

ANÁLISIS INTERSECCIONAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES

Primeros pasos para un estudio orientado a la práctica



PRESENTACIÓN

Desde 2019 Hombres Igualitarios - Ahige Andalucía¹ participa de forma voluntaria en el Grupo de Trabajo de Género de la Asociación Andaluza Proyecto Hombre² estudiando las necesidades relacionadas con el enfoque de género y la prevención de la violencia en los programas de la entidad, y definiendo líneas de trabajo al respecto. Esta es una colaboración necesaria por la coincidencia de realidades y horizontes que implican también el objetivo común de construir una sociedad sin violencia y segura para las mujeres.

Es en este contexto que decidimos profundizar en el conocimiento de los factores mediadores entre la violencia de género y las adicciones con este proyecto que denominamos *ANÁLISIS INTERSECCIONAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO DE LAS ADICCIONES*. Para ello solicitamos la financiación del Ministerio de Igualdad dentro del ámbito de actuación: *Proyectos de investigación que profundicen en el conocimiento de todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres en cualquier ámbito*.

El informe *Primeros pasos para un estudio orientado a la práctica* describe la tarea realizada: la revisión de artículos científicos, las entrevistas y grupos focales con personas expertas, y los primeros pasos en la construcción de un instrumento metodológico para buscar evidencias sobre cómo se relacionan adicciones y violencias y cómo ambos fenómenos son atravesados y afectados por otras variables.

Con la edición de esta memoria devolvemos la información obtenida a las personas y entidades que han colaborado y ponemos las bases para la continuidad del proyecto.

¹ AHIGE surge en 2001 a partir de un grupo de hombres que busca ir más allá de la masculinidad tradicional, y que rechaza los privilegios que nuestra cultura otorga a los hombres, confrontando los mandatos de género y promoviendo los cuidados y la vida. En estos más 20 años se ha extendido por diversos puntos de la geografía española, promoviendo delegaciones cercanas a las realidades territoriales: en Andalucía nuestra denominación es Hombres Igualitarios – Ahige Andalucía.

² La Asociación Andaluza Proyecto Hombre, fue creada en 2002 para coordinar los diferentes programas que comparten metodología a nivel autonómico. Ha sido la puerta de entrada para extender el estudio a nivel estatal.

Fundamentación

¿QUÉ, POR QUÉ Y PARA QUÉ ESTUDIAR?

El objeto de esta investigación es el análisis de los factores mediadores entre la violencia de género y las adicciones con enfoque interseccional. Una iniciativa necesaria para la mejora de la eficacia de los recursos que trabajan con personas con adicciones para la erradicación de la violencia machista.

Dedicar un proyecto a profundizar en el conocimiento del fenómeno de la violencia machista remite a las propuestas del PACTO DE ESTADO CONTRA LA VIOLENCIA:

- Eje 1, *al contribuir con la ruptura del silencio.*
- Eje 6, *que refiere la mejora del conocimiento como complemento indispensable para contribuir de forma eficaz a la lucha contra todos los tipos de violencia contra las mujeres incluidos en el ámbito de aplicación del Convenio de Estambul aportando datos más fiables, completos y detallados sobre sus formas, incidencia, causas y consecuencias.*
- Eje 8: *La visualización y atención de otras formas de violencia contra las mujeres, ya que incluimos el estudio de formas de ciber-violencia y de la violencia en el ámbito de las adicciones con enfoque interseccional.*

Encontramos concretamente conexión con las medidas 60, 75, 101, 127 y 255

El objetivo de esta investigación concuerda igualmente con la ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES - 2017-2024³ (ENA) que, al hablar de los retos a afrontar, destaca los referidos a *la perspectiva de género, es fundamental mejorar la incorporación efectiva de las necesidades específicas de la mujer a todos los programas de prevención y atención. En este sentido, es importante integrar la violencia de género como un elemento más en el abordaje de las adicciones. Y destaca la necesidad de ... incorporar de forma efectiva la perspectiva de género como herramienta de análisis de la realidad, en todos los programas, investigaciones e intervención y prevención; ... promover la prevención y detección precoz de la violencia de género en mujeres drogodependientes y en medios donde se consumen sustancias; y el abordaje de las diferencias y especificidades de hombres y mujeres en cada uno de los retos. sustancias; ... y el abordaje de las diferencias y especificidades de hombres y mujeres en cada uno de los retos.*

³ PNSD. (2018). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017- 2024. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf>



CLAVES DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Existe relación entre violencia de género y drogas

Si bien es imprescindible analizar los datos con enfoque de género, está estudiada y acreditada la relación entre el consumo de sustancias, especialmente el alcohol, y la violencia de género (Klostermann & Falso-Stewart, 2006). El alcohol está presente en casi un tercio de los episodios de violencia de género tanto en los agresores como, en menor medida, las víctimas. Estudios en nuestro contexto concluyen que el consumo de alcohol o de otras drogas multiplica por factores de entre 3 y 9 la probabilidad tanto de ejercer como de sufrir violencia en la pareja (Sánchez, Navarro & Valderrama, 2004).

Autores como Ponce, Ginés y Geldschläger (2006), plantean un modelo de la relación entre el consumo y el abuso de sustancias y la violencia contra la pareja en la que ambos fenómenos se entienden como procesos independientes que se gestan, se desarrollan y articulan paralelamente o por separado, aunque pueden tener un origen común; y, a su vez, interrelacionados, a través de factores mediadores que facilitarían el paso de una problemática a otra.

Martínez Redondo y Arostegui Santamaría (2021), evidencian la relación existente entre violencias y adicciones: todos los estudios realizados hasta el momento en España, Europa y EEUU con muestras de mujeres drogodependientes confirman que éstas, comparadas con mujeres sin problemas de adicción, han estado expuestas con mayor frecuencia a violencia de tipo físico y sexual en etapas evolutivas infantiles y/o juveniles y por períodos prolongados (Llopis, 2002). Además, las mujeres que han sufrido violencia física o psicológica son 15 veces más propensas a presentar alcoholismo y 9 veces más propensas a desarrollar drogodependencia que las mujeres que no han sufrido este tipo de abusos.

Redondo y Arostegui (2021) recogen también la estimación de la OMS (2013): entre las mujeres drogodependientes la prevalencia de violencia de género por parte de sus parejas es entre 2 y 5 veces mayor que la que se encuentra entre mujeres de la población general. Y el informe del Grupo Pompidou (Benoit y Jauffret-Roustide (2016) que informa de que un gran porcentaje de mujeres que son víctimas de violencia desarrollan una conducta de abuso de psicofármacos.

Pastor et al. (2011) citando a Gelles y Straus (1988) plantean la necesidad de prestar atención a que las creencias sociales sobre la influencia del alcohol en la violencia pueden tener más relevancia que el efecto de la sustancia en sí misma.

2. La conveniencia del enfoque interseccional

La aplicación de esta perspectiva es uno de los valores recogidos en el Plan de Acción de Adicciones 2021- 2024 del Ministerio de Sanidad; y es de obligado cumplimiento tal y como recoge la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva entre hombres y mujeres en su Artículo 20.

El análisis interseccional permite profundizar en la relación entre adicciones y violencias, empezando por la variable género que normaliza el uso de la violencia ya que “no se ve de la misma manera la transgresión de rol realizada por un hombre que la realizada por una mujer. Desde ahí, por esa misma cuestión de género, va a recaer sobre ellas una doble penalización moral y social (Martínez-Redondo, 2009), que a su vez “legitima” en mayor medida el ejercicio de la violencia sobre ellas, por ser más “desviadas en formas socialmente inaceptables” (Ettorre, 2015). En este contexto la violencia opera como castigo por transgredir la subordinación impuesta por el sistema de género. Entre otras, la violencia física y/o sexual son las que declaran ellas mismas experimentar con mayor habitualidad. (Testa, Vancile-Tamsten y Livingston, 2004; Folch, Casabona, Majó, Meroño, González et al., 2020)

Asimismo, no se puede obviar que algunos subgrupos de mujeres que consumen drogas tienen necesidades particulares (Martínez Redondo y Arostegui Santamaría, 2021), sobre todo las mujeres que han experimentado o están experimentando violencias, abusos, traumas, mujeres con comorbilidad, mujeres embarazadas y/o con hijos, mujeres pertenecientes a minorías étnicas, involucradas en el comercio sexual y / o en prisión. A menudo todas estas circunstancias se superponen entre estos grupos vulnerables y las mujeres que se encuentran dentro de estas múltiples categorías presentan mayores necesidades y mayores dificultades para ser atendidas.

También se ha de considerar la variable género para superar la “paradoja del androcentrismo” (Pecharroman, 2016): “tratando de superar el Androcentrismo, es decir, que todo se midiera y se entendiera como si sólo existiera *el hombre* en el mundo, se olvidó analizar la realidad de *los hombres* con enfoque de género”. Desde esta óptica se considera la masculinidad hegemónica como un factor de riesgo, ya que invisibiliza la diversidad de los hombres y sus necesidades particulares (Blanco, 2012).

En ese sentido, en la intervención con hombres, se debe considerar ese eje interseccional “muchos de los hombres con los que trabajamos están a su vez atravesados por ejes que les colocan en un lugar subordinado: la clase social, el haber desarrollado una drogodependencia y el estigma que conlleva, haber pasado por prisión, haber estado en situación de calle / sin hogar, tener algún tipo de discapacidad, etc. aplicando una perspectiva de género” (Martínez Redondo y Luján Acevedo, 2020).

3. Los centros de adicciones como espacios de prevención de la violencia.

La investigadora Martínez Redondo (Martínez, 2009) realiza un estudio sobre las intervenciones que se llevaban a cabo - tanto las redes de atención al maltrato como la red de atención en adicciones – con aquellas mujeres que presentan en concurrencia algún tipo de drogodependencia y malos tratos en el ámbito de la pareja o ex-pareja. Su punto de partida es la revisión de investigaciones que relacionan ambas problemáticas, vinculación a la que se refiere como una “doble vulnerabilidad”; y posteriormente realiza un análisis de la respuesta de las entidades públicas y privadas en nuestro contexto, apuntando cuestiones relevantes para el asunto que nos ocupa. Afirma que ser drogodependiente y sufrir malos tratos supone un doble estigma y que las mujeres con problemas de adicción se sienten ajenas a la red que atiende a quienes han sufrido malos tratos en la pareja o ex- pareja, denuncian menos y su problemática no se trabaja pudiendo afectar a su permanencia en los programas de recuperación o en la probabilidad de sus recaídas. Al mismo tiempo, la drogodependencia es un estigma en la red de malos tratos al ser percibido como un factor altamente desestructurante, y las mujeres con esta problemática no se mantienen. Por su parte, Fernández-Montalvo (2011) estudia “la utilidad de aplicar programas de tratamiento de la violencia contra la pareja en contextos de atención a pacientes drogodependientes” habiendo observado la mayor tasa de maltrato en la pareja en hombres con adicciones, manifiesta en las denuncias y órdenes de alejamiento e incluso los antecedentes penales por este motivo. Hay que tener en cuenta que la violencia es motivo de exclusión en muchos programas de drogodependencias, y que la adicción – en determinada medida – también excluye a agresores en programas específicos de intervención. Por ejemplo, el Programa de Intervención para Agresores (PRIA) en Instituciones Penitenciarias determina que en general, “se intervendrá con personas condenadas por delitos de violencia de género que no presenten un problema de drogodependencias activo sin abordaje terapéutico, ...” (Ruiz et al., 2010). Analizar adicciones y violencias promueve una mayor eficacia en estos programas como recoge la Medida 127 del Pacto de Estado contra la Violencia de Género.

Violencia y drogas son fenómenos que se afectan cuando se habla de la adherencia, la motivación y la permanencia en los tratamientos, pudiendo afirmarse que los programas de tratamiento de las adicciones consiguen reducciones significativas en la violencia, y viceversa. De hecho, herramientas de intervención en adicciones como el Modelo Transteórico del Cambio de Prochaska y DiClemente (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) se emplean en el trabajo con varones agresores.

Finalmente, la importancia del trabajo con la violencia machista es también necesario fuera del ámbito de la pareja, como la prostitución y la pornografía, que están en el foco de las investigaciones a través de enfoques como la “pornificación” (Paul, 2006) y la cultura de la violencia.



