



Facultad de Psicología

Trabajo de
fin de máster

Consumo de alcohol y
violencia sexual en
mujeres

Revisión bibliográfica y
propuesta aplicada

Autora del TFM

Talía Suñén Cartón

Máster en Psicología

Año 2023

Trabajo de Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster en Psicología, con especialidad en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria

Índice

Resumen.....	4
Abstract.....	5
1. Introducción.....	6
1.1. La violencia sexual contra la mujer.....	6
1.1.1. La violencia sexual en la infancia.....	7
1.1.2. La violencia sexual dentro de la pareja.....	8
1.1.3. La violencia sexual fuera de la pareja.....	9
1.2. El consumo de alcohol.....	10
1.2.1. Definición y tipos de consumo de alcohol.....	11
1.2.2. Prevalencia del consumo de alcohol.....	12
1.2.3. Consecuencias del consumo de alcohol.....	13
1.3. La relación entre la violencia sexual y el consumo de alcohol.....	14
2. Objetivos.....	16
3. Método.....	17

4. Resultados.....	20
4.1. Abuso sexual en la infancia.....	20
4.2. Violencia sexual en la adultez.....	21
4.3. Orientación sexual.....	23
4.4. Variables mediadoras y moderadoras.....	24
4.5. Programas de intervención.....	24
4.6. Estrategias de protección y estrategias de afrontamiento.....	26
4.7. Consumo de alcohol previo a la agresión sexual.....	28
5. Discusión.....	30
6. Propuesta aplicada.....	33
6.1. Destinatarias.....	33
6.2. Objetivos.....	33
6.3. Temporalización.....	34
6.4. Recursos.....	34
6.5. Evaluación.....	34
6.6. Descripción de la intervención.....	37
7. Conclusiones.....	47
Referencias bibliográficas	49
Índice de figuras.....	59
Anexos	60

Resumen

En mujeres, el consumo de alcohol y la violencia sexual constituyen dos aspectos relacionados, pero la información acerca de esta asociación sigue siendo poco concluyente. El objetivo principal de este trabajo consiste en llevar a cabo una revisión bibliográfica de los artículos científicos publicados desde 2018 acerca de la violencia sexual y el consumo de alcohol en mujeres adultas para conocer las características involucradas en esta relación y diseñar una propuesta de intervención. Se seleccionaron un total de 37 artículos extraídos de las bases de datos PubMed y PsycInfo que relacionan el consumo de alcohol con la violencia sexual en mujeres. Los artículos se dividieron en siete categorías: abuso sexual en la infancia, violencia sexual en la adultez, orientación sexual, variables mediadoras y moderadoras, programas de intervención, consumo de alcohol previo a la agresión sexual, estrategias de protección y estrategias de afrontamiento. Teniendo en cuenta los resultados de la revisión, se plantea un programa de prevención dirigido a mujeres víctimas de violencia sexual para prevenir el consumo problemático de alcohol y las dificultades derivadas del mismo, así como reducir el uso de alcohol en aquellas que ya son consumidoras y disminuir el riesgo de revictimización sexual.

Palabras clave: violencia sexual, alcohol, mujeres, revisión bibliográfica, prevención.

Número de palabras del trabajo: 19545

Abstract

In women, alcohol consumption and sexual violence are two related aspects, but information about this association remains inconclusive. The main objective of this work is to carry out a literature review of the scientific articles published since 2018 about sexual violence and alcohol consumption in adult women to know the characteristics involved in this relationship and design an intervention proposal. A total of 37 articles extracted from databases such as PubMed and PsycInfo that relate alcohol consumption and sexual violence in women were selected. The articles were divided into seven categories: sexual abuse in childhood, sexual violence in adulthood, sexual orientation, mediating and moderating variables, intervention programs, alcohol consumption prior to sexual assault, protection strategies and coping strategies. Taking into account the results from the review, a prevention program aimed at women that have been victims of sexual violence is proposed to prevent problematic alcohol consumption and the difficulties derived from it, as well as to reduce the use of alcohol in those who are already consumers and reduce the risk of sexual revictimization.

Keywords: sexual violence, alcohol, women, literature review, prevention.

1. Introducción

1.1. La violencia sexual contra la mujer.

La violencia contra la mujer consiste en todo acto de violencia que supone, real o potencialmente, un perjuicio psicológico, físico, económico o sexual para la mujer. Es un modo de discriminación por razón de género que puede manifestarse en forma de actos reales, amenazas, privación de la libertad o coacción de las víctimas, tanto en el ámbito público como en el privado. La violencia contra la mujer es un ejemplo de la desigualdad de poder entre ambos sexos, constituyendo un atentado contra los derechos humanos de las mujeres, entre los que se incluyen el derecho a la vida, a la igualdad, a la libertad y la seguridad, a tener el mayor nivel de salud mental y física posible, a tener unas condiciones laborales justas y favorables, a la igual protección ante la ley, a no sufrir discriminación y a no ser víctima de tortura o de un trato degradante. Por tanto, está presente en todos los ámbitos que rodean a la mujer, como la familia, la comunidad o el Estado, afectando a su desarrollo físico, sexual y psicológico. Dentro de la familia, se señalan aspectos como el maltrato, la mutilación genital femenina, la violación por parte del cónyuge, el abuso sexual en la infancia, la violencia ejercida por otros familiares, relacionada con la dote o con la explotación. En el caso de la comunidad, se añade la prostitución, la trata de mujeres, el abuso sexual, la violación o la intimidación y acoso laborales. Por último, el Estado, como órgano responsable de garantizar los derechos anteriormente mencionados, debe responsabilizarse y tomar medidas para evitar que se produzca esta violencia (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993).

