



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

Facultad de Psicología

GRADO EN PSICOLOGÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

**FACTORES DE RIESGO Y
USO DE SUSTANCIAS EN
MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA SEXUAL:
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Presentado por:

D^a. Miriam Jara Martínez

Tutor:

Prof. D. José Miguel García Ramírez

Curso académico 2022/2023

ANEXO VI



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Declaración de Originalidad del TFG

(Este documento debe adjuntarse cuando el TFG sea entregado para su evaluación)

D./Dña. MIRIAM JARA MARTÍNEZ, con DNI (o pasaporte) 26259734-J declaro que el presente Trabajo de Investigación es original, no habiéndose utilizado fuente sin ser citadas debidamente.

En caso de TFGs vinculados con las Prácticas Externas, declaro que el TFG es un trabajo con entidad independiente a la memoria de Prácticas presentada.

Para que conste así lo firmo el 22 de Mayo de 2023, en Granada.

Firma del Alumno/a

| Información básica sobre protección de sus datos personales aportados | |
|---|---|
| Responsable | Universidad de Granada |
| Legitimación | La Universidad de Granada se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de los poderes públicos. Art. 6.1.e) del Reglamento General de Protección de Datos |
| Finalidad | Gestionar preinscripción de su trabajo fin de grado. |
| Destinatarios | No se prevén salvo obligación legal. |
| Derechos: | Tienen derecho a solicitar el acceso, oposición, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de sus datos, tal y como se explica en la información adicional. |
| Información Adicional | Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/_img/informacionadicionalgestionacademica/ ! |

Resumen

La violencia sexual cada vez está más unida a alteraciones relacionadas con el comportamiento sexual, como la victimización; con el consumo de drogas ilícitas, entre otras; y con algunos factores que suelen acompañarla; como la realización de trabajo sexual, tener VIH, sufrir violencia de género y, por último, haber sufrido abuso sexual infantil. El conjunto de todos estos elementos, puede llevar a las mujeres a experimentar trastornos más graves, como son la ansiedad, depresión, suicidio y trastorno de estrés postraumático. Es por ello que el objetivo de esta revisión es abordar más profundamente la relación que tiene la violencia sexual y el consumo de drogas con otros factores presentes y el efecto que estos pueden causar en la vida de estas mujeres. Para ello, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sobre esta temática, realizándose la codificación de 9 artículos, los cuales muestran la gran prevalencia de consumo de drogas y violencia sexual y de género que sufren las mujeres, junto con trastornos psicológicos que causan gran efecto en la salud mental. Por consiguiente, sería de gran relevancia que se estudie sobre las posibles consecuencias para la salud que pueden tener todos los factores relacionados con la violencia sexual, y que se invierta en su prevención y tratamiento para evitar que estas situaciones deriven en una dirección más perjudicial aún, como la muerte.

Palabras clave: violencia sexual, población femenina y consumo de drogas.

Introducción

La violencia sexual, es un problema social de carácter mundial, que produce cada vez un mayor número de víctimas. Las estimaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud [OMS] hacen referencia a que una de cada tres mujeres (30%) sufre violencia, ya sea física o sexual (OMS, 2021).

Cerca de un tercio de mujeres (27%) de entre 15 a 49 años, en todo el mundo, han informado de haber sido víctimas de algún episodio de violencia. Además, la OMS explica que la violencia sexual es “cualquier acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual y otro acto dirigido contra la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima, en cualquier ámbito. Comprende la violación, que se define como la penetración, mediante coerción

física o de otra índole, de la vagina o el ano con el pene, otra parte del cuerpo o un objeto, el intento de violación, los tocamientos sexuales no deseados y otras formas de violencia sexual sin contacto” (OMS, 2021).

La “Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual”, expone que, “las violencias sexuales vulneran el derecho fundamental a la libertad, a la integridad física y moral, a la igualdad y a la dignidad de la persona y, en el caso del feminicidio sexual, también el derecho a la vida. Estas violencias impactan en el derecho a decidir libremente, con el único límite de las libertades de las otras personas, sobre el desarrollo de la propia sexualidad de manera segura, sin sufrir injerencias o impedimentos por parte de terceros y exentas de coacciones, discriminación y violencia” (Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, 2022).

Muchos autores han relacionado en las mujeres factores como el consumo de drogas, y haber sido víctimas de violencia, siendo esta cifra, tres veces superior, a diferencia de aquellas mujeres que no han tenido este cuadro de consumo de sustancias (Blume, 1994; Swift, 1996; El-Bassel y Witte, 2001; NIDA 2001; Frye et al, 2001; El-Bassel et al 2003, citado en Llopis et al., 2005)

Las mujeres que tienden al consumo de drogas parecen tener una historia anterior de agresión sexual, lo que les lleva a comportamientos de mantenimiento de estas agresiones y además, a sentimientos de victimización a la hora de iniciar prácticas sexuales (Testa, 2004, citado en Llopis et al., 2005)

Cabe destacar, que, entre las drogas más utilizadas, el consumo de psicofármacos es mayor en aquellas mujeres que han sido víctimas en algún momento de su vida de violencia sexual, a diferencia de aquellas mujeres que no han vivido este suceso (Ramos-Lira et al., 2001).