Conceptos clave

1. EL GÉNERO Y LA CONSTRUCCIÓN DE IDENTIDADES

El género puede definirse como: *“El conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características.* (Benería 1987, p.46).

Como construcción social y cultural, influye y condiciona la percepción de la realidad y el desarrollo personal y social, para hombres y mujeres. *“Ser asignado como niño o niña en esta sociedad conlleva un simbólico asociado, que nos va a acompañar y abarca todo nuestro proceso vital.”* (Martínez Redondo y Luján Acevedo, 2020, p.20).

Las construcciones de la identidad en torno al género están supeditadas a los estereotipos de género y mandatos, aprendidos e interiorizados desde la infancia. Así como apunta Herrera (2019), a las niñas les atribuyen unas características menos visibles y reconocidas que a los niños, normalizando desde la infancia una desigualdad de género.

Por ello, si se analiza esta construcción de las identidades desde una perspectiva de género, nos dará una mayor amplitud en nuestras intervenciones siendo necesaria su aplicación.

1.1. EL ENFOQUE DE GÉNERO

La insuficiente implementación de la perspectiva de género en las intervenciones relacionadas con las adicciones sugiere una carencia de formación y sensibilización entre el colectivo profesional, factores que podrían restringir la efectividad de sus intervenciones en este ámbito. *“Sigues sin ser un concepto, teorías y perspectivas de análisis que se haya incorporado efectivamente en los medios profesionalizados de intervención en las drogodependencias y otras adicciones”* (Martínez Redondo, 2018, p 24).

Martínez Redondo y Luján Acevedo (2020) señalan la necesidad de abordar un tema desde la perspectiva de género, destacando la utilización de un enfoque analítico exhaustivo que va más allá de la mera descripción de la realidad. En este contexto, abogan por la provisión de un marco teórico integral que facilite la evaluación de las dependencias de sustancias y otras adicciones. Asimismo, proponen la introducción de cuestiones que sirvan como puntos de referencia para el análisis de las percepciones de género en este ámbito. En consecuencia, la implementación de una perspectiva de género en el ámbito de las adicciones requiere

realizar un análisis profundo de las distintas realidades experimentadas por las personas usuarias.

Bajo este paradigma, se investigan las ramificaciones de la desigualdad de género como determinantes que propician el consumo en mujeres, buscando mitigar las presiones sociales asociadas a su rol, así como las sobrecargas laborales y domésticas, conocido como la "doble jornada"

“Entre las circunstancias que se relacionan con el consumo de hipnosedantes se suele hablar de estrés laboral, mantener el control, la sobrecarga de trabajo, la insatisfacción etc.” (Fundación Atenea, 2018 p. 41).

Se analiza una socialización masculina que supone un factor de riesgo para el hombre y el resto de las personas, *“La socialización de género masculina es un factor de riesgo en diferentes problemáticas, que afectan tanto a los hombres directamente como a las mujeres y al resto de la sociedad por extensión”* (Soto, R., 2021; p. 21).

La idealización de las relaciones en consonancia con constructos imaginarios de género puede conllevar la normalización de comportamientos violentos, fundamentados en la mitificación del amor romántico. Según Coral Herrera (2019), la *figura del romántico* podía conllevar unas actitudes y conductas violentas en sus formas de relacionarse con mujeres, a través de insultos, reproches... que eran consideradas como pruebas de amor

2. DROGAS Y ADICCIONES

La Droga es definida en salud como *“toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental, y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos”*. (World Health Organization (WHO), 1994. p.33).

Se debe diferenciar el uso, abuso y mal uso de las sustancias.

Uso: Consumo que no aparecen riesgos nocivos para la salud, o no existe dependencia.

Abuso: Conlleva riesgos asociados a la salud en todos sus niveles.

Mal uso: Consumo en circunstancia y ocasiones, que produce un uso perjudicial para la persona y terceras personas por la consecuencias y riesgos que puede acarrear.

2.1. LAS ADICCIONES

LAS ADICCIONES

La adicción es definida como: *“Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de*

forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio” (WHO, 1994. p. 13).

Las adicciones, cuando son analizadas desde una perspectiva de género, se relacionan con la internalización y normalización de los roles y estereotipos de género, los cuales emergen como factores de protección o riesgo, dependiendo de diversos contextos y variables.

Sánchez (2015), establece una conexión entre los roles de género y los factores relacionados con el género. En este contexto, se plantea que las mujeres que han sido educadas en el autocuidado podrían contar con este factor de protección, con el potencial de postergar el inicio del consumo. En contraste, se sugiere que la masculinidad y la falta de percepción del riesgo pueden actuar como factores de riesgo en relación con el consumo de sustancias

El consumo que puede derivar en una adicción, dentro de unos factores personales, es susceptible de ser utilizado como mecanismo para evadirse de ciertas experiencias que han podido condicionar su desarrollo y han de ser trabajados. Es por ello que se incluyen los conceptos de estigma y trauma.

2.2. EL ESTIGMA

El estigma se manifiesta como un proceso en el cual se distinguen ciertos atributos individuales, los cuales son objeto de cuestionamiento por parte de los grupos dominantes, culminando en un proceso de exclusión cuando la persona no cumple con las normas preestablecidas.

“La culminación del proceso de estigmatización ocurre cuando las diferencias designadas desencadenan distintas formas de desaprobación, rechazo, exclusión y discriminación.” (Miric, Álvaro, González & Rosas Torres, 2017, p 179).

Las manifestaciones del estigma como aporta Goffman (1963), conllevan una incomodidad (*awkards moments*) de las personas “no estigmatizadas”, en la interacción con las “estigmatizadas”, provocando una reacción emocional negativa basada en unos atributos negativos asignados que los hace diferenciarse de “lo normal”. Por tanto, las interacciones sociales y su inclusión estarán limitadas.

En el contexto de las adicciones, se identifica la presencia de un fenómeno de doble estigmatización en el que se entrelazan el estigma asociado al uso de sustancias y el estigma de género.

“...las mujeres que usan drogas ilegales son rechazadas doblemente, por contraponerse a los roles femeninos clásicos y por su relación con la ilegalidad (Romo, 2005:73) y son a la vez

objeto de doble penalización moral y social (Martínez, 2009:49) por la misma trasgresión doble. (Llort Suárez, Esquerré, Borrás Cabacés & Purroy Aritzeta, 2013, p. 11)”

Por consiguiente, se requiere abordar el estigma en el contexto de las adicciones mediante un análisis de su impacto y la consideración de las variables pertinentes que deben ser aplicadas.

2.3. EL TRAUMA

Las experiencias estresantes o traumáticas en hombres pueden derivarse de violencias experimentadas durante la infancia, que no son expresadas debido a la internalización de mandatos de género que inhiben la manifestación de vulnerabilidad. (VV.AA, 2018)

En este sentido, pueden considerarse la interiorización de los mandatos de género como un evento traumático, sacrificando el desarrollo pleno de la personalidad por un estatus asociado a esos mandatos. *“El patriarcado exige de todos los hombres que se impliquen en actos de automutilación psíquica, que maten las partes emocionales de sí mismo”* (Hooks, b. 2021, p. 71).

En el caso de las mujeres, estas experiencias estresantes y su expresión han podido ser *medicalizadas*, a raíz de unos mandatos de género incumplidos y la situación de desigualdad vivida. *La medicalización del estado de ánimo, de los malestares producidos por las «lesiones de la vida», se asocia con frecuencia a los mandatos de género y a la situación de desigualdad en la que viven las mujeres en distintos aspectos de la vida social y también de su salud.”* (Romo, N, 2020. p. 268)

En el mismo sentido se pronuncia el monográfico de Mujeres y Psicofármacos del Gobierno Vasco (2021) *“Tras aplicar un modelo de regresión logística incondicional, diez de las dieciocho experiencias vitales estresantes que se examinaron se relacionan positivamente y con significatividad estadística con el consumo de psicofármacos. La asociación más clara e intensa se establece con haber sido víctima de un acto violento en la propia familia”*.

Es interesante el estudio y análisis de la violencia para comprender los procesos de cada persona y adaptar su intervención dentro del ámbito de las adicciones.

1. LAS VIOLENCIAS

2.4. VIOLENCIA DE GÉNERO

En términos legales, la violencia de género, es definida: *“como consecuencia de una cultura machista y como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por el hecho de serlo y que se extiende como forma de violencia vicaria sobre las víctimas que se contemplan*

en la presente Ley” en el Artículo 3.1, de la ley Orgánica 13/2007 de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género.

Existen diferentes tipos de violencia de género, la ley orgánica 13/2007, señala los siguientes:

- Violencia Física
- Violencia Psíquica
- Violencia Económica
- Violencia Sexual

Así mismo, esta misma ley en el artículo 3.4, detalla una serie de manifestaciones que tendrán consideración como actos de violencia de género.

La violencia de género abarca una multitud de actos y tipologías de la violencia que deben ser conocidas, para su detección en las diversas intervenciones realizadas dentro del ámbito de las adicciones.

Siendo la prioridad la intervención con la víctima, el abordaje de la violencia de género no debe centrarse solo en ella, sino que ha de comprender la intervención con los hombres. El artículo 16 del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul) alienta a tomar *medidas legislativas u otras para crear o apoyar programas dirigidos a enseñar a quienes ejerzan la violencia doméstica a adoptar un comportamiento no violento en las relaciones interpersonales para prevenir nuevas violencias y cambiar los esquemas de comportamiento violentos.*

2.5. VIOLENCIA Y MASCULINIDAD

Según los datos estadísticos existe una relación entre violencia y masculinidad, así lo han mostrado los siguientes estudios.

- El INE en 2019, reflejó que el 80% de los delitos eran perpetrados por varones, mientras que los delitos sexuales eran el 97% realizados por ellos.
- el proyecto de I+D **‘Muerte y Delito: Estudio integral e interdisciplinar de los asesinatos y homicidios cometidos y enjuiciados en España’**, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación y desarrollado en la Universidad de Cádiz (UCA), de 2023, muestra que el 92% de los homicidios en España son realizados por hombres
- La macroencuesta del Ministerio de igualdad, en 2019, mostró que el 99,6% de agresiones sexuales fueron hechos por varones.

En virtud de los datos presentados, se lleva a cabo un análisis de la violencia y su correlación con las adicciones con la finalidad de integrar estas temáticas en intervenciones específicas.

Este enfoque implica una comprensión detallada de las conductas y comportamientos que generan el despliegue de la violencia.

Kaufman (1999) introduce la noción de la "Triada de la violencia de los hombres", la cual abarca tres modalidades interrelacionadas de violencia: la violencia dirigida hacia las mujeres, la violencia entre los propios hombres y la violencia autoinfligida. La conceptualización de Kaufman sugiere una apreciación integral de la violencia, reconociendo sus diversas manifestaciones y las complejas interacciones entre ellas. Esta perspectiva tridimensional puede ser valiosa para orientar intervenciones que aborden las dinámicas de la violencia en múltiples dimensiones, proporcionando una base teórica robusta para estrategias de prevención y tratamiento que consideren la interconexión entre la violencia y las adicciones.

Como apunta Ranea (2021), La capacidad de ejercer violencia se asigna a menudo como una característica inherentemente masculina y se naturaliza, siendo percibida como un componente esencial de los cuerpos considerados como masculinos. Este fenómeno revela cómo la violencia puede ser instrumentalizada como un medio para reforzar construcciones sociales de género y perpetuar normas de poder y control en las relaciones interpersonales.

Bell Hooks (2021), refleja cómo se utiliza dentro de ese dominio un abuso emocional, aprovechando la situación de poder y de desigualdad, para someter a la otra persona y sin poder cuestionar su situación. "En su obra pionera *Emotional Abuse* Marti Tamm Loring explica que el abuso emocional es un proceso continuo en el que el individuo reduce y destruye sistemáticamente el yo interior de otro. Las ideas esenciales, los sentimientos, la percepción y las características de la personalidad de la víctima son constantemente menospreciadas...>>" (Hooks, b, 2021, p. 64).