En el presente estudio, el foco de interés es la violencia sexual, un fenómeno que hace alusión a cualquier acto sexual o intento de consumarlo, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas o las acciones que utilizan o comercializan la sexualidad de una persona de manera forzada o coercitiva, independientemente de la relación que tenga la víctima con el agresor y del lugar en el que se lleve a cabo. Esta definición abarca diversas circunstancias, aunque no se reduce exclusivamente a éstas, como la violación dentro del matrimonio o noviazgo y fuera de la pareja; el abuso sexual en la infancia o de personas con una discapacidad mental o física; la esclavitud sexual y la violación sistemática en el contexto bélico; la coacción mediante el uso de la fuerza física, las amenazas o la intimidación psicológica; el matrimonio y la cohabitación forzadas; las insinuaciones o el acoso sexual; o mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad, ya sea por miedo a la pareja o por no poder prestar consentimiento debido a estar dormida, mentalmente incapacitada o bajo los efectos del alcohol u otra droga (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013a).

En conclusión, la violencia sexual contra la mujer es un fenómeno producto de la desigualdad de género, que ocurre independientemente de la cultura, el contexto social y la relación que compartan el agresor y la víctima, englobando una gran variedad de comportamientos de naturaleza sexual que son forzados, indeseados, no consentidos y que ponen en riesgo la integridad física, sexual y psicológica de la víctima.

1.1.1. La violencia sexual en la infancia.

La violencia sexual afecta en mayor medida a las mujeres y puede comenzar a edades muy tempranas, como en la infancia y la adolescencia, dos períodos especialmente sensibles y decisivos a nivel evolutivo. Una investigación señaló que la prevalencia de violencia sexual antes de los 15 años en la Unión Europea es del 12% en mujeres (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014). En el caso de las mujeres residentes en España, el 3,4% fueron víctimas de violencia sexual antes de los 15 años (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019). Al observar los datos sobre delitos sexuales en el territorio español entre 2015 y 2019, el 39,4% de víctimas de algún tipo de violencia sexual fueron mujeres menores de 18 años, de las cuales un 46,5% habían sufrido abuso sexual (López et al., 2020). Además, se ha identificado a los hombres como responsables del 97% de casos de abuso sexual infantil, tratándose en el 51% de las ocasiones de un desconocido para la víctima (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014).

Se ha encontrado que las experiencias sexuales traumáticas durante la infancia se relacionan con una mayor probabilidad de revictimización, depresión, ansiedad, baja autoestima, conductas sexuales de riesgo y disfunciones sexuales en la adultez. Además, puede acarrear trastornos disociativos, de personalidad, de estrés postraumático, somáticos, alimentarios o dolor crónico

(Cantón-Cortés y Cortés, 2015). Del mismo modo, también pueden surgir trastornos del apego y de la autoestima, relaciones sociales altamente agresivas o sexualizadas, consumo de alcohol y drogas, dificultad para crear vínculos con los demás o conductas autodestructivas (Intebi, 2012). Por último, cabe destacar que un 30% de mujeres europeas que han sido víctimas de violencia sexual durante su infancia también lo han sido a manos de sus parejas actuales o anteriores (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014).

1.1.2. La violencia sexual dentro de la pareja.

La violencia sexual dentro de la pareja hace referencia a que la mujer se vea obligada a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad por el uso de la fuerza física, por miedo a lo que pudiera suceder si se niega a ello y/o a realizar actos sexuales humillantes o degradantes (OMS, 2013b). En mujeres de 15 a 49 años, se señalan porcentajes de violencia sexual a manos de la pareja que van desde el 6% en Japón hasta el 59% en Etiopía (García-Moreno et al., 2005). Una encuesta sobre la violencia contra la mujer en la Unión Europea reveló que un 4% de las mujeres han participado en actividades sexuales en contra de su voluntad, un 5% por miedo a lo que pudiera suceder si se negaban a ello, un 4% han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas y un 4% ha sufrido tentativas de relaciones sexuales forzadas a manos de una pareja o expareja (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014). En España, un 8,9% de mujeres mayores de 16 años ha sido victimizada sexualmente por una pareja o expareja y un 7,5% ha sufrido una violación por una pareja o expareja (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

Respecto al perfil de las mujeres que han sufrido violencia sexual dentro de la pareja en España, el 11,1% tiene entre 18 y 24 años, el 14,6% son de nacionalidad extranjera y el 14,8% presenta un grado de discapacidad igual o superior al 33%. En el 99,2% de los casos de violencia sexual por parte de la pareja actual y en el 98,8% de los casos de violencia sexual por parte de la expareja, los autores de dicha violencia son hombres. En general, la violencia sexual no suele ocurrir como un episodio aislado, sino que tiende a repetirse, con las víctimas indicando que ésta tuvo lugar en más de una ocasión en el 86,2% de incidentes con la pareja actual y en el 88,8% con una pareja anterior (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