Esta victimización a la hora de preservar las relaciones sexuales, es un factor de riesgo que mantienen las mujeres que consumen drogas, ya que este abuso de sustancias, les dificulta reconocer la realidad y no son capaces de evitar situaciones en

las que hay más probabilidades de ser víctimas de violencia sexual (Foshee et al, 2007; Hernando, 2007; Vézina & Hébert, 2007, citado en Saldivia & Vizcarra., 2012).

Algunos de los elementos que están más asociados a sufrir violencia sexual y consumir sustancias serán, la victimización, como hemos comentado anteriormente, la cual, puede inducir a formar otra serie de circunstancias que la acompañarán, como es el caso de la depresión, baja autoestima, trastornos de estrés postraumático e ideación suicida. Estas consecuencias negativas estarán presentes en mujeres que han sufrido tanto violencia sexual como física, y, además, la gravedad de estos factores podrá variar de moderado a grave. (Pérez & Escobar, 2011, citado en Lara Caba et al., 2019).

En la actualidad, como se han presentado las cifras anteriormente, hay un gran número de mujeres que sufren violencia sexual y que tienden a consumir drogas, además, a esto se le suma la comorbilidad con otros factores como depresión, ETS, VIH, trastorno de estrés postraumático, ansiedad, etc. Junto con estos, se dan otros factores de riesgo, como ser trabajadoras sexuales, haber sufrido abuso sexual en la infancia o haber estado en prisión.

Debido a lo expuesto anteriormente, sería de gran importancia realizar una revisión sistemática sobre esta temática para poder reunir que factores se suelen presentar en mujeres que consumen drogas y han vivido alguna situación de violencia sexual. De esta manera, habrá más información para poder prevenir y realizar intervenciones en esta población que resulta más vulnerable a padecer una serie de consecuencias de salud tanto psicológicas como orgánicas.

Objetivo

El objetivo de esta investigación es realizar una revisión sistemática acerca de los factores de riesgo más frecuentes en mujeres que han sufrido violencia sexual y que, además, presentan un habitual consumo de drogas.

Método

Esta revisión se llevó a cabo utilizando las recomendaciones de la declaración PRISMA (Yepes-Núñez et al., 2021) y se usaron las bases de datos de PsycINFO, Web Of Science y Scopus. Para estas bases, se estableció una ecuación de búsqueda en inglés formada por las palabras “sexual violence” AND “drugs use” AND “female”.

La búsqueda de los artículos se realizó en los meses de abril y mayo de 2023. En el transcurso de estos meses, se efectuó la lectura detallada de los artículos obtenidos de la búsqueda bibliográfica, y finalmente con los artículos que se seleccionaron, se llevó a cabo su conveniente codificación de datos.

Las publicaciones que se incluyeron en la revisión estaban comprendidas entre los años 2018 y 2023. Se obtuvieron en total 155 resultados. Finalmente, aplicando los criterios de inclusión y exclusión se seleccionaron 9 artículos para la revisión.

Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión que fueron utilizados son: (a) estudios compuestos por mujeres que hayan sufrido violencia sexual y que consuman drogas; (b) estudio que hablen de otros factores asociados al consumo de drogas y ser víctima de violencia sexual; (c) estudios publicados entre los años 2018 y 2023; (d) que estas mujeres hayan estado en centros de rehabilitación de drogas; (e) con texto completo; (f) evaluados por expertos; (g) que estuvieran escritos en inglés; y finalmente, (h) mujeres delincuentes.

Respecto a los criterios de exclusión, los que se aplicaron son: (a) artículos que no tuvieran texto completo; (b) artículos duplicados; (c) factores relacionados con homicidio; (d) cifras relacionadas con el coronavirus (COVID-19); (e) la violencia sexual es ejercida por mujeres; (f) tipos de violencia sexual como trata o comercio de mujeres o explotación sexual; (g) violencia sexual pero no de consumo de drogas; (h) actuación abusiva de policías; y por último, (i) mujeres con discapacidad.