2.6. LA RELACIÓN VIOLENCIA Y ADICCIÓN

En diversos estudios realizados se muestra como el consumo de sustancias multiplica la probabilidad de recibir o ejercer violencia en la pareja, en concreto el consumo del alcohol, *"Estudios en nuestro contexto concluyen que el consumo de alcohol o de otras drogas multiplica por factores de entre 3 y 9 la probabilidad tanto de ejercer como de sufrir violencia en la pareja (Sánchez, Navarro y Valderrama, 2004). (Soto, R. 2021, p 30)*

Hansen Rodríguez (2021), plantea que las mujeres solicitantes de tratamiento tenían una mayor probabilidad de sufrir violencias, en concreto dos tipos de violencia: violencia sexual y violencia de género en la pareja. Por ello, en la intervención dentro del ámbito de las adicciones, no se debe obviar la relación de la violencia para conocer sus posibles consecuencias derivadas de estas experiencias traumáticas, como ha señalado Castaños

(2007) son variables que condicionan el proceso de recuperación de las mujeres drogodependientes.

La necesidad de abordar la relación entre la violencia y las adicciones como fenómenos independientes se fundamenta en la desarticulación del mito erróneo que vincula el ejercicio de la violencia con el consumo de sustancias. Tal desvinculación se promueve mediante la adopción de un enfoque analítico que contemple las dos problemáticas de manera separada, lo cual permitirá una comprensión más precisa y profunda de los factores determinantes y contribuyentes asociados a cada fenómeno.

“Lorente y Toquero de la Torre (2004) añaden a lo anterior que es una excusa que emplean tanto el agresor como la víctima para justificar su conducta, y que no sólo se produce agresividad por la acción fisiológica de desinhibición que ejerce el alcohol sobre el organismo, sino también por factores ambientales (individuales, sociales y situacionales) en los que se desenvuelven estos individuos (inestabilidad laboral, poca experiencia laboral, bajo nivel educativo, problemas de salud física y mental, problemas personales o legales...)” (Llopis, Rodríguez y Hernández, 2014, p. 153)

Es imprescindible abordar la violencia, incluyendo diferentes factores dentro de los programas de tratamiento, desde un enfoque interseccional.

1. LA INTERSECCIONALIDAD

Esta investigación incorpora la perspectiva de género y un enfoque interseccional con el objetivo de lograr una comprensión más completa de la violencia en el contexto de las adicciones. El análisis no se limita exclusivamente a una categoría, sino que se explora las intersecciones con otras variables, permitiendo así el desarrollo de intervenciones adaptadas a las realidades individuales de cada persona.

“La interseccionalidad tendría en cuenta cómo actúan todas estas categorías en la construcción de la subjetividad y su interacción en la situación y condiciones particulares de cada persona” (Martínez Redondo y Acevedo, 2020, p 22).

Para que las intervenciones puedan ser eficaces y concretas *se hace necesario tomar en cuenta los tres principios fundamentales de la interseccionalidad (Mahalingam, Sundari y Haritatos 2008): 1) los grupos sociales no deben ser considerados como homogéneos; 2) las personas pueden estar localizadas en diversas posiciones dentro de las estructuras sociales atravesadas por relaciones de poder, como las derivadas del patriarcado, racismo, clasismo o heterosexismo; y 3) hay efectos únicos, no aditivos, en estas interacciones e intersecciones”* (Jiménez y Guzmán, 2012, p. 87-88).

Este enfoque nos aporta la visión de la importancia de los factores socio estructurales en las personas. *“Estudios cualitativos (Llort et al, 2013) apuntan a que los factores socio estructurales son tanto o más influyentes en el problema del consumo de sustancias psicoactivas que las propias sustancias o la características individuales de las usuarias.”*

A continuación, se detallan las diferentes variables interseccionales seleccionadas para la investigación.

2.7. LA ORIENTACIÓN SEXUAL.

Los individuos que exhiben una masculinidad diversa en relación con su orientación sexual son susceptibles de recibir sanciones sociales, las cuales limitan su capacidad para expresar libremente su identidad, pueden ser percibidas como un factor precipitante para la iniciación del consumo de sustancias, como en el caso del fenómeno denominado Chemsex.

“Tiene que ver mucho el chemsex con el plano emocional, de cómo está el colectivo en su salud mental y como muchos factores, como la propia serofobia interiorizada, el rechazo al diagnóstico del VIH o a la propia homofobia interiorizada o ese modelo de masculinidad tóxica como muy heteronormativo hace que mucha gente frustre su personalidad, lo que son, su autoconcepto, y busquen alternativas para poder relacionarse es decir, no hay que irse muy lejos, para entender que en toda la sociedad, por ejemplo, se utiliza el alcohol para desinhibirse y poder socializar, pues apliquemos esto al colectivo que hemos estado vulnerados desde nuestra infancia, para poder ser quienes somos, al final buscamos otras herramientas para poder ser quienes somos incluso en esa socialización/ sexualización.”⁴

2.8. CAPACIDAD ECONÓMICA

La capacidad económica ha de ser tenida en cuenta, pues es un condicionante para acceder al consumo y las violencias recibidas que puedan derivarse.

En un estudio llevado a cabo por Tushur et al. (2018), se observa que las mujeres que presentan problemas de consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas recurren al intercambio de servicios sexuales por compensación económica como estrategia para adquirir sustancias, lo que las coloca en una posición de vulnerabilidad ante la posibilidad de sufrir agresiones sexuales.

⁴ (Jorge Garrido en Paseos con ciencia “Chemsex”, 2023).

Por ello, “Es crucial considerar también esta interseccionalidad con el estatus económico para identificar si esto puede fungir como un factor de riesgo.” (Torres et al, 2022, p. 358)

2.9. NIVEL DE ESTUDIOS

Existe una relación entre el nivel de estudios y el consumo de sustancias, que puede incidir en el consumo de sustancias, derivándose en el ejercicio de conductas de riesgo.

“La mayor parte de las investigaciones muestran una correlación entre el bajo nivel educativo y la mayor probabilidad de uso de drogas a lo largo de todo el ciclo del consumo, y hay unanimidad a la hora de relacionarlo con una mayor prevalencia de conductas de riesgo y daños derivados de su consumo.” (Fundación Eguía, 2014, p. 29)

2.10. SALUD MENTAL

Otra variable relevante es la salud mental, con el propósito de mejorar la intervención con individuos afectados por adicciones. La aplicación de un enfoque de género permite identificar disparidades significativas entre hombres y mujeres, facilitando la investigación de las causas subyacentes que han contribuido al desarrollo de trastornos mentales en ambos géneros.

“ Para Julián et al. (2013) la salud mental tiene un perfil dicotómico y socialmente diferenciado. Las mujeres padecen más depresión, ansiedad y trastornos por somatización, mientras que los hombres padecen más trastornos por abuso de sustancias. Perfil que ellos consideran que está basado en las diferentes formas de enfermar, los factores de vulnerabilidad psicosocial y de género. A la vez que el modo en que se manifiesta la enfermedad y buscar ayuda, y los sesgos de atención recibida por mujeres y hombres.”

(Fundación Atenea, 2018. p. 46)

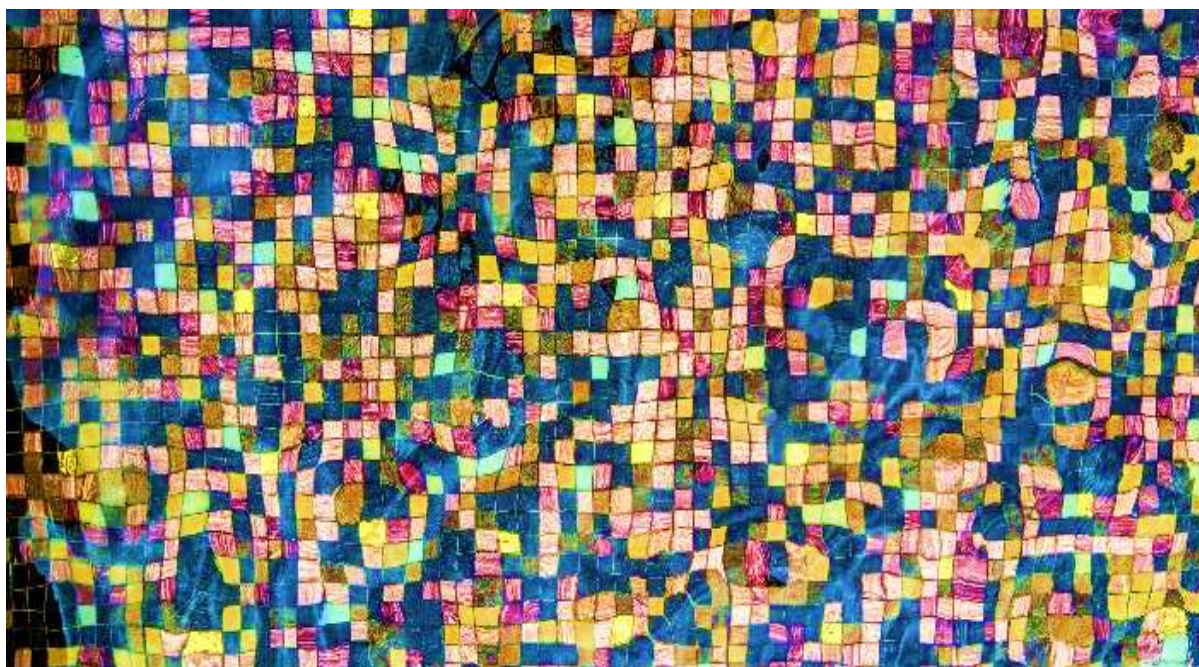
2.11. ETNIA/ RAZA

La raza o la procedencia es considerada otro eje de opresión. Existen una serie de prejuicios basados en los patrones etnocéntricos *occidentales* de construcción de la realidad que inciden en el desarrollo (las oportunidades) normal de las personas con una procedencia diferente, por tanto no cumplen con los patrones normales derivados de occidente, provocando un patrón racista.

“Se va configurando el patrón racista de clasificación social de la población mundial, en el que posición dominante privilegiada la tiene la “raza” blanca europea, siendo Occidente quién ostente la hegemonía cultural y política. Por tanto, el hombre blanco representa el modelo ideal y estratégico de la masculinidad hegemónica” (Ranea, B. 2021, p. 30)

4.6 ÁMBITO RURAL/ URBANO

Se incorpora una categoría relevante en nuestro análisis: el lugar de procedencia. Los/as participantes de los centros terapéuticos provienen de diversos orígenes geográficos, ya sea en entornos rurales o urbanos, aspectos que podrían incidir de manera significativa en las respuestas frente al consumo de sustancias y la predisposición a la violencia. *“Las áreas rurales con poca densidad de población se ven afectadas y limitadas en el acceso a los servicios y recursos, por lo que el consumo de drogas puede verse agravado.”* (Pino Márquez y Relinque Medina, 2020, p. 44).



METODOLOGÍA

Para esta investigación se utiliza una integración de métodos de corte cualitativo y cuantitativo, debido al potencial de complementariedad de estos enfoques para el fenómeno de estudio (Cadena-Iñiguez, 2017). Las limitaciones de un enfoque pueden ser complementadas con el uso del otro enfoque para el análisis de la información recogida, y siguiendo la propuesta de Sarduy y Yanetsys (2007), la conjugación de métodos cualitativos y cuantitativos puede ofrecer resultados verdaderamente fiables para aplicarse en nuevas intervenciones.

Se empleó un enfoque conceptual interseccional debido a que esta perspectiva ofrece una visión fenomenológica de la violencia y permite plantear interconexiones entre las diferentes experiencias de abuso a sustancias y drogas, el sistema de creencias, las condiciones socioculturales en su contexto y otras variables en relación a cómo las y los participantes viven su género, las representaciones sociales, sus privilegios y opresiones (Díaz García, 2023).

El diseño de las entrevistas y del grupo focal ha tenido una fase previa de análisis y recopilación de bibliografía por parte de personal voluntario de Ahige Andalucía, para extraer conclusiones que fueran planteadas en la realización de estas dos técnicas. Tanto las entrevistas como el grupo focal han servido para el diseño de las preguntas y respuestas del cuestionario piloto final, donde una vez analizado se ha comparado con las ideas aportadas por las/os profesionales participantes en las entrevistas y grupo focal.

Con el análisis de este cuestionario, se ha podido extraer una serie de conclusiones y propuestas de utilidad para una mayor eficacia en las intervenciones tanto individuales como grupales con personas en el ámbito de las adicciones, que han recibido o ejercido violencia.

