Maria da Penha Law: Profile of Aggression in Women Sheltered in a Social Unit of Protection. *Revista Estudos Feministas*, 24(2), 521-540. <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders; DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.
- Blume, S. B. (1994). Women and addictive disorders. *American Society of Addiction Medicine*, 1-16.
- Bryant, R. A., Schafer, A., Dawson, K. S., Anjuri, D., Mulili, C., Ndogoni, L., Koyiet, P., Sijbrandij, M., Ulate, J., Harper Shehadeh, M., Hadzi-Pavlovic, D., & Van Ommeren, M. (2017). Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. *PLoS medicine*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002371>
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5). <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.524>.
- Caldentey, C., Muñoz, J. T., Ferrer, T., Casals, F. F., Rossi, P., Mestre-Pintó, J. I., & Melich, M. T. (2016). Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: cribado y prevalencia. *Adicciones*, 29(3), 172-179. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.738>
- Choo, E. K., Zlotnick, C., Strong, D. R., Squires, D. D., Tapé, C., & Mello, M. J. (2016). BSAFER: A Web-based intervention for drug use and intimate partner violence demonstrates feasibility and acceptability among women in the emergency department. *Substance abuse*, 37(3), 441-449. <https://doi.org/10.1080/08897077.2015.1134755>
- Cohen, L. R. & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services*, 57(1), 100-106. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.1.100>

- Corsi, J. (1998). Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal. En: R. Valez & P. Hume (Eds.), *Violencia Doméstica*. Cuernavaca: Cidhal, PRODEC, Centro de Documentación Betsie Hollants.
- 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. <http://doi.org/10.7334/psicothema2016.212>
- Dawson, K. S., Schafer, A., Anjuri, D., Ndogoni, L., Musyoki, C., Sijbrandij, M., van Ommeren, M., & Bryant, R. A. (2016). Feasibility trial of a scalable psychological intervention for women affected by urban adversity and gender-based violence in Nairobi. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1117-x>
- Díaz, M. M., Contreras, A. E. R., Gómez, B. P., Romano, A., Caynas, S., & García, O. P. (2010). El cerebro y las drogas, sus mecanismos neurobiológicos. *Salud mental*, 33(5), 451-456.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. & Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(85), 627-654.
- El-Bassel, N., & Witte, S. (2001). Drug use and physical and sexual abuse of street sex workers in New York City. *Research for Sex Work*, 4, 31-32.
- El Bassel, N., Gilbert, L. y Rajah, V. (2003). The relationship between drug abuse and sexual performance among women on methadone. Heightening the risk of sexual intimate violence and VIH. *Addictive Behaviours*, 28(8), 1385-403. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00266-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00266-6)
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Witte, S., Wu, E. y Chang, M. (2011). Intimate partner violence and HIV among drug-involved women: contexts linking these two epidemics--challenges and implications for prevention and treatment. *Substance Use & Misuse*, 46(2-3), 295-306. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.523296>
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H. y Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95(3), 465- 470. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2003.023200>
- Fernández, G. G., Rodríguez, O. G., & Villa, R. S. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 159-165.
- Flynn, P. M., & Brown, B. S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 36-47. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.11.013>
- Fiol, E. B., & Pérez, V. A. F. (2000). La violencia de género: de cuestión privada a problema social. *Psychosocial Intervention*, 9(1), 7-19.
- Frye, V. (2001). Intimate partner sexual abuse among women on methadone. *Violence Vict.* 16(5). 553-564.
- Galvão, A. E. O., Saavedra, L., & Cameira, M. (2018). Economic and sociocultural poverty in drug abuse: from individual to sociopolitical responsibility. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 820-833. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170970>
- García-Esteve, L., Torres-Gimenez, A., Canto, M., Roca-Lecumberri, A., Roda, E., Velasco, E. R., Echevarría, T., Andero, R., & Subirà, S. (2021). Prevalence and risk factors for acute stress disorder in female victims of sexual assault. *Psychiatry Research*, 306. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114240>