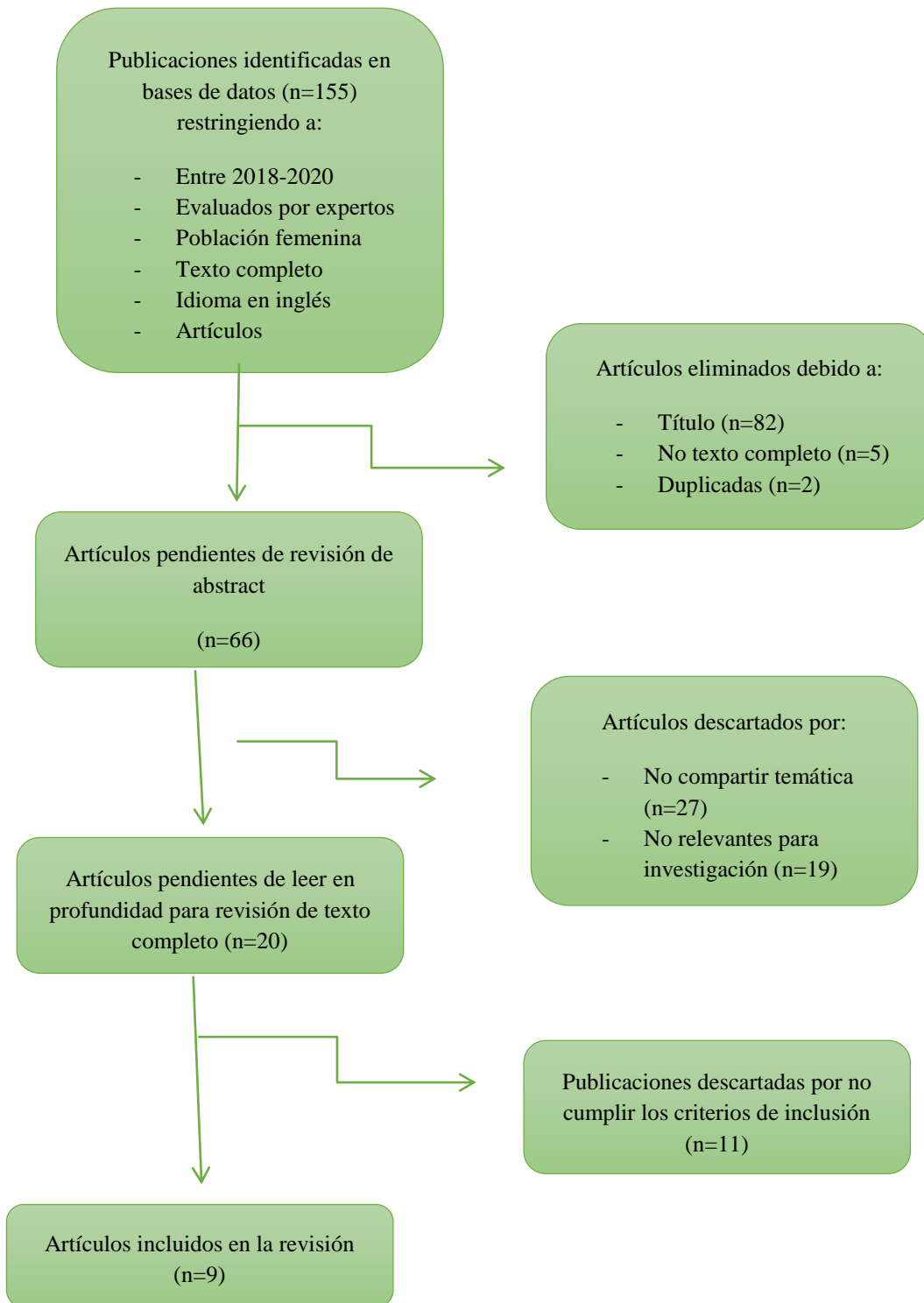


Figura 1. Flujograma PRISMA

Codificación de los resultados y análisis de la información

Se realizó una hoja de codificación, reuniendo así la información relevante de los artículos seleccionados para la revisión. Esta estaba formada por los siguientes elementos: (a) referencia; (b) muestra; (c) tipo de violencia sexual; (d) factores asociados (e) droga consumida; (f) instrumentos de medida empleados; (g) resultados obtenidos en el estudio.

Resultados

A continuación, se encuentran las tablas que recogen la información de la hoja de codificación de los artículos seleccionados:

Tabla 1*Resumen de la muestra según el tipo de violencia sexual y drogas consumidas*

| Referencia | Muestra | Tipo de violencia sexual | Factores asociados | Droga consumida |
|---------------------------|--|---|---|---|
| 1. Reed et al. (2019) | 159 mujeres de 15-19 años. Media de edad de 17 años | CSH (acoso sexual cibernético) | Ideación suicida Depresión Ansiedad ITS | Marihuana Alcohol Drogas excluidas la marihuana y el alcohol (cocaína, estimulantes, medicamentos sin receta) |
| 2. Shokoohi et al. (2018) | 1347 mujeres trabajadoras sexuales femeninas (FSW). Media de edad de 35,6 años. | Violencia sexual forzada y amenazas para tener sexo | VIH Trabajo sexual | Opio Heroína Crack Norijsa/tamjizak (combinación de drogas inyectadas: opioides, esteroides y benzodiacepinas) Metadona no medicinal Metanfetamina cristalina Hachís Marihuana Éxtasis Cocaína |
| 3. Hill et al. (2018) | 179 mujeres. Media de edad de 18,9 años. | Victimización sexual por agresión sexual (relaciones sexuales sin protección) | TEPT Depresión Agresión física Comportamiento sexual de riesgo | Marihuana Alcohol |
| 4. Leddy et al. (2018) | 496 mujeres trabajadoras sexuales. | Violencia sexual e intoxicación por consumo de drogas no consentido | Trabajo sexual VIH | Alcohol Otras drogas |

| Media de edad de 25 años. | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| 5. | Stoicescu et al. (2018) | 731 mujeres. Media de edad: 31,3 años. | Violencia (sexual, física y psicológica) Coerción sexual y relaciones sexuales sin condón | VIH IPV (violencia de pareja) Comportamiento sexual de riesgo | Heroína Buprenorfina ilícita Productos farmacéuticos ilícitos (opioides y benzodiacepinas) Metanfetamina cristalina Cannabis Ketamina |
| 6. | Zhang et al. (2020) | 342 mujeres. Media de edad: 19 años. | Violencia sexual Violencia de género | ITS Trabajo sexual Comportamiento sexual de riesgo | Tabaco Alcohol Drogas ilícitas (heroína, metanfetamina, marihuana, ketamina, éxtasis) |
| 7. | Roberts et al. (2018) | 283 mujeres. Media de edad: 33,5 años. | Violencia sexual Violencia grave, leve y baja | ITS VIH Comportamiento sexual de riesgo Trabajo sexual | Alcohol |
| 8. | Jones et al. (2018) | 317 mujeres. | Abuso sexual infantil Violencia (física, emocional, sexual) Victimización | VIH Comportamiento sexual de riesgo Involucradas en el sistema de justicia penal | Crack/cocaína Marihuana |
| 9. | Rouhani et al. (2020) | 141 mujeres. Edad media de 37 años. | Violencia sexual | Antecedentes de sobredosis ITS/VIH TEPT Depresión Trabajo sexual | Crack Heroína |