La violencia sexual dentro de la pareja entraña una serie de consecuencias a nivel emocional, psicológico y físico. En primer lugar, según el análisis realizado en Europa, las mujeres victimizadas presentan respuestas emocionales como el miedo, la ira o la humillación mayoritariamente, seguidas de la conmoción, el enfado, la vergüenza, la culpabilidad o la agresividad. En segundo lugar, las consecuencias de tipo psicológico incluyen la falta de confianza en una misma, el sentimiento de

vulnerabilidad, la ansiedad, las dificultades para relacionarse con los demás, los problemas para dormir, la depresión, los ataques de pánico y los problemas de concentración. Por último, las consecuencias físicas más comunes son los moratones y arañazos, seguidas de las heridas, esguinces y quemaduras, las fracturas, las conmociones cerebrales, las lesiones internas o los abortos (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014).

Asimismo, la violencia de pareja tiene consecuencias que pueden afectar a la salud de la mujer, entre las que se incluyen las infecciones de transmisión sexual y el VIH, las complicaciones en el embarazo (ej., bajo peso y nacimiento prematuro) o el consumo de alcohol. En última instancia, esta violencia puede tener consecuencias mortales para las víctimas, como el suicidio o el homicidio a manos de la pareja (OMS, 2013b). En España, las consecuencias de la violencia sexual dentro de la pareja se analizan conjuntamente con la violencia física, por lo que no se dispone de datos independientes y, por ello, no es posible proporcionar información al respecto.

1.1.3. La violencia sexual fuera de la pareja.

La violencia sexual también puede ocurrir por parte de otras personas distintas a la pareja, como un familiar, un amigo, un conocido o un extraño, cuando estos obligan a la mujer a realizar cualquier acto sexual en contra de su voluntad (OMS, 2013b). A nivel mundial, se estima que alrededor de un 6% de mujeres entre 15 y 49 años ha sufrido violencia sexual fuera de la pareja, siendo más frecuente en países desarrollados como Australia y Nueva Zelanda (19%) y menos común en zonas como Asia del Sur (2%) (OMS, 2021). En Europa, un 2% de las mujeres han participado en actividades sexuales en contra de su voluntad, un 2% por miedo a lo que pudiera suceder si se negaban a ello, un 2% han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas y un 3% ha sufrido tentativas de relaciones sexuales forzadas por personas que no eran la pareja (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014). En España, un 6,5% de mujeres mayores de 16 años ha sido victimizada sexualmente y un 2,2% han sido violadas, en ambos casos por alguien que no era la pareja (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

Respecto al perfil de las mujeres que han sufrido violencia sexual fuera de la pareja en España, el 11,5% tiene entre 18 y 24 años, el 9,4% cuenta con un nivel de estudios universitarios, el 9,7% son de nacionalidad extranjera y el 10,3% tiene un grado de discapacidad igual o superior al 33% (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019). Según datos europeos, un 97% de agresiones fuera de la pareja fueron cometidas por un hombre, tratándose en un 27% de las ocasiones de un amigo o conocido y en un 23% de desconocidos (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014). Lo mismo sucede en España, donde el 98,4% de

agresores sexuales eran hombres, de los cuales un 49% eran amigos o conocidos de la víctima y un 39,1% eran desconocidos. La frecuencia con la que este tipo de violencia tiene lugar en más de una ocasión suele ser muy baja y, por tanto, suele interpretarse como un suceso aislado (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

Debido a lo traumática que es la situación para la víctima de violencia sexual por una persona distinta a la pareja, ésta puede enfrentarse a consecuencias de tipo emocional, psicológico o físico. A nivel emocional, más de la mitad las mujeres europeas victimizadas muestran miedo, ira, conmoción o humillación. En cuanto al aspecto psicológico, la mayoría aluden a los sentimientos de vulnerabilidad, la falta de confianza en una misma o la ansiedad; mientras que, a nivel físico, lo más frecuente es que la mujer presente moratones y arañazos (Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014). Del mismo modo, en España, las mujeres víctimas de violencia sexual en el último año han manifestado sintomatología emocional, incluyendo insomnio, angustia, cambios de ánimo, irritabilidad, ganas de llorar, fatiga constante o tristeza. En lo que respecta a las secuelas psicológicas, la mayoría han señalado la ansiedad, desesperación, pérdida de autoestima, depresión, problemas de sueño, alimentación o concentración y, en menos del 10% de las ocasiones, dolor recurrente, ideación suicida y conductas autolíticas. Por último, la prevalencia de las consecuencias físicas es relativamente baja, siendo lo más común tener una discapacidad a causa de esta violencia o presentar cortes, rasguños, moratones o dolor (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

Asimismo, la OMS (2013b) indica otras consecuencias de la violencia sexual fuera de la pareja, como el desarrollo de trastornos depresivos, ansiosos, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por consumo de alcohol. Entre las mujeres que han sufrido este tipo de violencia en España, el 10,1% se ha ausentado de su puesto de trabajo o su centro de estudios y el 12,7% ha consumido alguna sustancia para afrontar lo sucedido (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