Este cuestionario, es un paso previo para que posteriormente sea confeccionado un instrumento validado a disposición de los y las profesionales en su ámbito de intervención.

1. Diseño y realización herramientas cualitativas

El enfoque cualitativo proporciona *“una mayor comprensión acerca del significado de las acciones de los hombres, sus actividades, motivaciones, valores y significados subjetivos”* (Sarnuy Domínguez, Y. 2007, p. 6). Y en la presente investigación ahonda en el conocimiento de la violencia de género dentro del ámbito de las adicciones.

Por ello, con las herramientas aplicadas se recogen y analizan las aportaciones realizadas por profesionales y expertos/as para fundamentar el diseño del cuestionario.

A. Entrevistas

ESTRUCTURADA

Se realiza una entrevista estructurada, con un guion prefijado y una batería de preguntas abiertas para que la entrevistada pudiera responder en profundidad y sin límite de extensión en las respuestas las cuestiones planteadas.

El cuestionario enviado fue cumplimentado por escrito por Alicia Salamanca que aportó a la investigación su amplia experiencia en el ámbito de las adicciones y la violencia de género. Hay que poner de manifiesto la importancia de su aportación que sirvió de orientación en el diseño los instrumentos posteriores.

SEMIESTRUCTURADA

Se seleccionó como instrumento la entrevista semiestructurada por su flexibilidad y su capacidad de aportar comprensión de los fenómenos en su complejidad (*Munarritz, B. 1992*).

Se entrevistó a Guillermo Cejuela, Psicólogo en Proyecto Hombre Granada, dentro del dispositivo de prisiones. Realiza su labor en la unidad de salud mental del centro penitenciario de Albolote y los programas PRIA- MA en el CIS de Granada.

La entrevista comenzó con una serie de preguntas cerradas, sobre datos personales y una serie de preguntas abiertas encuadradas en temáticas, donde el entrevistado podía expresar sus opiniones y experiencias al respecto.

En el proceso se abrían otras preguntas que nutrieron la entrevista y ampliaron la información sobre el trabajo en salud mental y las violencias desde una perspectiva de género.

B. Grupo Focal

El grupo focal, permite que *durante un periodo de tiempo el intercambio de reflexiones y opiniones entre las personas participantes, explorando en sus conocimientos y experiencias* (Hamui Sutton y Varela Ruíz, 2012). El posterior análisis posibilita una mayor comprensión del objeto de estudio.

Este método recoge las experiencias y realidades de los/as diferentes profesionales en las intervenciones con personas con problemas de abuso de sustancias ó con agresores de Violencia de Género. En este grupo focal se incluyeron a profesionales que intervienen en diferentes dispositivos de Proyecto Hombre, siendo su nexo la participación en el grupo de Género de la Asociación Andaluza Proyecto Hombre. A destacar la presencia de personal técnico que intervienen en PRIA-MA (Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas), que aportó su experiencia en las diferentes temáticas que fueron debatidas durante el grupo focal.

El investigador, explicó previamente los objetivos de la investigación y los motivos para la realización de este grupo focal. Se dividió en diferentes temáticas, extraídas del marco teórico de la investigación, aplicando una flexibilidad para que las personas participantes pudieran expresar sus opiniones abiertamente de temas que surgieron que no estaban establecidos en el guion previo, pero que enriquecieron este grupo.

CUADRO RESUMEN			
TÉCNICA	PARTICIPANTES	TEMÁTICAS ABORDADAS	OBSERVACIONES
Grupo Focal	Personal técnico de PH Andalucía, que conforma el grupo de género de esta entidad. Este grupo focal está conformado mayoritariamente por técnicas, siendo 9 mujeres y 2 hombres.	○ Formación ○ Detección y tratamiento de la violencia ○ Redes con entidades ○ Programas propios ○ Trabajo con hombres y violencia (PRIA- MA) ○ La interseccionalidad en la intervención ○ Mujeres, adicción y violencia ○ La corresponsabilidad	Realizado el día 18 de octubre, de 13:00 a 13:45, en modalidad online. Por motivos de agenda, varias participantes abandonaron el Grupo Focal antes de su conclusión
Entrevista Estructurada	Alicia Salamanca. Trabajadora Social, experta en adicciones y V.G. Directora de Aloges de Grup ATRA y Docente en VIU.	○ Mujer, Adicción y violencia ○ La socialización diferenciada ○ La interseccionalidad ○ Ámbito profesional ○ Violencia. Realidad. Mitos y justificación. ○ Hombres y masculinidades. ○ Intervención de la adicciones y la violencia con enfoque de género	Entrevista realizada por escrito, se facilitó guión de preguntas donde la participante respondió a cada una de las preguntas.

Entrevista Semiestructurada	Guillermo Cejuela. Técnico en Proyecto Hombre Granada en el dispositivo de Prisiones, tanto en el Centro Penitenciario de Albolote en distintos módulos como en el Centro de Inserción Social Matilde Cantos – Fernández (CIS) con personas con suspensiones de condena.	○ Programa con agresores ○ Prisión ○ Salud Mental y trauma ○ Género ○ Redes ○ Aportaciones	Entrevista con una duración de una hora, desarrollándose el día 22 de noviembre. En modalidad online.
--------------------------------	--	---	--

A continuación, analizamos los datos extraídos de los y las profesionales participantes en el grupo focal y las entrevistas.

1. ENFOQUE DE GÉNERO E INTERSECCIONALIDAD.

1.1 EL ENFOQUE DE GÉNERO EN EL ÁMBITO PROFESIONAL

La construcción de la identidad de género puede considerarse como un factor que condicione las intervenciones, debido a las conductas normalizadas en torno a situaciones de adicciones y violencia *“La socialización de género diferencial a menudo conlleva la internalización de normas y expectativas de género que pueden influir en los comportamientos relacionados con las adicciones y la violencia.” (Alicia Salamanca)*

Por ello, es imprescindible la implementación de un enfoque de género sensible, que tenga en cuenta esta socialización.

La formación del personal técnico en cuanto a la perspectiva de género ha experimentado un crecimiento significativo, convirtiéndose en una base fundamental para comprender las realidades de las diversas personas atendidas en los procesos de intervención.

En algunas provincias andaluzas es una exigencia esta formación *“ como algo obligatorio de que los programas se estén acotando en la formación de un mínimo en género.” (MC Sevilla).*

Este interés en la formación puede estar relacionado con un mayor avance en la aplicación de esta perspectiva tanto con hombres como mujeres en el ámbito social, y por tanto no se cuestionan estas intervenciones *“ ya no me miran como “mira esta, que estará haciendo”, pero yo creo o si quiero pensar, que hay un avance, en mi equipo hay un avance claro, y yo creo que a nivel social a nivel andaluz, se está sensibilizando ya, cada vez más.” (B. Málaga)*

Se aprecia como existe una formación y sensibilización sobre esta perspectiva, permitiendo un mayor conocimiento de los diferentes factores que afectan a las personas, aunque en otras provincias andaluzas se visibiliza un menor avance e incluso, se incide sobre la formación y concienciación de los y las profesionales.

Las personas que realizan esta formación por interés propio son profesionales que se encuentran sensibilizadas con esta perspectiva *“la persona que la ha hecho ya la había hecho bastante antes, ya estaba sensibilizada de antes, las personas que la hacen son las que precisamente ya están sensibilizadas con la cuestión esta.” (J. Jaén)*

Existe una parte del personal técnico formado y concienciado sobre género, que puede posibilitar el trabajo desde esta perspectiva con las personas usuarias, aunque se aprecia un posible déficit en el personal técnico que no está sensibilizado y por ello no acceda a la formación, a no ser que sea exigida.

Esta falta de concienciación sobre género, puede conllevar una serie de sesgos al no existir un trabajo personal previo, para desprenderse de ellos. *“La identificación de sesgos personales es esencial para garantizar una atención no discriminatoria y centrada en la persona.”* (Alicia Salamanca).

1.2 LA APLICACIÓN DE LA INTERSECCIONALIDAD EN LAS INTERVENCIONES

En nuestra investigación la interseccionalidad es un pilar fundamental para entender la relación entre violencia y adicciones, no reducimos esta relación a una sola categoría que limitaría la comprensión de las complejas realidades de las personas atendidas *“Abordar las adicciones de manera efectiva requiere comprender estas complejidades y diseñar intervenciones que tengan en cuenta la intersección de diversas identidades y circunstancias.”* (Alicia Salamanca)

Para el personal técnico es importante esta interseccionalidad, para entender otros ejes que afectan a las personas y que no pueden ser obviados. *“personalmente en mi trabajo si lo tengo en cuenta, si lo tengo en cuenta y lo que tengo en cuenta desde fuera a mi entender o la percepción que tengo, es que lo que se tiene en cuenta es... sobre todo las personas con patología dual, es decir las que tienen diagnóstico dual, sí que se tienen en cuenta...”* (J. Jaén).

La salud mental, es un factor que afecta a las intervenciones en adicciones, al conllevar una serie de estigmas sociales que afectan y condicionan las intervenciones *“Las personas que consumen sustancias son tratados como “yonkis que no van a cambiar” y las personas con problemas de salud mental como “tontos, locos o tarados”, si sumas estas dos condiciones y prejuizas a la persona, está claro que la atención que brindes va a estar totalmente condicionada.”* (Guillermo Cejuela)

El uso de la interseccionalidad, resulta interesante para conocer diferentes factores de las personas, que impidan un buen desarrollo en el proceso, así por ejemplo, el idioma, como apunta de las participantes, es un obstáculo para que las personas migrantes tengan una integración plena en el grupo.

Se expresa la cultura como barrera para la intervención, aunque esta visión puede conllevar un sesgo desde el punto de vista del/ a profesional, por falta de comprensión de estos elementos culturales al estar condicionado a una visión cultural diferente.

Por tanto, la interseccionalidad, es primordial para el trabajo con las personas usuarias de los procesos de PH. Aplicando unas intervenciones que se ajustarán a las necesidades presentadas por las personas, y al mismo tiempo realizando un trabajo personal para eliminar ciertos sesgos que puedan limitar la intervención.

2. VIOLENCIA Y ADICCIONES

2.1 Hombres y violencia

Desde Proyecto Hombre se llevan a cabo programas con hombres que han ejercido la violencia y que por sentencia deben acudir a los PRIA- MA (Programa de intervención para agresores de violencia de género en medidas alternativas).

En estos programas los hombres reconocen la violencia ejercida, por tanto no existen unas resistencias para ese reconocimiento como en otros programas que acuden por ellos mismos *“lo que pasa es que las resistencias en la mayoría de estas personas, no tiene na que ver, al resto de personas que normalmente vienen por ellas mismas.”* (M.J, Córdoba).

En los PRIA- MA, se encuentran un trasfondo de adicciones, en muchos de los casos atendidos, cuando se profundiza en la intervención *“Sí, y muchos te lo van hablando, como vamos profundizando mucho en, en, bueno... es una anamnesis de verdad, porque lo que le hacemos de entrada es una anamnesis en realidad... te lo reconocen, la adicción está en la mayoría”.* (MJ, Córdoba)

Aunque, el programa no tiene en cuenta esa relación existente entre violencia y adicción, con los problemas conductuales que conllevan *“No existe esa conciencia de problema sobre el consumo de drogas y los cambios conductuales.”* (Guillermo Cejuela).

El PRIA-MA, puede tener una falta de adaptación a los diferentes factores que presentan las personas, como su nivel de comprensión, lectura y escritura... que pueden limitar su intervención. *“ Normalmente excluyen a personas de una avanzada edad o con alguna dificultad para poder seguir el desarrollo correcto del programa (mnésica, auditiva, de atención), a personas con un nivel cultural muy bajo (que no sepan escribir o leer por ejemplo) o a personas que no comprendan bien el idioma. Las personas excluidas suelen ser atendidas a nivel individual.”* (Guillermo Cejuela).

En los trabajos en grupo que se realizan dentro de los programas de PH, con personas que han iniciado el proceso, se llevan a cabo inicialmente pretest y una anamnesis donde se preguntan por violencias ejercidas

Se encuentran con resistencias para el reconocimiento de las violencias ejercidas, cuando se trabaja desde el ámbito de las adicciones *“nos cuesta mucho trabajo que se identifique como maltratador... pero claro esa conducta la tienes que trabajar con el usuario, esa dificultad nos la encontramos en el equipo, últimamente nos la encontramos mucho.”* (M.C, Sevilla)

Los trabajos en grupo, en contextos que posibilitan unos ambientes de confianza, pueden posibilitar el reconocimiento de violencias o expresar diferentes situaciones traumáticas.