- García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*, 6.
- Guillén Verdesoto, X., Ochoa Balarezo, J., Delucchi, G., León Mayer, E., & Folino, J. (2021). Celos y violencia en parejas de estudiantes de la Universidad de Cuenca, Ecuador. *Ciencias Psicológicas*, 15(1). <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2353>
- Hahn, A. M., Adams, Z. W., Chapman, J., McCart, M. R., Sheidow, A. J., de Arellano, M. A., & Danielson, C. K. (2020). Risk reduction through family therapy (RRFT): Protocol of a randomized controlled efficacy trial of an integrative treatment for co-occurring substance use problems and posttraumatic stress disorder symptoms in adolescents who have experienced interpersonal violence and other traumatic events. *Contemporary clinical trials*, 93. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2020.106012>
- Ham, L. S., Wiersma-Mosley, J. D., Wolkowicz, N. R., Jozkowski, K. N., Bridges, A. J., & Melkonian, A. J. (2019). Effect of alcohol intoxication on bystander intervention in a vignette depiction of sexual assault. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 80(2), 252-260. <https://doi.org/10.15288/jsad.2019.80.252>
- Heise, L. L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against women*, 4(3), 262-290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.
- Hildebrand Karlén, M., Roos Af Hjelmstätter, E., Fahlke, C., Granhag, P. A., & Söderpalm Gordh, A. (2017). Alcohol Intoxicated Witnesses: Perception of Aggression and Guilt in Intimate Partner Violence. *Journal of interpersonal violence*, 32(22), 3448–3474. <https://doi.org/10.1177/0886260515599656>
- Hill, D. C., Stein, L. A., Rossi, J. S., Magill, M., & Clarke, J. G. (2018). Intimate violence as it relates to risky sexual behavior among at-risk females. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 10(6), 619. <https://doi.org/10.1037/tra0000316>
- Kramer, J. F., Cameron, D. C., & World Health Organization. (1975). *A Manual on drug dependence: Compiled on the basis of reports of WHO expert groups and other WHO publications*.
- Lennon, S. E., Aramburo, A. M. R., Garzón, E. M. M., Arboleda, M. A., Fandiño-Losada, A., Pacichana-Quinayaz, S. G., Muñoz, G. I. R., & Gutiérrez-Martínez, M. I. (2021). A qualitative study on factors associated with intimate partner violence in Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(9), 4205-4216. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.21092020>
- Letourneau, E. J., Holmes, M. & Chasendunn-Roark, J. (1999). Gynecologic health consequences to victims of interpersonal violence. *Women's Health Issues*, 9(2), 115-120. [https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(98\)00031-0](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(98)00031-0)
- Llopis Giménez, C., Hernández Mancha, I., & Rodríguez García, M. I. (2016). Estudio de los casos reconocidos en la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) de Sevilla, durante los años 2013 y 2014. *Cuadernos de Medicina Forense*, 22(1-2), 12-25.
- Llopis, J. J., Castillo, A., Rebolledo, M., & Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83905208>
- Lynch, W. J., Roth, M. E. & Carroll, M. E. (2002). Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies. *Psychopharmacology*, 164(2), 121-137. <https://doi.org/10.1007/s00213-002-1183-2>