1.2. El consumo de alcohol.

El alcohol es una sustancia psicoactiva depresora del sistema nervioso central que, por un lado, puede llegar a provocar daños cerebrales y neuropsicológicos, afectando a las actividades de la vida diaria y a procesos como el aprendizaje, la coordinación motora, la memoria, la atención o el control de impulsos; y, por otro, tiene el potencial, como cualquier otra droga, de causar dependencia (Aragón y Miquel, 2008). Se considera que hay una intoxicación por alcohol cuando, tras su consumo reciente, aparecen cambios psicológicos o de conducta problemáticos (ej., cambios de humor, juicio alterado, comportamientos sexuales inadecuados) y síntomas a nivel motor o cognitivo, como la

descoordinación, el habla disártrica, el estupor o coma, la marcha insegura, el nistagmo y las alteraciones en la memoria o la atención (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El alcohol está presente en prácticamente todas las sociedades y culturas, con un 43% de la población mundial que lo consume en la actualidad. Europa es el continente donde más alcohol se consume (59,9%), seguido de América (54,1%), de acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). En España, se lleva a cabo bienalmente la Encuesta sobre alcohol y otras drogas (EDADES) para conocer cómo es el consumo de sustancias en población general de 15 a 64 años dentro del territorio español. Esta encuesta señala que el alcohol es la sustancia más consumida por ambos sexos en todos los grupos de edad y, en general, su consumo es mayor en hombres que en mujeres (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

1.2.1. Definición y tipos de consumo de alcohol.

Cuando se habla de la evaluación del consumo de alcohol, hay distintos conceptos que se utilizan. Uno de los más empleados es el de las intoxicaciones etílicas agudas, también conocidas como borracheras. Del mismo modo, es posible distinguir entre varios tipos de consumo intensivo de alcohol, donde se produce una alta ingesta de alcohol en un período concreto de tiempo. Por un lado, se encuentra el consumo episódico excesivo de alcohol (*heavy episodic drinking*, en inglés), definido como un patrón de consumo de alcohol problemático en el que se ingieren, al menos una vez al mes, 60 gramos o más de alcohol puro en una única ocasión como mínimo (OMS, 2018). Por otro lado, está el consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*, en inglés), que en mujeres hace referencia a tomar cuatro o más bebidas alcohólicas en un único momento, ya sean seguidas o en un período de dos horas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

El consumo de riesgo de alcohol puede cuantificarse mediante el consumo promedio semanal de riesgo, que en mujeres equivale a 17 o más unidades de bebida estándar de alcohol, es decir, bebidas que contienen 10 gramos de alcohol (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021). Asimismo, el consumo prolongado de alcohol puede contribuir al desarrollo de tolerancia y de abstinencia, que a su vez pueden derivar en la dependencia del alcohol. La tolerancia hace referencia a la adaptación del organismo a la presencia continua de la sustancia, por lo que cada vez requiere una mayor frecuencia y cantidad de alcohol para mantener los mismos efectos (Aragón y Miquel, 2008). En cambio, la abstinencia consiste en la interrupción o reducción de un consumo prolongado e intensivo de alcohol, a partir de la cual aparecen síntomas como la hiperactividad del sistema nervioso autónomo, insomnio, temblor de manos, náuseas, vómitos, agitación psicomotora, ansiedad, convulsiones tónico-clónicas generalizadas o alucinaciones de tipo visual, táctil o auditivo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Tanto la tolerancia como la abstinencia son efectos del consumo continuado de alcohol y ambos son también criterios del trastorno por consumo de alcohol. Este trastorno se caracteriza por un patrón problemático de consumo de alcohol, a lo largo de un año, en el que existe un gran deseo por consumir alcohol y éste se traduce en un uso frecuente, recurrente y continuo que lleva a un deterioro de las esferas sociales, profesionales o de ocio, al abandonar o incumplir las responsabilidades y tareas de cada una de ellas. Los intentos para dejar este consumo descontrolado suelen ser en vano, ya que se sigue consumiendo aun cuando los efectos son claramente negativos y contribuyen al malestar físico, social y psicológico del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). En todo el mundo, un 1,7% de las mujeres presenta un trastorno por consumo de alcohol, mientras que en Europa el 3,5% de las mujeres tiene este trastorno (OMS, 2018).