En otros contextos masculinizados, donde existe una privación de libertad, esta expresión o reconocimiento puede suponer una vulnerabilidad, que ante el grupo puede resultar una debilidad al no mostrar unas expectativas culturales relacionadas con el género *“Las expectativas culturales sobre la masculinidad a menudo refuerzan la noción de que los hombres deben ser dominantes, fuertes y agresivos.”* (Alicia Salamanca)

Los/as profesionales que trabajan en este entorno, muestran esas resistencias por parte de los usuarios, y han de adaptar sus intervenciones. *“ Hay resistencias por parte de las personas a exponerse en grupo, pero en un entorno tan complicado, es cierto que una vez que entablas cierta relación, la confianza que mantienen con los profesionales es la principal baza para ahondar en estos temas, por lo que suelen abrirse cuando tienen un rato en el que se pueda hablar en privado y se centre la atención en ellos.”* (Guillermo Cejuela)

2.1.2 La corresponsabilidad como alternativa a la violencia

Uno de los aspectos que trabaja Proyecto Hombre es la corresponsabilidad, se encuentra incluido en el día a día dentro de los centros, como una tarea de responsabilidad que ha de realizarse, siendo una rutina *“ Es verdad que en la base de la dinámica de PH, está la de hacer tareas, que al final nos vamos sensibilizando, nos vamos dando cuenta que no es simplemente para entretenernos o ir creando rutinas, pero sí... a lo mejor le podríamos hacer... darle una vuelta a ver cuántas personas tienen la aplicación de colegio, o cuantas, cuántos hombres van a las tutorías, eso muchas veces como no estés sensibilizado, pasas por alto. (S. Málaga)*

Existe una conciencia entre el personal técnico de la importancia de esta corresponsabilidad, como herramienta que pone en el centro los cuidados y lo trabajan desde esa visión con sus usuarios/as *“yo esta perspectiva la estoy enfocando no hace mucho, yo si es verdad que la dinámica mandaba responsabilidades para participar, porque no ibas a estar haciendo nada y otra cosa es decirle que los beneficios que tiene vienen de cuidar a los demás, desde aportar y cuidar.”* (J, Jaén)

Desde Granada, se manifiesta la realización de programas centrados en corresponsabilidad dirigidos a hombres, estos programas se realizarán junto a PH de Valladolid.

2.2 Mujeres, violencias y adicción

En el caso de las mujeres, se detectan más casos de violencia recibida, siendo más fácil su expresión cuando se realizan el trabajo en grupos de forma segregada *“quién principalmente saca esa información... salen en los primeros coloquios, no es que pregunte es que las chicas, las mujeres que vienen, lo suelen soltar, es como una carta de presentación en casi todas ella”* (R. Huelva).

Es interesante este trabajo previo en grupos segregados, las personas atendidas, en este caso mujeres, puedan ir expresando experiencias traumáticas, como la violencia, sin miedo a ser juzgadas o compartir espacio con el victimario. Cuando esto ocurre, existe una limitación que impide a las mujeres poder participar de una forma más cómoda *“Yo es que en algunos casos, encuentro una dificultad entre trabajar en el mismo espacio con víctimas y victimarios. Para mí algunas veces se me presentan problemas. Porque me he encontrado en grupos de terapia donde ha estado, donde hablando una mujer que ha recibido V.G y el victimario.”* (J. Jaén).

Las mujeres sufren un doble estigma el de la adicción y el género, e incluso se pueden añadir otros a medida que se vayan tomando en consideración más categorías, como es el caso de la maternidad o el ejercicio de la prostitución. Por ello, como nos apuntó Alicia Salamanca *“es esencial adoptar enfoques comprensivos y no estigmatizantes para respaldar a estas mujeres, reconociendo la importancia de eliminar el estigma”* (Alicia Salamanca)

Una de las violencias más detectadas entre los grupos de mujeres, son las violencias sexuales, muchas de ellas presentan experiencias relacionadas con estos episodios *“La principal es la sexual, esa es la primera que plasman”* (R. Huelva)

Este tipo de violencia es trabajada a nivel individual y suele detectarse en los grupos de convivencia de género, cuando no se comparte espacios con hombres que pueden ser maltratadores.

Aunque es una de las violencias detectadas y que está encuadrada como violencia de Género, no se trabaja de forma específica este tema dentro de los procesos de intervención. *“así específico, tampoco... normalmente cuando vemos chicas que han trabajado... esto salen muchas veces en las convivencias de género que se hacen cada dos meses, y... cuando alguna suelta esta historia que ha vivido... esto es tan gordo, que se trabaja a nivel individual con ella, esto ya no se trabaja en grupos, pero nosotros no derivamos no tenemos ningún recurso para deriva esta historia.”* (M.C, Córdoba)

Con el trabajo en grupo se indaga en las realidades de las personas, visibilizando otro tipos de violencias como la psicológica o lugares donde han recibido las violencias sexuales, como pueden ser espacios de ocio nocturno. *“cada vez que vas profundizando un poco más, pues vas indagando, vas profundizando, vas viendo que hay otro tipo de violencias, que han podido sufrir las mujeres, y muchas de ellas que no suelen contar, son violencias de ocio nocturno, son espacios donde se sufren muchas violencias... sexual, ¿eh?”* (J. Jaén).

Es interesante este aspecto, ya que en los espacios de ocio nocturno, se puede apreciar una relación entre el consumo de sustancias y las violencias sexuales.

Es imprescindible, el trabajo en grupos, donde se tenga en cuenta la violencia dentro de la intervención en adicciones, en muchos casos la violencia aparece como un factor para el consumo, en este caso de psicofármacos por parte de mujeres *“las mujeres te lo expresan, te lo verbalizan “Necesitaba medicarme para evadirme de lo que estaba viviendo” y cada vez más, eh...” (MJ, Sevilla).*

Se aprecia, como en las intervenciones con mujeres, se abordan las temáticas de las violencias y las adicciones, como nos indicó Alicia Salamanca, sobre los enfoques de tratamiento *“Se han reconocido que las experiencias de violencia pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas de salud mental, incluidas las adicciones. Por lo tanto, en los últimos años, los enfoques de tratamiento se han vuelto más holísticos, abordando tanto las adicciones como las experiencias de violencia y trauma.” (Alicia Salamanca)*

3. ESPACIO DE INTERCAMBIO ENTRE ENTIDADES

Decidimos añadir este apartado, tras la entrevista con Alicia Salamanca, donde nos recomendó explorar espacios de intercambio de buenas prácticas entre entidades.

Por ello, tanto en el grupo focal como en la entrevista a Guillermo Cejuela, se preguntó sobre la coordinación con el resto de entidades y la existencia de redes entre entidades para el intercambio de experiencias, recursos...

No existen una red de intercambio como tal, y si hay coordinación con otras entidades para la derivación de casos o el uso de recursos, como el SISPAGDA.

Es interesante, la creación de una red de entidades, para compartir diferentes experiencias, ideas... que posibiliten una ayuda mutua entre ellas.

2. Diseño y elaboración herramienta cuantitativa

En este estudio exploramos las posibilidades de los métodos cuantitativos de enfoque interseccional para comparar los efectos de elementos diferenciales más allá de la edad y género. Es decir, la estrategia cuantitativa es el análisis intercategorial para explorar las diferencias, similitudes y efectos que provienen del sexo y con la clase social (Krause et.al., 2018). Por ejemplo, se esperaba encontrar vínculos en común entre la experiencia del abuso de sustancias y la vivencia de violencias desde la victimización y la perpetración.

Se hizo una selección de indicadores claves o hipotéticos, a partir de las variables identificadas y analizadas en las entrevistas y el grupo focal con la metodología cualitativa. Este procedimiento llevó a la construcción del cuestionario piloto con la participación de tres

expertos y su posterior aplicación a una muestra no probabilística, con un diseño transversal, no experimental y de participación por conveniencia o auto elección, es decir, que fueron invitados a contestar y era su deseo libre para continuar o abandonar el estudio (Sterba y Foster, 2008).

El cuestionario piloto.

La construcción del cuestionario piloto es de elaboración propia y parte de los resultados del grupo focal y de las entrevistas a expertos. Consta de 45 preguntas y se recurrió a la opinión de tres expertos en la revisión de los ítems elaborados en las siguientes categorías:

1. Datos sociodemográficos. Son 21 preguntas que revisan elementos interseccionales como la raza, etnia, religión, género, orientación sexual, pareja, estrato económico, nivel de estudios, discapacidad, estatus migratorio y otros. El formato de respuestas es de elección de casilla única o múltiple.

2. Experiencia de abuso continuado o adicción de sustancias o drogas. Son 5 preguntas con el propósito de conocer elementos de su contexto que los y las participantes atribuyen para al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias y drogas. El formato de respuestas es de elección de casilla única o múltiple.

3. Experiencia vital en violencias. Son 12 preguntas relacionadas con las experiencias y percepciones sobre las violencias, tanto la ejercida como la recibida. También reportan la percepción de posibles vinculaciones entre la violencia y el consumo de sustancias. El formato de respuestas es de elección de casilla única o múltiple.

4. Experiencia en el propio proceso de intervención. Son 7 preguntas sobre la experiencia de haber pasado al menos un proceso individual de intervención profesional por victimización y/o perpetración de violencias y del consumo abusivo o adictivo de sustancias. El formato de respuestas es de elección de casilla única o múltiple.

Procedimiento de aplicación del cuestionario piloto:

Se contactó con los profesionales de los centros Proyecto Hombre de Andalucía que previamente habían decidido participar en esta investigación, para que recibieran una breve capacitación en la aplicación del cuestionario con los usuarios de estos centros. Dicha formación incluyó un manual de apoyo acompañado de un videotutorial que preparaba a los profesionales en el dominio de los propósitos y conceptos centrales de este estudio, a fin de poder suministrar adecuadamente el cuestionario a los usuarios que decidieran participar.

Posteriormente se publicó el cuestionario con la herramienta Google Forms (Google LLC©) y fue compartido a los profesionales de los centros Proyecto Hombre para que a su vez ellos suministraran el soporte tecnológico y acompañamiento a los participantes que conformaron la muestra de estudio, esto permitió resolver todas las dudas que se presentaron durante la cumplimentación del cuestionario. Los criterios de inclusión fueron: 1) Reportar su género, 2) Ser mayor de edad, 3) Residir en España, 4) Tener experiencia en abuso continuado de sustancias o drogas 5) Ser usuario/a/x de cualquiera de los centros de Proyecto Hombre. El periodo de aplicación del cuestionario piloto fue entre noviembre y diciembre de 2023 principalmente en las provincias de Sevilla, Granada, Córdoba, Málaga, Jaén, Oviedo y Huelva.

Para realizar el análisis de los datos, previamente fueron recopilados y filtrados con Excel 2019 (Microsoft©), se descartaron 2 participantes que no cumplían con los criterios de inclusión y la muestra final fue de 64 participantes. El análisis estadístico se realizó con el software SPSS v26 (IBM©).

Aspectos éticos:

El cuestionario piloto presentado a las y los participantes incluyó al inicio un consentimiento informado que debía ser aceptado para continuar. Se informó sobre el propósito del estudio, las instituciones participantes, el carácter del origen de los fondos para realizar la investigación, la inexistencia de conflictos de interés, así como la intención voluntaria para participar, el derecho a negarse a responder algunas preguntas y/o abandonar el cuestionario, el tratamiento confidencial, anónimo y seguro de los datos proporcionados.

Análisis de los resultados:

Los análisis estadísticos del cuestionario piloto fueron descriptivos y correlacionales, con la finalidad de buscar establecer relaciones o grados asociativos entre variables (Sampieri, 2014), teniendo en cuenta la pertinencia del enfoque interseccional y la violencia de género. Al encontrar que los datos no se ajustaban a una distribución normal se realizaron pruebas no paramétricas con la prueba *R de Spearman*.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO PILOTO

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación del cuestionario piloto siguiendo el orden de categorías presentadas desde la perspectiva interseccional.