- Marotta, P. L., Terlikbayeva, A., Gilbert, L., Hunt, T., Mandavia, A., Wu, E., & El-Bassel, N. (2018). Intimate relationships and patterns of drug and sexual risk behaviors among people who inject drugs in Kazakhstan: a latent class analysis. *Drug and alcohol dependence*, 192, 294-302. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.07.046>
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Rolfe, A. & Farrell, M. (2000). Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. *The British Journal of Psychiatry*, 176(3), 285-289. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.3.285>
- Mèlich, M. T. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20(4), 315-319. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122048001>
- Miller, B. A., Downs, W. R. & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, 11, 109-117. <https://doi.org/10.15288/jsas.1993.s11.109>
- Natera Rey, G., Moreno López, M., Toledano-Toledano, F., Juárez García, F., & Villatoro Velázquez, J. (2021). Intimate-partner violence and its relationship with substance consumption by Mexican men and women: National Survey on Addictions. *Salud mental*, 44(3), 135-143. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.018>
- NIDA (2001). Métodos de tratamiento para la mujer. Infobox. 12964. Enero. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 243.
- Okuda, M., Olfson, M., Hasin, D., Grant, B. F., Lin, K. H. y Blanco, C. (2011). Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey. *Psychiatric Services*, 62(8), 959-962. https://doi.org/10.1176/ps.62.8.pss6208_0959
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre violencia y salud: resumen. 2003. Recuperado el 24 de febrero de 2007 de <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Alcohol; datos y cifras. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., & Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 29(5), 32-37.
- Ortiz, L. G., Casique, L. C., Aguirre, A. Á., Colín, C. A. N., & Ramírez, L. C. (2018). Relación entre la violencia, consumo de drogas y calidad de vida relacionada con la salud en mujeres: estudio de caso en la región sur de Jalisco, México. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(4), 64-78.
- Rivas-Rivero, E., Bonilla-Algovia, E., & Vázquez, J. J. (2020). Risk factors associated with substance use in female victims of abuse living in a context of poverty. *Annals of Psychology*, 36(1), 173-180. <https://doi.org/10.6018/analesps.362541>
- Rubio-Labordá, J. F., Almansa-Martínez, P., & Pastor-Bravo, M. D. M. (2021). Sexist relationships in Generation X and Millennials. *Atencion primaria*, 53(4), 101992-101992. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.101992>
- Sánchez, M. F., & Lopez-Zafra, E. (2019). The voices that should be heard: A qualitative and content analysis to explore resilience and psychological health in victims of intimate partner violence against women (IPVAW). *Women's Studies International Forum*, 72, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2018.12.005>

- Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- Shamu, S., Gevers, A., Mahlangu, B. P., Jama Shai, P. N., Chirwa, E. D., & Jewkes, R. K. (2016). Prevalence and risk factors for intimate partner violence among Grade 8 learners in urban South Africa: baseline analysis from the Skhokho Supporting Success cluster randomised controlled trial. *International health*, 8(1), 18-26. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihv068>
- Souza, M. R. R. D., Oliveira, J. F. D., Chagas, M. C. G., & Carvalho, E. S. D. S. (2016). Gender, violence and being homeless: the experience of women and high risk drug use. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(3). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59876>
- Swift, W., Copeland, J. y Hall, W. (1996). Characteristics of women with alcohol and other drug problems: findings of an Australian national survey. *Addiction*, 91(8), 1141-1150. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1996.91811416.x>
- Tortajada Navarro, S. (2008). Cocaína y conductas violentas. Un estudio cualitativo desde una perspectiva de género. <http://hdl.handle.net/10550/15683>
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L., & Torrens, M. (2015). Intervención grupal para reducir la violencia de género entre consumidoras de drogas. Resultados de un estudio piloto en un centro comunitario de tratamiento de adicciones. *Adicciones*, 27(3), 168-178.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.703>
- Veloso, C., & Monteiro, C. F. D. S. (2019). Consumption of alcohol and tobacco by women and the occurrence of violence by intimate partner. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0581>
- Wechsberg, W. M., Bonner, C. P., Zule, W. A., van der Horst, C., Ndirangu, J., Browne, F. A., Kline, T. L., Howard, B. N., & Rodman, N. F. (2019). Addressing the nexus of risk: Biobehavioral outcomes from a cluster randomized trial of the Women's Health CoOp Plus in Pretoria, South Africa. *Drug and alcohol dependence*, 195, 16-26.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.10.036>
- Yucel, M. y Lubman, D. I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, 26(1), 33-39.
<https://doi.org/10.1080/09595230601036978>

Fecha de recepción: 12/04/2022

Fecha de revisión: 06/09/2022

Fecha de aceptación: 01/09/2023