1.2.2. Prevalencia del consumo de alcohol.

A pesar de que los hombres suelen presentar una prevalencia mayor de consumo de alcohol en general, el objetivo del presente estudio es analizar el consumo en mujeres. Así, a nivel mundial, el porcentaje de consumidoras de alcohol actualmente es del 32,4%, siendo en Europa, el continente con mayor consumo de alcohol, la prevalencia de mujeres consumidoras del 51,7% (OMS, 2018). En la última edición de la encuesta EDADES, se constató que el 91,4% de mujeres entre 15 y 64 años habían tomado alcohol en alguna ocasión, el 70,8% en el último año y el 55,7% en el último mes (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

En España, la media de edad de inicio en el consumo de alcohol en mujeres de 15 a 64 años se sitúa en los 17 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022). El 75,8% de mujeres de 25 a 34 años han bebido alcohol en el último año y el 60,5% en el último mes, constituyendo el grupo de edad con mayor prevalencia de consumo. Estas cifras no difieren demasiado de las reportadas por las mujeres de 15 a 24 años, que presentan un 75,1% de consumo de alcohol en el último año y un 60% en el último mes. Asimismo, las intoxicaciones etílicas agudas son más prevalentes entre las mujeres de 15 a 24 años, con un 31,4% que han ocurrido en el último año y un 13,5% en el último mes. Además, alrededor del 25% de mujeres de 20 a 24 años han presentado *binge drinking* en el último mes (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

En el caso del consumo episódico excesivo de alcohol (*heavy episodic drinking*), la prevalencia entre las mujeres que beben alcohol actualmente es del 19,9% a nivel mundial, un porcentaje que asciende hasta el 24,5% en Europa (OMS, 2018). En España, el 12,2% de mujeres entre 15 y 24 años muestra un consumo de riesgo. Al analizar el consumo promedio de alcohol en la última semana, cuantificado a partir del número de unidades de bebida estándar, el 4,6% de mujeres de entre 15 y 24 años presenta el mayor consumo de riesgo (Observatorio Español de las Drogas y las

Adicciones, 2021). En cuanto al consumo diario de alcohol en el último mes, existe una tendencia creciente a medida que aumenta la edad, llegando al 6,1% en mujeres de 55 a 64 años (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

1.2.3. Consecuencias del consumo de alcohol.

El consumo de alcohol tiene un efecto reforzador y puede actuar como un mecanismo de recompensa por sus beneficios percibidos (Aragón y Miquel, 2008). Sin embargo, también tiene consecuencias sobre la salud y la vida del individuo, desde el desarrollo de diversos problemas y trastornos hasta la muerte. En España, el consumo de alcohol se relaciona con el consumo de otras sustancias psicoactivas simultáneamente, lo que se conoce como policonsumo, incrementando los efectos y riesgos de unas sobre otras, dificultando el diagnóstico y posterior tratamiento (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

En España, el 1,2% de las mujeres de entre 15 y 64 años reconoce haber consumido alcohol durante el embarazo (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021), un hecho que entraña un gran peligro para el bebé y que puede incrementar las posibilidades de que se produzca un aborto espontáneo, un parto prematuro, un bajo peso al nacer o incluso la muerte fetal, es decir, el nacimiento de un bebé sin vida. Además, la exposición prenatal al alcohol se relaciona con la aparición del trastorno del espectro alcohólico fetal, que implica un daño crónico del sistema nervioso central que se refleja en una serie de anomalías mentales, físicas, cognitivas y conductuales de por vida, como retrasos en el crecimiento, discapacidad intelectual, trastornos del comportamiento, dificultad en el lenguaje y el habla, déficits visuales y auditivos, y malformaciones congénitas o cardíacas, entre otros (OMS, 2018).

El consumo de alcohol es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. De entre todas las muertes de mujeres atribuibles al consumo de alcohol en 2016, un 58,4% se debieron a enfermedades no transmisibles (tumores, diabetes mellitus, trastornos por consumo de alcohol, epilepsia, enfermedades cardiovasculares o digestivas), el 28,7% a lesiones (en su mayoría accidentales) y el 12,9% a condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (OMS, 2018). Entre 2010 y 2017, un promedio de 4052 mujeres falleció en España a causa del alcohol. El cáncer fue el principal motivo de mortalidad asociada al consumo de alcohol, seguido de otras condiciones médicas como las enfermedades circulatorias, digestivas, metabólicas, infecciosas, neurológicas/mentales o por otras causas externas (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

1.3. La relación entre la violencia sexual y el consumo de alcohol.

En los apartados anteriores, se ha profundizado independientemente en los factores y consecuencias asociadas al consumo de alcohol y a la violencia sexual, dado que ambas constituyen problemáticas que presentan una gran incidencia en la sociedad actual. El alcohol es la droga más implicada en situaciones de violencia sexual (Observatorio Noctámbul@s, 2018) por lo que, si los efectos de ambas condiciones son elevados cuando se analizan por separado, estos se maximizarán cuando se presenten conjuntamente. Está demostrado que, en las mujeres, el consumo problemático de alcohol y la exposición a la violencia sexual dentro y fuera de la pareja son dos eventos extremadamente interconectados. En el caso de la violencia dentro de la pareja, existe una relación bidireccional en la cual la violencia puede llevar al consumo de alcohol y viceversa, por lo que las mujeres con historias de violencia sexual consumen más alcohol y, del mismo modo, aquellas que tienen un consumo problemático presentan mayor probabilidad de sufrir este tipo de violencia. Además, existe una asociación significativa entre sufrir violencia sexual fuera de la pareja y el consumo problemático de alcohol, incluyendo trastornos por consumo de alcohol, intoxicaciones etílicas, abuso o consumo frecuente de alcohol (OMS, 2013b). En este sentido, la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas se asocia con un mayor riesgo de victimización sexual en mujeres (Conley et al., 2017) y existe una mayor probabilidad de sufrir una agresión sexual cuando la mujer indica consumo de alcohol en atracón en el último mes o presenta un consumo de riesgo (Mellins et al., 2017).