El género y la construcción de identidades

La muestra de estudio de este cuestionario piloto está constituida principalmente por un grupo de edades entre 31 a 50 años de edad que representa el 62,50%, el cual mayoritariamente son personas que se identifican como hombres en 59,40% y seguido de las mujeres en un 39,10% y solamente *une* participante se identificó con el género no binario (1,6%). La siguiente tabla corresponde en la categoría de elementos que constituyen el género y construcción de identidades:

Tabla 1. Descripción de la muestra por edades e identidad de género.

Edades	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
De 18 a 30 años	18,40%	8%		14,10%
De 31 a 50 años	60,50%	68%		62,50%
Mayor de 51 años	21,10%	24%	100%	23,40%
Total por género	59,40%	39,10%	1,60%	100%

La orientación sexual es una categoría de análisis a tener en cuenta en la constitución del género y la identidad, la heterosexualidad resultó ser la mayoritaria en el conjunto de la muestra, reportada por el 88% de las mujeres y el 68,4% de los hombres. En la tabla 2 puede verse el espectro de diversidad sexual que constituyó al grupo.

Tabla 2. Descripción de la muestra por orientación sexual.

Orientación sexual	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Heterosexual	68,4%	88%		75%
Bisexual	13,2%	8%		10,9%
Gay	18,4%			10,9%
Pansexual		4%		1,6%
Lesbiana			1,6%	1,6%

Drogas y adicciones.

La muestra reportó haber consumido diferentes tipos de sustancias al menos durante un periodo de 6 meses, el 80,5% consumió entre tres y nueve sustancias distintas. Los tipos de sustancias consumidas y las frecuencias por porcentajes fueron: Alcohol 81,9%, Tabaco 88,4%, Cannabis 41,2%, Hipnosedantes (Lorazepam, Bromazepam, Alprazolam, Lormetazepam, Zolpidem, Diazepam, Clonazepam) 27%, Analgésicos opioides (Tramadol, Hidromorfona, Metadona, Morfina, Oxiconona, Hidrocodona, Oximorfona, Fentanilo y similares) 9,6%, Cocaína 70,9%, Éxtasis (polvo y/o base) 17,5%, Anfetaminas/Speed 17,5%,

Heroína 12,6%, Alucinógenos 9,6% y otras drogas 6,4%. En general, las mujeres consumieron hasta seis sustancias combinadas o de un solo tipo, en cambio los hombres reportaron entre una a nueve sustancias y el género no binario solamente consumió un tipo de sustancia durante un periodo de al menos un semestre.

El estigma

El estigma social experimentado por la mayoría de la muestra es causado principalmente por el consumo de sustancias, en 75,6% de la muestra, frente al 9,4% que no sintió estigma social alguno. Las múltiples formas de estigma o discriminación social se presentaron en el 60,9% de la muestra. Las principales diferencias por género se observaron en las mujeres, pues el 49% de ellas indicó sentirse estigmatizadas por ser mujeres y además una de las participantes declaró sentirse estigmatizada por ejercer la prostitución. Solamente un participante autoidentificado como hombre (1,6%) declaró sentirse discriminado por su género. Sin embargo, del total de los hombres el 23,69% ha sido discriminado por su orientación sexual, es decir el 74,93% de los gays y bisexuales. El género no binario indicó sentirse discriminado por consumir sustancias, por su género, orientación sexual y ejercer la prostitución. Las otras formas de discriminación menos frecuentes fueron relacionadas al estrato social (nivel económico, nivel de estudios, zona de residencia) y solamente lo reportaron los hombres.

El trauma

Los propósitos del consumo declarado se diversificaron en la muestra, en alrededor de 24 combinaciones distintas sobre las razones atribuibles para justificar el consumo de sustancias o bien, encontrar beneficios con ello. La principal causa única o combinada fue la depresión en un 64,5% de la muestra, la cual podría estar asociada a traumas. *"Diversos estudios han demostrado que uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la depresión, de sus manifestaciones más graves y asociaciones a comorbilidad se derivan de aspectos biográficos traumáticos."* (Ballesteros T, S. et al., 2007). En cambio, el 65,9% de la muestra inició o mantuvo el consumo con propósitos de relajación social y diversión, sin embargo, en este grupo también se vio combinado frecuentemente con ansiedad o como forma de eludir problemas familiares, laborales, sociales u otros. Las diferencias por género destacan en que el 76,31% de los hombres asocia el consumo de sustancias con un el fin de la relajación social y diversión frente al 48% de las mujeres.

Las violencias.

De acuerdo a las respuestas en la muestra se observa que la experiencia de sufrir victimización por violencia en el pasado y/o en el presente, abarca un espectro muy amplio de vivencias y formas distintas de maltratos y abusos en la infancia, la pareja, el barrio, etc. Se registraron 45 experiencias en combinaciones distintas de violencia entre los 64 participantes. Por lo que respecta en porcentajes, las diferencias no resultan tan significativas y solamente el 6.3% del total de la muestra declara no haber recibido violencia. El 68% de las mujeres ha sufrido violencia sexual y también el 21,05% de los hombres. El caso de la persona no binaria registra la violencia sexual entre los abusos sufridos.

El 25% de la muestra declaró no haber ejercido en ningún momento algún tipo de violencia, lo que equivale al 36% de las mujeres y el 18,42% de hombres registró no haber ejercido violencias. El 11,20% del total de la muestra ejerció violencia sexual de diferentes tipos y corresponde al 8% de mujeres y el 13,15% de los hombres. Los hombres registraron haber participado en peleas en la calle, en un 18,42% de los casos y las mujeres en un 8% de las participantes. En cuanto a la violencia psicológica perpetrada la mayoría corresponde al 20% de mujeres y el 13,16 % de hombres. El 67,50% asocia el consumo de sustancias entre los factores principales que propician la violencia ejercida, lo que equivale al 48% de mujeres y el 78,95% de los hombres. El 37,8% de la muestra además asocia la perpetración de la violencia a problemas de pareja. 51,8% del total de la muestra consideró que merecía haber sufrido la violencia recibida por algún motivo justificado, lo que equivale al 40% de mujeres y el 60,52% de los hombres.

En la siguiente tabla 3 se describen los porcentajes de quienes reconocen haber tolerado la violencia ejercida de la pareja en su contra.

Tabla 3. Porcentajes de participantes que toleran o toleraron la violencia de la pareja

Tolerar la violencia de la pareja	Mujeres	Hombres	No binario	Total de la muestra
No	20%	57,89%		42.20%
Sí	68%	42,10%	1,56%	53.10%
Tal vez	12%			4.70%

Para complementar el análisis de las relaciones de pareja, preguntamos por el estado civil y se ve reflejado en la tabla 4.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del estado civil de la muestra participante

Estado civil	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Soltero/a/x	63,2%	56%		59,4%
Casado/a/x	10,5%	16%		12,5%

Pareja de hecho	5,3%	4%		4,7%
Divorciado/a/x	21,1%	24%	100%	23,4%

De la violencia sufrida por la pareja, el 28% de las mujeres declara que está acreditada como violencia de género. El 16% de las mujeres y el 18,42% de los hombres declara tener una denuncia o sentencia por ejercer violencia en general. Enseguida el 60% de las mujeres refieren su participación en cursos, talleres, charlas y/o terapia individual o grupal para la prevención de la violencia, frente al 57,89 de los hombres y el 1,56% para el género no binario con relación a la muestra total. El 24% de las mujeres declaró no sentirse apoyada por familiares, amigos o profesionales ante la violencia recibida en general, al igual que la persona no binaria y los hombres sumaron 36,84%.

En la siguiente tabla 4 quedan reportados los grados subjetivos de las dificultades personales para expresar las distintas experiencias de victimización sufridas.

Tabla 5. Dificultades para abordar la experiencia de victimización de la violencia recibida

Experiencia de victimización	Femenino	Masculino	No binario	Total de la muestra
No me cuesta nada	48%	63,15%	1,56%	39.10%
Un poco	12%	15,79%		21.90%
Bastante	28%	15,79%		15.60%
Mucho	12%	5,26%		23.40%

En la tabla 5 se observan los grados subjetivos de las dificultades personales para expresar las distintas experiencias de perpetración de las distintas formas de violencia.

Tabla 6. Dificultades para abordar la experiencia de victimización de la violencia perpetrada

Experiencia de perpetración	Mujeres	Hombres	No binario	Total de la muestra
No me cuesta nada	24%	50%		57.80%
Un poco	24%	21,05%		14.10%
Bastante	20%	13,15%		20.30%
Mucho	32%	15,78%	1,56%	7.80%

Capacidad económica.

Entre las variables relacionadas al desarrollo de actividades económicas para el sustento propio y familiar fueron considerados distintos elementos en línea con el enfoque interseccional ya que son aspectos claves para el desarrollo humano integral.

En la siguiente tabla 7 se encuentra la situación laboral del grupo participante en el estudio, se observa que la mayoría de los tres géneros (70,93%) se encuentra en situación de desempleo.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de la situación laboral

Situación laboral	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Desempleado/a/x	60,5%	84%	100%	70,93%
Empleado/a/x por cuenta ajena	26,3%	12%		20,30%
Empleado/a/x por cuenta propia	13,2%	4%		9,40%

No obstante, al saber de la situación laboral preguntamos sobre los tipos de fuentes de ingresos que pudieran existir, encontrando lo siguiente de acuerdo a la tabla 8. Se puede inferir que existen dificultades económicas en la mayoría de la muestra.

Tabla 8. Estadísticos descriptivos de las fuentes de ingresos

Fuente de ingresos	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Salario	34,2%	16%		26,6%
No hay fuente de ingresos	21,1%	8%	100%	17,2%
A través de familiares	13,2%	28%		18,8%
Prestación del Estado	28,9%	44%		34,4%
Jubilación	2,6%			1,6%
Pensión		4%		1,6%

Al preguntar sobre el grado subjetivo de dificultad para llegar a fin de mes, se encontraron los siguientes datos representados en la tabla 9

Tabla 9 Estadísticos descriptivos del grado subjetivo de dificultad para llegar a fin de mes

Llegar a fin de mes	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Fácil	18,4%	16%		17,2%
Algo difícil	13,2%	36%		21,9%
Muy difícil	21,1%	24%	100%	23,4%
No muy difícil	31,6%	16%		25%
Difícil	15,8%	8%		12,5%

Se considero que los ingresos familiares estimados contribuyen a ubicar las condiciones económicas individuales, por lo que se representan los siguientes resultados de la tabla 10.

Tabla 10. Estadísticos descriptivos de la estimación de ingresos familiares brutos al mes

Ingresos Familiares	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Entre €1000 y €1500	44,7%	36%		40,6%
Menos de €500	10,5%	16%		12,5%
Más de €1500	39,5%	24%		32,8%
Entre €500 y €1000	5,3%	24%	100%	14,1%

La discapacidad es otra de las variables a tener en cuenta en el enfoque interseccional para analizar las experiencias de violencias y posibles consumos problemáticos de sustancias, por lo que respecta a la muestra, un número importante (12,50%) presenta alguna discapacidad reconocida por las entidades públicas, tal como se presentan en la tabla 11.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de la condición de discapacidad reconocida por una entidad pública

Discapacidad	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
No	86,8%	88%		87,5%
Sí	13,2%	12%	0%	12,5%

Otro de los factores importantes para el desarrollo de una actividad económica es el nivel de estudios, en esta muestra se encuentra un espectro amplio de niveles de estudios. La mayoría estudió la ESO/EGB, el 35,9% y solo el 10,9% de la muestra cuenta con estudios universitarios como se puede ver en la siguiente tabla 12.

Tabla 12. Estadísticos descriptivos de los niveles de estudios

Estudios	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Primaria	10,5%	8%		9,4%
ESO/EGB	36,8%	32%	100%	35,9%
Bachillerato	13,2%	24%		17,2%
Formación profesional	23,7%	20%		21,9%
Grado superior	2,6%			1,6%
Estudios universitarios	7,9%	16%		10,9%
Sé leer y escribir	2,6%			1,6%
Máster	2,6%			1,6%

La situación legal en el país fue considerada por tener en cuenta que la muestra posiblemente incluiría a personas migrantes y siguiendo con la perspectiva interseccional el estatus migratorio es determinante para el desarrollo económico y social de las personas en España. La tabla 13 muestra que la gran mayoría se encuentra de forma legal en el país, sin embargo, el 2,6% de los hombres está de manera irregular y el 7,9% del total de los hombres pasó por un proceso migratorio.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de la situación migratoria.