Tabla 2

Resumen de los principales resultados de cada estudio e instrumentos utilizados

| Referencias | Instrumentos utilizados | Principales resultados |
|---------------------------|--|--|
| 1. Reed et al. (2019) | <p>La violencia en el noviazgo se mide combinando ítems sobre violencia física (2 ítems) y ítems sobre violencia sexual (5 ítems) adaptándola de la Escala De Tácticas de Conflicto. Esta mide las tácticas utilizadas durante los conflictos de pareja: negociación, agresión física, psicológica, lesiones por agresión y coacción sexual. La violencia sexual fuera de la pareja, se mide utilizando ítems de la violencia sexual en el noviazgo, pero preguntando sobre experiencias con parejas que no eran novios.</p> <p>La depresión se mide con un solo ítem, preguntando con qué frecuencia se sienten desanimados, deprimidos o sin esperanza en los últimos 30 días. También se mide la ideación suicida, preguntando a las participantes si habían considerado intentar suicidarse los últimos 12 meses. La ansiedad se evalúa con un solo ítem, preguntando con qué frecuencia se sintieron preocupados, tensos o ansiosos en los últimos 30 días.</p> <p>El CSH, se mide evaluando 4 tipos de CSH: a) ser presionado para enviar fotos/videos sexuales, b) compartir fotos sexuales sin permiso, c) recibir fotos/mensajes sexuales no deseados/no solicitados, y d) recibir correos electrónicos no deseados con contenido sexual.</p> | <p>Mayoría (68,6%) experimentado al menos una forma de CSH; el 36% informa haber sido presionada por hombres para enviar fotos sexuales, el 49% recibió correos electrónicos/mensajes no deseados de hombres y el 6% informó que sus fotos sexuales fueron compartidas por destinatarios masculinos sin permiso.</p> <p>Una mayor experimentación de CSH tiene mayor probabilidad de consumo de alcohol, marihuana y consumo de drogas en la vida.</p> |
| 2. Shokoohi et al. (2018) | <p>Los antecedentes de comportamientos sexuales, estado serológico respecto al VIH y los antecedentes de uso e inyección de drogas fueron medidos a través de la encuesta de vigilancia bioconductual (ONUSIDA, 2007). El historial de sexo forzado/violencia sexual se mide preguntando: "¿Alguna vez alguien te ha forzado/amenazado sexualmente para tener sexo?".</p> | <p>El policonsumo de drogas prevaleció entre quienes sufrieron violencia sexual. La metanfetamina fue la droga más consumida, seguida por el crack, la heroína, opio y metadona sin receta.</p> |
| 3. Hill et al. (2018) | <p>La agresión física y victimización sexual se mide utilizando la Escala de Tácticas de conflicto (CTS2). Los síntomas de TEPT se miden utilizando la Lista de verificación PTSD-6 y PCL-6. El PCL-6 es una breve evaluación que mide si ha tenido alguna experiencia estresante que le haya afectado en el último mes.</p> | <p>La agresión física se relacionó positivamente con victimización sexual. Tanto las agresiones físicas como la victimización sexual predijeron relaciones sexuales sin condón. Los síntomas de TEPT, mediaron significativamente la relación entre victimización y las relaciones sexuales sin condón, Los síntomas depresivos y el consumo de alcohol y/o consumo de marihuana no mediaron relación entre</p> |