Una de las formas de violencia sexual que considera la Organización Mundial de la Salud (2013a) es el ser obligada a mantener relaciones sexuales cuando se está bajo los efectos del alcohol u otra droga y no se puede prestar consentimiento explícito. Una investigación reciente señaló que el alcohol era la droga más consumida en agresiones sexuales facilitadas por sustancias o por un estado de incapacidad de la víctima (Champion et al., 2022). En la misma línea, otro estudio indicó que el 92,2% de mujeres que habían sufrido violencia sexual se encontraban bajo los efectos del alcohol, por lo que el agresor se había aprovechado de este estado para involucrarlas en situaciones de carácter sexual sin su consentimiento (Fuentes-Pumarola et al., 2021). En España, el 1,8% de mujeres mayores de 16 años reconocen haber accedido a mantener relaciones sexuales con su pareja cuando se encontraban bajo la influencia del alcohol o las drogas y no podían oponer resistencia. Lo mismo ocurre en el caso de las mujeres cuyo agresor no era una pareja, con un 0,9% que reportan haber participado en relaciones no consentidas cuando estaban bajo la influencia de una sustancia. No obstante, entre las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia sexual fuera de la pareja a lo largo de la vida, el 13,7% de ellas indica haber tenido sexo bajo los efectos del alcohol o las drogas (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

La Organización Mundial de la Salud (2013a) indica que una de las consecuencias de la violencia sexual es el abuso de alcohol y otras drogas. Además, el alcohol también puede servir como un mecanismo de afrontamiento en víctimas de violencia sexual para lidiar con las secuelas del abuso sufrido (OMS, 2013b). En España, el 5,5% de mujeres víctimas de violencia sexual fuera de la pareja y el 12,2% de víctimas de violación fuera de la pareja consumió alcohol para afrontar esta situación (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019). Asimismo, otro estudio encontró que la gravedad de la agresión sexual se relaciona con el consumo de alcohol para lidiar con la ansiedad (Neilson et al., 2017).

2. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo consiste en revisar los artículos científicos publicados en los últimos cinco años acerca de la violencia sexual y el consumo de alcohol en mujeres, para averiguar qué factores y características están involucrados en esta relación.

Posteriormente, se planteará el desarrollo de un programa de prevención centrado en la violencia sexual y el consumo de alcohol de las mujeres para atender a las necesidades de las víctimas y proporcionarles herramientas de ayuda, integrando y aplicando los aspectos relevantes señalados por los estudios que componen la revisión bibliográfica realizada.

3. Método

En el presente trabajo, se llevó a cabo una revisión bibliográfica en el mes de abril de 2023, con la finalidad de analizar artículos científicos que analicen el consumo de alcohol en mujeres adultas víctimas de violencia sexual (incluyendo el abuso, la agresión y la violación). Para ello, se recurrió a las bases de datos PsycInfo y Pubmed.

En un primer momento, se realizó una búsqueda para conocer cuáles eran los términos relacionados con el tema que se quería abordar. Así, se introdujeron términos como *sexual abuse*, *sexual aggression*, *alcohol consumption* o *alcohol abuse*. Gracias a esta búsqueda, se añadieron conceptos como *sexual violence*, *sexual assault* o *rape*. Se determinó que resultaría más útil, para los fines del estudio, utilizar únicamente la palabra *alcohol*, ya que recogía todos los términos anteriores (consumo de alcohol, abuso, uso excesivo, etc.).

Una vez escogidos los conceptos, se procedió a la búsqueda de los artículos relevantes. Al trabajar con términos como *sexual abuse*, compuestos de dos palabras, se optó por recurrir al operador de proximidad, de forma que se especifica que los términos deben de encontrarse, como máximo, a una distancia de *n* palabras uno del otro. En PsycInfo este operador se escribe como *término1 NEAR/n término2*, mientras que en PubMed se escribe como "*término1 término2*"[:~*n*]. Todos los términos escogidos se buscaron en el título del documento y en el resumen.

De este modo, la fórmula en PsycInfo fue *tiab((sexual NEAR/1 (violence OR aggression OR assault OR abuse) OR rape)) AND tiab(alcohol*)* y en PubMed se escribió como *(((((("sexual violence"[Title/Abstract:~1]) OR ("sexual abuse"[Title/Abstract:~1]) OR ("sexual aggression"[Title/Abstract:~1]) OR ("sexual assault"[Title/Abstract:~1]) OR (rape[Title/Abstract])) AND (alcohol*[Title/Abstract])).*

En cuanto a los criterios de inclusión, se consideraron como elegibles los artículos científicos publicados en los últimos 5 años (desde el 1 de enero de 2018 en adelante), cuyo idioma fuese el castellano o el inglés, y con muestras formadas por mujeres de 18 años o más. Como criterios de exclusión se establecieron los libros y tesis doctorales, estudios en los que también tienen hombres en la muestra y no aportan datos sobre las diferencias en función del sexo.