Estatus legal en España	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Nacionalidad Española	89,5%	100%	100%	93,8%
Permiso de trabajo	7,9%			4,7%
Irregular	2,6%			1,6%

Etnia/raza

El aspecto de la raza fue considerado entre los factores interseccionales que suelen estar presentes en los estigmas sociales y los estereotipos. En la siguiente tabla 14 puede observarse que la mayoría de la muestra es de raza blanca/caucásica (90,6%) y que participaron miembros de razas o etnias que suelen ser desfavorecidas cultural y socialmente.

Tabla 14. Estadísticos descriptivos sobre el tipo de raza o etnia participante en el estudio

Tipo de Raza	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Blanca/Caucásica	92,1%	92%		90,6%
Mixta/Mestiza	2,6%		100%	3,1%
Negra/Afrodescendiente	5,3%			3,1%
Mestiza/Latina		8%		3,1%

La orientación hacia un sistema de creencias de fe o religión fue considerada en este estudio, sin embargo, la muestra presenta los siguientes datos de la tabla 15 donde se puede ver que las religiones reportadas no son especialmente estigmatizadas en los entornos sociales de Andalucía.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de las religiones o creencias

Profesa alguna religión	Hombres	Mujeres	No binario	Total de la muestra
Catolicismo	63,2%	68%		64,1
Ateista	31,6%	24%		28,1
Agnosticismo	5,3%	8%		6,3%
Evangelismo			100%	1,6%

Correlaciones analizadas entre las variables subjetivas que inciden en el inicio y tipo de consumo de sustancias y los vínculos con la victimización y/o perpetración de la violencia.

En la tabla 16 se encuentran algunas correlaciones significativas y positivas entre las variables comparadas, por ejemplo, el inicio del consumo de sustancias se vio influenciado a la vez por la pareja ($p=.349^{**}$) y asociado a eventos traumáticos o violentos experimentados ($p=.257^*$) y en la aceptación de asumir mayores riesgos por el consumo de sustancias ($p=.262^*$).

Las vivencias con amigos como factor que influye para iniciar en el consumo de sustancias se relacionan con el barrio, como parte de un componente social más amplio ($p=.353^{**}$). La influencia del barrio y los amigos con la experiencia de consumo y de violencias no se vio relacionada en términos significativos con los otros factores analizados.

La pareja del momento pudo haber influido para iniciar el consumo en los casos en los que coincide con la experiencia de traumas y violencia sufrida ($p=.260^*$). Sin embargo, también se ve la relación en sentido contrario, de la influencia de la pareja, es decir, que la pareja podría influir en disminuir la intensidad ($p=-.291^*$) y el tipo de sustancias consumidas ($p=-.334^{**}$).

Se observa que es consistente la relación entre el consumo de sustancias y los factores que condicionan la cantidad, la intensidad, el tipo de sustancia, el lugar de consumo, hacerlo solo/a/x o en compañía y el hecho de aceptar un mayor riesgo causado por los efectos de las sustancias.

Por último, vemos que las dificultades para abordar la experiencia de victimización coinciden con la experiencia del trauma y violencias sufridas previamente ($p=.266^*$). Las dificultades para reconocer la perpetración de violencias también coinciden con las dificultades para abordar la experiencia de victimización ($p=.466^{**}$).

Limitaciones y conclusiones.

El diseño del cuestionario piloto mostró sus ventajas al permitir indagar sobre la diversidad de aspectos interseccionales y su relación con la violencia de género y las adicciones. Aunque no se perseguía en esta fase, las respuestas tienen su validez, ya que son datos estadísticos descriptivos.

Una muestra más amplia y diversa de participantes, habría aumentado su validez y nos habría permitido analizar más a fondo diversas variables – orientación sexual, procedencia, etc. - que impactan en el individuo. En este sentido, en el próximo pilotaje del instrumento revisado podemos solicitar que la muestra esté instrumentalizada, que incluyan personas con una variedad de características y circunstancias ampliando nuestro análisis al abordar una gama más amplia de variables relevantes.

Al poner a prueba el cuestionario piloto se revisó qué variables pueden ser operables con esta herramienta metodológica, sus ventajas y limitaciones, así como las recomendaciones para profesionales en el campo de la intervención en adicciones y violencia de género y para futuras investigaciones. A continuación fueron resumidos los principales hallazgos y consideraciones:

1. La relevancia o no de tener en cuenta las sustancias consumidas, las dosis y la frecuencia con la que se ingieren específicamente en el momento de realización del cuestionario. Y si las sustancias hipnosedantes fueron adquiridas de forma legal o ilegal, una cuestión que supondría una diferencia en cuanto al estigma social como factor de riesgo y en cuanto a la salud.
2. En el análisis del estigma social el cuestionario piloto no incluyó la vivencia del cuerpo en relación al aspecto físico, y en la siguiente fase sería pertinente incluir esta variable interseccional donde, por ejemplo, el sobrepeso u obesidad se suma como factor de estigma social -*gordofobia* - y trauma.
3. La idoneidad de incluir el trauma - junto con el estigma - dentro del apartado de violencias (en el cuestionario ya se pregunta sobre el trauma como un elemento de inicio o posterior en el consumo de sustancias). Y también la indagación sobre la relación del abuso como una forma de “autoagresión” o bien una “automedicación” de los traumas.
4. Se observó que las atribuciones racionales (justificación) del consumo abusivo o adicciones a sustancias son diversas, por lo que un análisis cuantitativo en este aspecto resulta complejo. Sin embargo, la alta variabilidad de respuesta en el cuestionario puede ser considerada para los/as profesionales que intervienen con

personas con adicciones, como una razón más para dar mayor valor a la experiencia subjetiva y única que vive cada usuaria/o a quien ofrece un acompañamiento profesional.

5. Al analizar las experiencias de violencias sufridas en este estudio se consideró importante tener en cuenta preguntar *si sentían merecer la violencia recibida* con la finalidad de encontrar vinculaciones relacionadas a la justificación de la violencia. No obstante, las respuestas no se pudieron categorizar en un análisis cuantitativo fiable que permitiera llegar a establecer conclusiones. En este punto se considera que las respuestas no cuantificadas podrían tener valor para el colectivo profesional.
6. En cuanto a la experiencia de violencia sexual (victimización y perpetración), aunque el cuestionario piloto contenía una serie descriptiva de conductas abusivas de carácter sexual, la limitación notable del instrumento es que el análisis se realizó incluyendo cada una de estas afectaciones en una sola categoría y no tienen en cuenta el grado subjetivo de afectación, y el grado delictivo en términos legales.
7. El análisis del sentido subjetivo de la dificultad para reconocer la violencia recibida y ejercida fue realizado con la finalidad de considerar la apertura o disposición de quienes participaron en el estudio para abordar estas experiencias en el trabajo profesional terapéutico, aunque con ello se pudieron encontrar correlaciones significativas con las vivencias de traumas. Estos resultados no concluyen que la dificultad para reconocer y expresar la victimización o la perpetración de violencias sea una medida sustancial de progreso terapéutico sin considerar otros recursos cognitivos y sociales.
8. Este estudio se centró en la violencia de género, sin embargo, fueron consideradas otras formas de violencias que también se relacionan en este fenómeno. Se valora la importancia de diferenciar continuamente la conceptualización de las distintas formas de violencias.
9. En el manual de aplicación del cuestionario se aconsejó que los/as participantes estuvieran en fase avanzada o final de su proceso de recuperación ya que algunas preguntas tienen temáticas delicadas y es positivo que exista un buen vínculo y un trabajo personal que permita profundizar en las respuestas, responder con honestidad y pedir ayuda si se necesita. Entendemos que el contexto en el que se aplica el cuestionario lo convierte en una herramienta de toma de conciencia y de reconocimiento de la violencia ejercida o recibida - muchas veces oculta - que posibilita aspectos de su recuperación.

La interseccionalidad como perspectiva de análisis puede ser una herramienta efectiva para entender la variedad de factores que influyen en la experiencia de las adicciones y las violencias, sin embargo, resulta complejo considerar simultáneamente todas las variables que rodean a los sujetos.

En este estudio han sido consideradas todas las diversidades sexuales, sin embargo, no fue posible coincidir con participantes en un espectro más amplio de identidades sexuales. Por lo que futuros investigadores requieren tener en cuenta estrategias o medidas para seguir incluyendo en lo posible a una mayor representatividad de personas de la diversidad sexual. (en aras de obtener información específica relativa a dichos colectivos)

En cuanto a la participación de personas de zonas rurales en este estudio no pudo ser representada de forma significativa, principalmente porque el contacto con los integrantes de la muestra se estableció por medio de Proyecto Hombre y la mayoría de estos centros se localizan en zonas consideradas como urbanas.

Al revisar las creencias religiosas o espirituales se encontró que en el total de las respuestas obtenidas en el cuestionario piloto, no existían religiones o creencias susceptibles de ser discriminadas en el contexto sociocultural donde residen quienes participaron en la muestra.

Tras realizar el análisis del cuestionario piloto, se plantea para futuras investigaciones considerar la relación del abuso de sustancias o la medicalización no indicada por médicos como una forma de autoagresión o de un inadecuado afrontamiento de los traumas.

Asimismo, en este estudio es importante mencionar que no se tomó en cuenta las sustancias consumidas, las dosis y la frecuencia con la que se ingieren específicamente en la actualidad, debido a que los grupos a los que se dirigió esta investigación una de las condiciones como usuarios es no estar en etapa de consumo de sustancias, por lo que se omitió preguntar el consumo actual considerando que las posibles respuestas conllevarían un mayor riesgo de sesgo. Otra limitación del cuestionario piloto es que no permitió conocer si los hipnosedantes y analgésicos opioides fueron adquiridos de forma legal o ilegal, lo que supone una diferencia que podría influir en el estigma social como factor de riesgo y a la salud.

En el análisis del estigma social, el cuestionario piloto no incluyó la vivencia del cuerpo en relación al aspecto físico y en futuras investigaciones sería pertinente incluir esta variable interseccional, donde, por ejemplo, el sobre peso u obesidad se suma como factor de estigma social y trauma.

Se observó que las atribuciones racionales (justificación) del consumo abusivo o adicciones a sustancias son diversas, por lo que un análisis cuantitativo en este aspecto resulta complejo.

Sin embargo, la alta variabilidad de respuesta en el cuestionario puede ser considerada para los profesionales que intervienen con personas con adicciones, como una razón más para dar mayor valor a la experiencia subjetiva y única que vive cada usuario al que ofrece un acompañamiento profesional. Entre las diferencias que justifican el consumo de algunas sustancias, es notable la divergencia entre géneros, pues es claro que particularmente los hombres tienden a creer con mayor frecuencia que las drogas y otras sustancias tienen un propósito de relajación y diversión social.

Este estudio se centró en la violencia de género, sin embargo, fueron consideradas otras formas de violencias que también se relacionan en este fenómeno. El análisis del sentido subjetivo de la dificultad para reconocer la violencia recibida y ejercida fue realizado con la finalidad de conocer la apertura o disposición para abordar estas experiencias en el trabajo profesional terapéutico, aunque con ello se pudieron encontrar correlaciones significativas con las vivencias de traumas. Estos resultados no concluyen que el grado de facilidad o dificultad para reconocer y expresar la victimización o la perpetración de violencias sea como tal una medida sustancial de progreso terapéutico sin tener en cuenta otros recursos cognitivos y sociales. Sin embargo, el cuestionario piloto puede ser una herramienta para facilitar una toma de conciencia en el reconocimiento de la violencia ejercida o recibida, muchas veces oculta y que posibilita el inicio de su recuperación.

Al analizar las experiencias de violencias sufridas en este estudio se consideró importante tener en cuenta preguntar si sentían merecer la violencia recibida con la finalidad de encontrar vinculaciones relacionadas a la justificación de la violencia. No obstante, las respuestas no se pudieron categorizar en un análisis cuantitativo fiable que permitiera llegar a establecer conclusiones. En este punto se considera que las respuestas no cuantificadas registradas en el cuestionario piloto podrían tener un valor para los profesionales que intervienen en grupos como en Proyecto Hombre.