| | | |
|----------------------------|--|---|
| | <p>Los síntomas depresivos, se miden con la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), diseñada para detectar la presencia y la gravedad de los síntomas depresivos la última semana. El consumo de alcohol y marihuana se evalúa mediante un cuestionario, donde se pregunta el número de días en los últimos 12 meses que se había consumido alcohol y marihuana. El comportamiento sexual de riesgo se mide a través del TLFB, que proporciona puntuaciones resumidas para el número total de días de relaciones sexuales sin protección durante los últimos 90 días.</p> | <p>victimización sexual y relaciones sexuales sin condón. Tanto la agresión física como la victimización sexual, predijeron relaciones sexuales sin protección.</p> |
| 4. Leddy et al. (2018) | <p>La violencia sexual se mide mediante la Escala de 16 ítems de la Organización Mundial de la Salud adaptada para el contexto de Tanzania. El uso de preservativos se evalúa a través de preguntas adaptadas de la evaluación validada del NIMH-Project Accept Study. El uso de sustancias se operacionaliza como la frecuencia de haber estado intoxicado (borracho o drogado), 0 a 5 (nunca a siempre). El VIH se evalúa a través de la escala de 13 ítems adaptada a una medida internalizada del estigma del VIH. El trabajo sexual se mide con la escala de 13 ítems adaptada a una medida internalizada del estigma del VIH reformuladas con el trabajo sexual.</p> | <p>El 42% de la muestra informaron que habían sido intoxicadas con frecuencia durante el trabajo sexual. El 97% bebió al menos una bebida alcohólica durante un típico día de trabajo, y el 7% había consumido drogas. El 32% informa de uso de condones.</p> <p>La intoxicación de drogas, se asoció con mayor probabilidad de sufrir violencia de género y con menor probabilidad de utilizar condones en el trabajo sexual, no obstante, las mujeres que no sufrían violencia sexual no tenían menor probabilidad de uso de condones. Por tanto, no usar condones solo estaba asociado a sufrir violencia.</p> <p>Las mujeres con VIH y que habían experimentado violencia de género tenían probabilidades significativas de usar condones, en comparación con las mujeres seronegativas que habían experimentado violencia de género.</p> |
| 5. Stoicescu et al. (2018) | <p>Se evalúa el comportamiento de riesgo con VIH, a través de ítems del Registro de Indicadores de Informes de Progreso Mundial sobre el SIDA de ONUSIDA e informado por la guía de la OMS.</p> <p>La violencia sexual y victimización sexual se mide mediante subescalas psicológica, física dañina y sexual de la versión abreviada de la Escala Revisada de Tácticas de Conflicto (CTS2). El uso de drogas se mide a través de entrevistas desde los 12 meses anteriores.</p> | <p>Las drogas más consumidas eran, 93,8% heroína, metanfetamina 67,2%, productos farmacéuticos ilícitos 46,2%, metanfetamina 67,2%, cannabis 36,3% y ketamina 6.6%. Había asociaciones significativas entre el comportamiento sexual de riesgo y el consumo de metanfetaminas y tener VIH. Hay asociación positiva significativa entre comportamiento sexual de riesgo y cada forma de violencia (física, psicológica y sexual). Las mujeres expuestas a violencia sexual en pareja triplicaron las probabilidades de tener un comportamiento sexual de riesgo, junto con el uso de anfetamina y tener VIH. Con la polivictimización de las tres formas de IPV, eran el 89,9% las mujeres que informaron de mantener conductas sexuales de riesgo. Al menos 6 de cada 10 mujeres que se inyectaban drogas estuvieron expuestas a alguna forma de IPV en el año anterior, hasta 24 veces más prevalencia que aquellas mujeres que sufrían IPV pero no consumían drogas en Indonesia.</p> |
| 6. Zhang et al. (2020) | <p>Se mide el conocimiento del VIH/ITS, las relaciones sexuales y el comportamiento con una adaptación del "Cuestionario de las OMS para</p> | <p>La prevalencia de consumo de alcohol era alta (83%), la mayoría que consumían drogas ilícitas también consumían alcohol (96%) y fumaban tabaco regularmente</p> |

| | | |
|--------------------------|--|--|
| | jóvenes” y el “Cuestionario de encuestas demográficas y salud de Indonesia para la salud reproductiva de adultos jóvenes” | (85%). Las mujeres que bebían alcohol regularmente, tenían más probabilidad de tener relaciones sexuales de riesgo, síntomas de ITS, consumir drogas ilícitas, fumar tabaco habitualmente y encontrarse expuestas a violencia sexual y de género. |
| 7. Roberts et al. (2018) | <p>Se evalúa la violencia con el instrumento de Violencia contra la Mujer de la Organización Mundial de la Salud VAWI), agregando dos preguntas de la Encuesta de experiencias sexuales sobre sexo forzado derivado del uso de drogas o coerción no violenta.</p> <p>Para síntomas depresivos, se utiliza el Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9). La detección del VIH se realiza utilizando la prueba rápida Determine HIV.</p> | La prevalencia de la violencia sexual en la pareja fue del 44%, y fuera de la pareja, el 26% habían experimentado alguna situación de violencia sexual. Las mujeres que presentaban una puntuación de violencia grave, tenían más síntomas de salud mental, y un mayor comportamiento sexual de riesgo. En cuanto al consumo de drogas, no había significación en drogas distintas al alcohol, excepto en aquellas mujeres que habían sufrido violencia grave. |
| 8. Jones et al. (2018) | La Evaluación de conductas de riesgo de la Universidad de Washington (WU RBA) que se adaptó de la Evaluación de comportamiento de riesgo del NIDA, evalúa los comportamientos de riesgo, incluidos los comportamientos sexuales y el uso de drogas. El Cuestionario de exposición a la violencia (VEQ) se utiliza para medir la exposición a la violencia, adaptándose de la Escala Táctica de Conflictos. | Los resultados revelaron 4 perfiles conductuales 1) mujeres con altas probabilidades de conductas sexuales de riesgo, exposición a la violencia y consumo de crack/cocaína, 2) mujeres con alta probabilidad de exposición a la violencia y conductas sexuales moderadas, 3) mujeres caracterizadas únicamente por una alta probabilidad de consumo de crack/cocaína, 4) mujeres con bajas probabilidades de todos los factores. Las mujeres que consumen drogas han experimentado abuso sexual infantil, un mayor número de arrestos, exposición a violencia y conductas sexuales de riesgo en comparación con las mujeres que no mantenían el consumo de drogas. |
| 9. Rouhani et al. (2020) | Los síntomas depresivos se evaluaron mediante la Escala de 10 ítems de Depresión del Centro Revisado para Estudios Epidemiológicos (CESD-10). Se evalúa la exposición reciente (últimos 3 meses) a la violencia, VIH/ITS, uso de sustancias y riesgos relacionados. El trastorno de estrés posttraumático (TEPT) se mide con la Lista de verificación para el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición (PCL-5). | El 76% informó de que se inyectaba drogas, el 28% usaba jeringa que ya había sido usada (intercambio receptivo de jeringas), el 40% se inyectaban solas. El 64% usaba crack, el 56% heroína y el 11% tuvo una sobredosis. El 92% de las mujeres habían sufrido violencia sexual. |