Mediante la búsqueda en ambas bases de datos, se recuperaron un total de 727 artículos, de los cuales se eliminaron 191 duplicados, quedando un total de 536 artículos para ser cribados. Tras revisar los títulos, se eliminaron 178 artículos, tras revisar el resumen se eliminaron 183 y, por último, tras la lectura del texto completo, se eliminaron 126. En 12 casos no fue posible acceder al artículo completo. Por lo tanto, el número final de artículos seleccionados fue de 37.

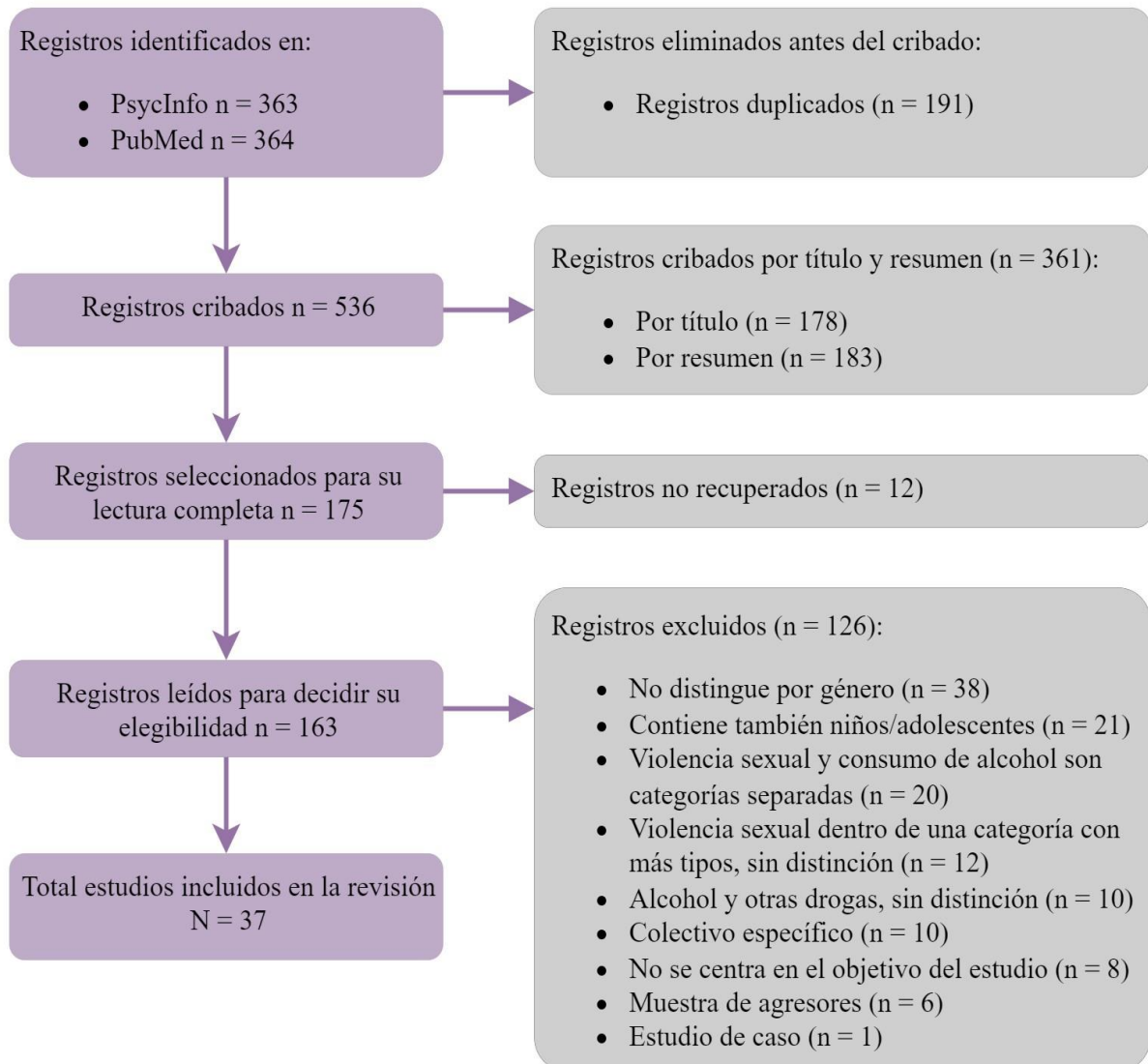
Los motivos por los cuales se descartaron los artículos fueron los siguientes:

- No distingue los resultados por sexo (n = 38).
- La muestra contiene también niños y/o adolescentes (n = 21).
- La violencia sexual y el alcohol no se analizan en conjunto (n = 20).
- La violencia sexual se incluye dentro de una categoría con más tipos de violencia, sin distinción en los resultados (n = 12).
- El alcohol se incluye dentro de la categoría “alcohol y otras drogas”, sin distinción en los resultados (n = 10).
- Es un colectivo muy específico y hay pocos artículos para poder comparar resultados (n = 10).
- No se centra en el objetivo del presente estudio (n = 8).
- La muestra es de agresores y no de víctimas (n = 6).
- Estudio de caso (n = 1).

Puede consultarse el diagrama de flujo (Figura 1) que resume cómo se llevaron a cabo los pasos en la búsqueda bibliográfica.