En cuanto a la experiencia de violencia sexual (victimización y perpetración), aunque el cuestionario piloto contenía una serie de conductas abusivas de carácter sexual, la limitación notable del instrumento es que el análisis se realizó incluyendo cada una de estas afectaciones en una sola categoría y no tienen en cuenta el grado subjetivo de afectación y delictivo en términos legales.

Existe una dificultad con varios enunciados de preguntas que han condicionado las respuestas, por su nivel de comprensión o la falta de formación y entrenamiento de los/as profesionales, que facilitaban los cuestionarios para entender la finalidad de cada pregunta con sus correspondientes respuestas.

Existe una falta de apreciación de un enfoque sistémico.

SUGERENCIAS PARA PROFESIONALES Y FUTURAS INVESTIGACIONES

RECOMENDACIONES

A continuación, detallamos una serie de recomendaciones extraídas de los análisis realizados en la aplicación de las herramientas cualitativas y el cuestionario piloto.

LA VIOLENCIA SEXUAL	
NECESIDADES	Se ha detectado una mayor prevalencia de la violencia sexual recibida en las mujeres. Es interesante que esta temática sea abordada desde los grupos de trabajo con usuarias, complementada con una formación hacia los/as profesionales de referencia.
INDICADORES	Datos cuantitativos: 68% mujeres reportan haber recibido violencia sexual Datos cualitativos: Profesionales coinciden que una de las violencias que más detectan es la sexual.
PROPUESTAS	Talleres afectivo- sexuales Talleres para la detección de violencias sexuales (abusos, agresiones...) Intervención específica sobre violencia sexual recibida Formación relacionada con las violencias sexuales en el ámbito de las adicciones

RECONOCIMIENTO VIOLENCIA EJERCIDA	
NECESIDADES	En los datos cualitativos, se detectó las resistencias por parte de los usuarios para el reconocimiento de la violencia ejercida En el cuestionario piloto siguen asociando los varones la violencia al consumo de alcohol (78,9%), lo que externaliza su responsabilidad en el ejercicio de la violencia. Por ello, se ha de seguir trabajando estos aspectos desde los grupos de tratamiento, para que los usuarios tomen conciencia de las violencias ejercidas y puedan comenzar con su proceso de cambio de conductas violentas.

INDICADORES	Datos cuantitativos: el 78, 95% hombres en la encuesta, asocian la violencia al consumo. Datos cualitativos: Los/as participantes coinciden en las resistencias de los hombres para reconocer la violencia.
PROPUESTAS	Talleres sobre violencia y masculinidad Talleres sobre corresponsabilidad y cuidados/autocuidados desde un enfoque de género Desmitificación de la relación adicciones y violencias

LA INTERSECCIONALIDAD	
NECESIDADES	Durante el desarrollo de la recolección de datos cualitativos, se ha detectado una iniciativa en la aplicación de interseccionalidad, aunque con diversas limitaciones, relacionadas con los sesgos normalizados por los/as profesionales en sus intervenciones. Por otro lado, se ha podido percibir una poca participación de personas que tuvieran una serie de variables personales que los diferenciara sobre el resto, puede deberse a una falta de conocimiento del/a profesional de referencia sobre la interseccionalidad para la elección de los y las participantes. Por tanto, es interesante la aplicación de la interseccionalidad en las intervenciones, promoviendo una formación entre los/as y profesionales y ajustando recursos a las realidades individuales que permitan una mayor continuidad e integración del/a usuario/a en el programa.
INDICADORES	Datos cuantitativos: Baja participación de personas con variables diferentes Datos cualitativos: Se aplica la interseccionalidad, aunque se encuentran con una serie de limitaciones con personas que no comparten el mismo idioma.
PROPUESTAS	Formación en la aplicación de la interseccionalidad Adaptación de recursos incluyendo diversas variables.

CREACIÓN REDES ENTRE ENTIDADES	
NECESIDADES	Se detecta una falta de espacios comunes de intercambio de buenas prácticas entre entidades, que intervienen en los ámbitos de adicciones y violencias.
INDICADORES	Datos cualitativos: Las coordinaciones entre entidades son puntuales, con derivaciones de usuarios/as para un tratamiento más profundo, en ciertos casos cuando se realizan estas derivaciones, se termina la coordinación.
PROPUESTAS	Creación de un espacio cooperativo entre entidades, donde se puedan compartir buenas prácticas en las intervenciones con adicciones y violencias.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, B. (2016). *Trabajo social y perspectiva de género: los hombres como “colectivo” de intervención*. En Carbonero et al. (Coords.). *Respuestas transdisciplinares en una sociedad global: aportaciones desde el Trabajo Social*. Universidad de La Rioja.

ARIAS, Francisco et al. Trastorno bipolar y trastorno por uso de sustancias. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. **Adicciones**, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 186-194, mar. 2016. ISSN0214-4840. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/782>. Fecha de acceso: 02 feb. 2024 doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.782>.

Ballesteros T, Soledad, Vitriol G, Verónica, Florenzano U, Ramón, Vacarezza L, Andrea , y Calderón K, Ana . (2007). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 45(4), 288-295. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000400004>.

Benería, L. (1987). “¿Patriarcado o sistema económico? Una discusión sobre dualismos metodológicos”, en Amorós et al. (Eds.). *Mujeres, ciencia y práctica política* (pp. 39-54). Debate.

Blanco, J. (2012). *Hombres: la masculinidad como factor de riesgo: una etnografía de la invisibilidad*. (Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide). <https://bit.ly/3eCi3yb>

Bonino Méndez, L. (2008). *Hombres y violencia de género: Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo*. Ministerio de Asuntos Sociales. <https://bit.ly/3eFhCz9>

Cadena-Iñiguez, Pedro, Rendón-Medel, Roberto, Aguilar-Ávila, Jorge, Salinas-Cruz, Eileen, Cruz-Morales, Francisca del Rosario de la, yamp; Sangerman-Jarquín, Dora Ma.. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista mexicana de ciencias agrícolas*, 8(7), 1603-1617. Recuperado en 02 de enero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-09342017000701603&lng=es&tlng=es.

Díaz García, Dalia Isabel. (2023). El cuerpo en las imágenes de los libros de texto: un análisis desde la perspectiva interseccional de género. *La ventana. Revista de estudios de género*, 7(58), 318-349. Epub 28 de agosto de 2023. <https://doi.org/10.32870/lv.v7i58.7736>

ETTORRE, E. (2015). Embodied deviance, gender, and epistemologies of ignorance: Re-visioning drugs use in a neurochemical, unjust world. *Substance Use & Misuse*, 50(6), 794-805.

Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J., & Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto de futuro. *Adicciones*, 23 (1), 5-9. <https://doi.org/10.20882/adicciones.161>.

FOLCH, CINTA; CASABONA, JORDI; MAJÓ, XAVIER; MEROÑO, MERCÉ; GONZÁLEZ, VICTORIA; COLOM, JOAN, ... Y ESPELT, ALBERT (2020) Mujeres que usan drogas inyectadas y violencia: necesidad de una respuesta integrada. *Adicciones*. Disponible en: <https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1322>.

Fundación Atenea (2028). Drogas y Género. Consumo de hipnosedantes. Análisis histórico desde la perspectiva de género. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2019/20190508_Consumo_de_hipnosedantes_Analisis_historico_perspectiva_genero.pdf

García Domínguez, A. (2012). Igualdad 3.0 Igualdad inclusiva y con perspectiva integral de género. II Curso Género y Políticas Públicas. El presupuestos con perspectiva de género. Unimar 2010. <https://bit.ly/3br8QTQ>.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Reissue ed: New York: Touchstone

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. Interamericana. Editores S.A.

Herrera, Coral (2019). *Hombres que ya no hacen sufrir por amor. Transformando las masculinidades*. Madrid: Catarata.

Jiménez Rodrigo, María and Guzmán Ordaz, Raquel, Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad (Gender and Drugs Uses: Dimensions of Analysis and Intersection with Other Inequality Axis) (July 25, 2012). *Oñati Socio-Legal Series*, Vol. 2, No. 6, 2012, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2111917>

Kaufman, M. (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. En Arango & León (Eds.). *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, (pp.123-146). Santafé de Bogotá: T.M. Editores. Versión revisada en: <https://bit.ly/38C7gwb>

Klostermann, KC & Falso-Stewart, W. (2006). Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 587-597.

Krause, Mercedes, & Ballesteros, Matías Salvador. (2018). INTERSECCIONALIDAD EN DESIGUALDADES EN SALUD EN ARGENTINA: DISCUSIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS A PARTIR DE UNA ENCUESTA POBLACIONAL. *Hacia la Promoción de la Salud*, 23(2), 13-33. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.2.2>

Llort Suárez, A., Ferrando Esquerré, S., Borrás Cabacés, T., & Purroy Aritzeta, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos De Trabajo Social*, (20), 9–22. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2013.20.01>

Llopis Giménez, C., Rodríguez García, M.I., & Hernández Mancha, I.. (2014). Relación entre el consumo abusivo de alcohol y la violencia ejercida por el hombre contra su pareja en la unidad de valoración integral de violencia de género (UVIVG) de Sevilla. *Cuadernos de Medicina Forense*, 20(4), 151-169. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062014000300002s>

Martínez-Redondo, Patricia; Luján-Acevedo, Fabián (2020). *Hombres y Adicciones. Intervención desde perspectiva de género*. Madrid: UNAD.

Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 167 p.

Miric, Marija & Estramiana, José Luis & González, Rafael & Torres, Ana. (2018). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*. 6. [10.12957/psi.saber.soc.2017.33552](https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2017.33552).

Pecharromán, B. (2016). ¿Por qué hombres y mujeres se diferencian en el consumo de drogas? En Aróstegui y González (Eds.), *Perspectiva de género en la intervención en drogodependencias: prevención, asistencia, formación e investigación* (pp. 105-122). Universidad de Deusto.

PNSD. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017- 2024*. Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <https://bit.ly/2OUBYJK>

World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44000>

Pastor, F. P., Reig Ruano, M., Fontoba Ferrándiz, J., & García del Castillo-López, A. (2011). ALCOHOL Y VIOLENCIA. *Salud y drogas*, 11(1), 71-94.

Ponce, A., Ginés, O. & Geldschläger, H. (2006) Alcohol y Violencia en la XAD: estudio bibliográfico. Instituto de Reinserción Social. [Informe no publicado, referenciado en Guia per a professionals de la XAD VIOLÈNCIA CONTRA LA PARELLA I CONSUM DE SUBSTÀNCIES. <https://bit.ly/3lg3ddV>]

Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Ruiz, S., Negro, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M., & Pérez, M. (2010). Violencia de género: programa de intervención para agresores (PRIA). Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. <https://bit.ly/3pR0cC2>

Sánchez, L., Navarro, J., & Valderrama, J. (2004). Estudio internacional sobre género, alcohol y cultura "Proyecto Genacis". Sociedad Española de Toxicomanías. <https://bit.ly/30BE3gB>

Sarduy Domínguez, Yanetsys. (2007). El análisis de información y las investigaciones cuantitativa y cualitativa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(3) Recuperado en 03 de enero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300020&lng=es&tlng=es.

Torres-Lorenzo, A., Morales-Vargas, P. V. ., Ayala-Ramos, G. E. ., Aldwen-Cruz, K. M. ., Ríos-Rivera, G. D. ., & Rodríguez-Caraballo, D. J. . (2022). Uso de sustancias en mujeres y violencia de género: Desde una perspectiva feminista e interseccional. *Revista Puertorriqueña De Psicología*, 33(2), 352–364. <https://doi.org/10.55611/rep.3302.11>

TESTA, MARÍA; VANCILE-TAMSEN, CAROL Y LIVINGSTON, JENNIFER (2004) The role of victim and perpetrator intoxication of sexual assault outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 65, 3, 320-329.

VV.AA.(2018) Creando una cultura del cuidado contra la violencia sexual: un manual para profesionales que trabajan con chicos.(1ª edición). https://boyscultureofcare.files.wordpress.com/2021/06/bcoc_handbook_es_print.pdf

Vioque, S. B., Cascone, M., & Martínez, C. (2013). Estigma del sistema de género: aprendizaje de los modelos normativos, bullying y estrategias de resiliencia. *Política y sociedad*, 50(3), 837-864.