En general, la bibliografía revisada, refleja que la mayoría de mujeres que consumen sustancias psicoactivas y otras drogas, tienden a tener mayor probabilidad de sufrir violencia sexual que aquellas mujeres no consumidoras de drogas, junto con un aumento de probabilidad de trastornos relacionadas con la salud mental, reproductiva, y salud física en general (Zhang et al., 2020).

Dependiendo del tipo de violencia sexual, parece que se relacionan más unos trastornos que otros. En el caso de haber sufrido tanto agresión física como sexual, las alteraciones que suelen aparecer son, trastorno de estrés postraumático, depresión y ansiedad (Rouhani et al., 2020). En cuanto a la victimización sexual, parece reflejarse que este patrón de comportamiento suele darse en aquellas mujeres que han sufrido agresión física (Hill et al., 2018). Las mujeres que han sufrido acoso sexual cibernético (CSH) muestran una tendencia alta al consumo de alcohol, marihuana y drogas durante la vida (Reed et al., 2019).

La mayoría de mujeres que han vivido algún acontecimiento de violencia, ya sea física, sexual o psicológica, triplican el porcentaje de probabilidades de tener conductas sexuales de riesgo. Además, 6 de cada 10 mujeres que se inyectan drogas, presentan una mayor prevalencia a sufrir violencia en pareja (IPV), a diferencia de aquellas que no consumían drogas (Shokoohi et al., 2018). Al igual que comenta Robert et. al (2018) en su estudio, donde se concluye que solo aquellas mujeres que sufren violencia grave, son las que tienen mayores síntomas de salud mental, mayor comportamiento sexual de riesgo y un mayor consumo de drogas, a diferencia de las que sufren violencia leve, en las que no se encuentran diferencias significativas en cuanto al consumo de drogas.

Las drogas más utilizadas por las mujeres que han sufrido violencia sexual son alcohol con drogas ilícitas (96%) y tabaco (85%) (Zhang et al., 2020), junto a la heroína (93,8%), metanfetamina (67,2%), y cannabis (36.3%) (Stoicescu et al., 2018). En cuanto a esto, en el estudio de Leddy et al. (2018) se observa, que un mayor consumo de drogas está asociado con mantener mayor comportamiento sexual de riesgo y sufrir mayor violencia de género.

Se observó en el estudio de Jones et al. (2018) que las mujeres que consumían más drogas, eran aquellas que habían vivido formas diversas de violencia, entre ellas,

abuso sexual infantil y violencia y además, realizaban comportamientos sexuales de riesgo, en comparación a quien no mantenían el consumo de sustancias.

Discusión

En relación a los artículos, se han encontrado varios factores de riesgo que a lo largo de los artículos seleccionados se suelen repetir, sin embargo, no en todos los estudios se repiten los mismos, al igual que, no se da el mismo tipo de violencia sexual, o se consume la misma sustancia.

En cuanto a los factores de riesgo en las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y que son consumidoras regulares de drogas destacan la depresión, desencadenada por estar expuesta constantemente al trato violento, causando al mismo tiempo ansiedad, y trastorno de estrés postraumático. Este puede presentarse tras haber sufrido este suceso tan negativo, produciendo al mismo tiempo ansiedad que también se presenta, e incluso el mantenimiento de ideas suicidas, con la motivación de poner fin a la situación en la que estas se encuentran. Es este mismo proceso traumático que tiende a repetirse, el que puede llevar a las mujeres a realizar conductas de evitación como consumir drogas, para abstenerse así, de la realidad que están viviendo.

Otro de los factores que también se han observado en estos estudios, serían el mantenimiento de comportamientos sexuales de riesgo, los cuales, están causados por la victimización sexual que poseen, al haber sufrido violencia y al verse sometidas, coaccionadas y forzadas a realizar actos sexuales, que a menudo, son violaciones, o la no utilización de métodos anticonceptivos.

Respecto a lo anterior, cabe destacar que la realización de estas prácticas sexuales perjudiciales, pueden desencadenar en enfermedades o infecciones, como el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y las ITS (infecciones de transmisión sexual), los cuales se nombran en la mayoría de estudios de esta revisión.

Acerca de los tipos de violencia que se dan en los estudios, es de gran importancia conocer que, la mayoría de las mujeres seleccionadas en las muestras de

estos, habían sufrido al mismo tiempo violencia de género, e incluso violencia en pareja (IPV).

Finalmente, cabe añadir que, en la mayoría de estudios seleccionados, las mujeres habían sido trabajadoras sexuales en algún momento de su vida, lo que nos lleva a relacionar, todos los factores de riesgo antes comentados, a la realización de trabajo sexual, como otro elemento más, a tener en cuenta a la hora de concluir los factores de riesgo que pueden estar vinculados a sufrir violencia sexual y consumir drogas.

En el estudio de Rouhani et al. (2020), el crack y la heroína son las principales drogas utilizadas en mujeres que han sufrido violencia sexual. Estas, además, presentan una historia de sobredosis de sustancias y de realización de trabajo sexual. En cuanto a la salud mental, aparecen trastornos como depresión y trastorno de estrés postraumático. Respecto a la salud reproductiva y sexual, tienden a estar expuestas a infecciones de transmisión sexual (ITS) y a virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Aquellas mujeres que han sufrido abuso sexual infantil, como en el estudio de Jones et al. (2018) se expone, tienden a consumir sustancias como el crack y la cocaína. En relación al campo psicológico, estas suelen presentar sentimientos de victimización, que les lleva a sufrir violencia (física, emocional y sexual). Además, estas suelen verse involucradas en el sistema penitenciario, y a mantener conductas sexuales de riesgo que les lleva a una mayor exposición al VIH.

Roberts et al. (2018) en su estudio advirtió, como el resto de estudios de esta revisión, que la violencia sexual sufrida en mujeres acentuaba unos factores específicos en estas, como pueden ser mantener conductas sexuales de riesgo, seguido de problemas de salud como padecer VIH o ITS, además, la mayoría de estas consumían alcohol y eran trabajadoras sexuales.

En el estudio de Zhang et al. (2020) las mujeres que consumían mayor cantidad de alcohol, tabaco y drogas ilícitas (heroína, metanfetamina, marihuana, ketamina y éxtasis) eran más propensas a ser trabajadoras sexuales, y tenían mayor probabilidad de

tener unas prácticas sexuales de riesgo, junto con la presencia de VIH e ITS. Encontrándose, además, mucho más expuestas a violencia sexual y violencia de género.

Las mujeres que consumían más cantidades de drogas como, heroína, buprenorfina ilícita; opioides; benzodiazepinas; metanfetamina; cannabis y ketamina se habían encontrado en situación de ser víctimas de violencia en pareja (IPV) con signos de coerción sexual (sufrieron violencia sexual), tenían mayor prevalencia a mantener comportamientos sexuales de riesgo y consumir drogas, como se observa en el estudio de Stoicescu et al. (2018).

El trabajo sexual como indica Leddy et al. (2018) en su estudio, parece ser uno de los factores que se encuentran más asociados a consumir drogas como, alcohol, y a padecer violencia sexual acompañada de enfermedades de transmisión sexual como el VIH.

El consumo alcohol y la marihuana junto con síntomas depresivos no informó de diferencias significativas en aquellas mujeres que presentaban victimización sexual y mantenían relaciones sexuales de riesgo. Sin embargo, estas drogas unidas a síntomas de TEPT (trastorno de estrés postraumático) si mediaron en la aparición de síntomas de victimización sexual debido a agresiones físicas, induciendo a comportamientos sexuales de riesgo, como en el estudio Hill et al. (2018) se describe. Sin embargo, a diferencia de otros estudios de esta revisión, la depresión sí que se muestra un factor asociado a la exposición a violencia sexual, por tanto, quizás, la diferencia esté en la droga consumida, que, si varía en otros estudios, y no en presentarse o no depresión tras haber sufrido violencia sexual o de cualquier otro tipo.

En el estudio de Shokoohi et al. (2018) aquellas mujeres que sufrieron violencia sexual, eran consumidoras de drogas como heroína, opio, crack, metadona, hachís, marihuana, éxtasis y cocaína entre otras, y en estas prevalecía mucho más la violencia que en aquellas que o eran consumidoras. Además, a este consumo se le añadía que eran trabajadoras sexuales, y que la mayoría presentaba VIH.

El acoso sexual cibernético (CSH) es otra forma más de violencia sexual, que suele darse en las mujeres consumidoras de drogas como marihuana, alcohol, cocaína,

estimulantes y medicamentos sin receta, además, en el estudio de Reed et al. (2019) se observa comorbilidad con trastornos como depresión, ansiedad e ideación suicida.

Limitaciones del estudio

En primer lugar, los artículos que han sido seleccionados en esta revisión, no siempre han utilizado las mismas drogas, existían diferencias en cuanto al tipo de droga consumida de unos artículos a otros, pudiendo ser esta una gran limitación a la hora de realizar una investigación exhaustiva sobre esta temática. Sin embargo, en la mayoría, se repetían los mismos tipos, como el alcohol, cannabis, crack, heroína y cocaína, aunque obviaba muchos otros.

Cabe añadir, que se ha delimitado como otro factor de riesgo más la realización de trabajo sexual, debido a que la mayoría de bibliografía revisada, introducía como variable, este trabajo en concreto. Por tanto, lo hemos considerado otro factor más que puede relacionarse al tipo de perfil en las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual y que mantienen un uso de sustancias.

Respecto a los tipos de violencia, la mayoría de tipos de violencia sexual que se da en los estudios es coerción sexual y forzada, solo en uno de los estudios se habla de otras formas de violencia sexual, como el ciberacoso sexual, que a pesar de ser un tipo de violencia sexual, no hay suficientes artículos en las bases de datos, que hablen de este tipo concreto junto al resto de factores, y esto podría verse como otra limitación de la revisión, siendo a su vez, una aclaración, de que en la mayoría de casos que se dan estos factores serían en los que la mujer es sometida a un tipo de violencia sexual específica, como es la mencionada anteriormente.

Por otra parte, otra de las limitaciones de esta revisión, podría ser que solo han sido de nueve artículos seleccionados, tres de ellos, los que miden los trastornos psicológicos asociados, como la depresión y ansiedad, algo que hemos utilizado para el enriquecimiento de esta revisión, para que se tengan en cuenta también factores vinculados a la salud mental. Sin embargo, la búsqueda concreta de mujeres consumidoras de drogas junto a, haber sufrido violencia sexual, junto, además, padecer algún trastorno de salud mental, ha tenido limitaciones, al no existir suficientes artículos

que estudien todos estos factores unidos. Lo que nos lleva a comprender la poca investigación que existe en esta población, que se encuentra en grave situación de vulnerabilidad.

Finalmente, este estudio tiene gran importancia y puede suponer el punto de partida, de futuras líneas de investigación, para que pueda haber más información sobre esta temática, dando lugar, a una mayor revisión de bibliografía, que deposite las bases en los factores de riesgo de esta población, y de esta manera se pueda intervenir y tratar las secuelas sufridas en estas mujeres, y evitar, que sigan existiendo las altas cifras de casos que existen, pudiendo mejorar de esta manera la calidad de vida de estas mujeres, con programas de desintoxicación y con programas de prevención para el consumo de sustancias.

Bibliografía

Yepes-Nuñez, J. J., Urrútia, G., Romero-García, M., & Alonso-Fernández, S. (2021).

Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española De Cardiología*, 74(9), 790-799.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>

Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual,

Pub. L. No. Ley Orgánica 10/2022, BOE-A-2022-14630 124199 (2022).

<https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10>

Médicos del Mundo. (2016). *La violencia sexual es también violencia de género*.

<https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/la-violencia-sexual-es-tambien-violencia-de-genero>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra la mujer*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Llopis, J. J., Castillo, A., Rebollida, M., & Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. 5.

Saldivia, C., & Vizcarra, B. (2012). Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. *Terapia psicológica*, 30(2), 43-49.
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000200004>

Ramos-Lira, L., Saltijeral-Méndez, M. T., Romero-Mendoza, M., Caballero-Gutiérrez, M. A., & Martínez-Vélez, N. A. (2001). Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Salud Pública de México*, 43(3). <https://doi.org/10.1590/S0036-36342001000300002>

Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R. M., Bretones Callejas, C., & Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8.

Hill, D. C., Stein, L. A. R., 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, 619-627.
<https://doi.org/10.1037/tra0000316>

Leddy, A. M., Underwood, C., Decke, M. R., Mbwambo, J., Likindikoki, S., Galai, N., & Kerrigan, D. (2018). *Adapting the Risk Environment Framework to Understand Substance Use, Gender-Based Violence, and HIV Risk Behaviors Among Female Sex Workers in Tanzania*.

- Stoicescu, C., D. Cluver, L., Spreckelsen, T., Casale, M., Sudewo, A. G., & Irwanto. (2018). *Intimate Partner Violence and HIV Sexual Risk Behaviour Among Women Who Inject Drugs in Indonesia: A Respondent-Driven Sampling Study*.
- Zhang, X.-D., Zhang, J., Xie, R.-S., & Zhang, W.-H. (2020). Sexual and reproductive health correlates of polysubstance use among female adolescents who sell sex in the southwest of China. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00302-5>
- Roberts, S. T., Flaherty, B. P., Deya, R., Masese, L., Ngina, J., McClelland, R. S., Simoni, J., & Graham, S. M. (2018). Patterns of gender-based violence and associations with mental health and HIV risk behavior among female sex workers in Mombasa, Kenya: A latent class analysis. *AIDS and Behavior*, 22(10), 3273-3286. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2107-4>
- Jones, A. A., Gerke, T., Striley, C. W., Whitehead, N., Osborne, V., & Cottler, L. B. (2018). One step at a time: A latent transitional analysis on changes in substance use, exposure to violence, and HIV/AIDS risk behaviors among female offenders. *American Journal of Criminal Justice*, 43(3), 471-485. <https://doi.org/10.1007/s12103-017-9419-1>
- Rouhani, S., White, R. H., Park, J. N., & Sherman, S. G. (2020). High willingness to use overdose prevention sites among female sex workers in Baltimore, Maryland. *Drug and Alcohol Dependence*, 212. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108042>
- Shokoohi, M., Karamouzian, M., Bauer, G. R., Sharifi, H., Hooshyar, S. H., & Mirzazadeh, A. (2018). Drug use patterns and associated factors among female sex

workers in Iran. *Addictive Behaviors*, 90, 40-47.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.037>

Reed, E., Salazar, M., Behar, A. I., Agah, N., Silverman, J. G., Minnis, A. M., Rusch, M. L. A., & Raj, A. (2019). Cyber sexual harassment: Prevalence and association with substance use, poor mental health, and STI history among sexually active adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 75, 53-62.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.07.005>