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda bibliográfica.



4. Resultados

Para esta revisión bibliográfica, se han seleccionado 37 artículos que relacionan el consumo de alcohol con la violencia sexual en mujeres. Tras el análisis de los estudios, se han dividido en siete categorías en función de su temática principal: abuso sexual en la infancia, violencia sexual en la adultez, orientación sexual, variables mediadoras y moderadoras, programas de intervención, estrategias de protección y de afrontamiento y consumo de alcohol previo a la agresión sexual. Las principales características de los estudios seleccionados pueden consultarse en el Anexo 1.

4.1. Abuso sexual en la infancia

Los estudios en población adulta coinciden en que el abuso sexual en la infancia es más prevalente en mujeres que en hombres (Meyers et al., 2018; McCabe et al., 2021; Salokangas et al., 2018), aunque Almuneef (2019) señala que la prevalencia es mayor en hombres. A pesar de que se encontraron asociaciones significativas entre el consumo de alcohol en la adultez y el abuso sexual infantil en mujeres (Madkour et al., 2020; Meyers et al., 2018; Rivas-Rivero et al., 2020; Salokangas et al., 2018; Schückher et al., 2018), dos investigaciones hallaron que los hombres presentaban mayor consumo de alcohol (Almuneef, 2019) y trastornos por consumo de alcohol (McCabe et al., 2021) y otra no encontró un efecto directo entre ambas variables (Florez et al., 2020).

Rivas-Rivero et al. (2020) llevaron a cabo un estudio con mujeres víctimas de violencia de género en el que descubrieron que el abuso sexual antes y después de los 18 años constituyen factores de riesgo para el consumo excesivo de alcohol. En comparación a quienes fueron víctimas después de los 18 años, las mujeres que habían sufrido abuso sexual siendo menores de 18 años presentaban un consumo excesivo de alcohol en un 41% de los casos. Del mismo modo, Madkour et al. (2020)

señalaron que el consumo de alcohol es más prevalente cuando la mujer ha sido víctima de abuso sexual por parte de un progenitor o cuidador durante su infancia, en contraste con quienes no beben o lo hacen de manera puntual. Asimismo, Salokangas et al. (2018) señalaron que el abuso sexual infantil tiene un efecto directo sobre el consumo problemático de alcohol.

El consumo problemático de alcohol, prolongado en el tiempo, puede acabar contribuyendo al desarrollo de un trastorno por consumo de alcohol. Se ha comprobado que el abuso sexual infantil se relaciona con un inicio más temprano del trastorno por consumo de alcohol, con una diferencia de 10,5 años en comparación con quien no sufrió este tipo de abuso (Schückher et al., 2018). Meyers et al. (2018) encontraron que las mujeres de etnia hispana que fueron víctimas de abuso sexual infantil presentan un mayor riesgo para la aparición de este trastorno. Además, las mujeres que han sufrido dos o más tipos de abuso sexual infantil tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT, intentos de suicidio, trastorno por consumo de sustancias u otros trastornos mentales (McCabe et al., 2021).

4.2. Violencia sexual en la adultez

En cuanto a la violencia sexual en la adultez y el consumo de alcohol, se analizaron un total de diez estudios: cuatro se llevaron a cabo en población universitaria (Caamano-Isorna et al., 2018; de Heer et al., 2020; Redondo-Martín et al., 2021; Yeater et al., 2020), cuatro en población general femenina (Blayney et al., 2018; Lippus et al., 2020; Ndungu et al., 2020; Tadros et al., 2018) y dos con mujeres que se dedican al trabajo sexual (Beaujolais et al., 2019; Couture et al., 2020).

En lo referente a la población universitaria, se encontró que las mujeres que presentaban una dependencia al alcohol (Caamano-Isorna et al., 2018), un consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) en el último mes o que se han emborrachado en el último año (Redondo-Martín et al., 2021) tenían un mayor riesgo de agresión sexual. Del mismo modo, se encontró que las mujeres que consumieron más de seis bebidas alcohólicas y quienes se emborracharon en el último mes tienen mayor probabilidad de sufrir victimización sexual (de Heer et al., 2020). Por el contrario, Yeater et al. (2020) en una investigación con evaluación ecológica momentánea para conocer los factores de riesgo vinculados a las agresiones sexuales en mujeres, concluyeron que el consumo excesivo de alcohol no es un predictor significativo de la agresión sexual. Este estudio señaló que, a nivel individual, la presión para tener sexo, el consumo de alcohol con amigos, tener sexo sin protección o arrepentirse de un encuentro sexual casual predicen la agresión sexual. En mujeres, además del consumo elevado de alcohol, los artículos indican otros factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir una agresión sexual, como el consumo conjunto de grandes cantidades de pornografía y de alcohol (de Heer et al., 2020), el consumo de cannabis, pertenecer a más de una etnia, haber sufrido una agresión

sexual previamente o ser bisexual, aunque en estos dos últimos casos la probabilidad es mayor en hombres (Caamano-Isorna et al., 2018).

En cuanto a las mujeres de la población general, el consumo de alcohol se encuentra involucrado en las agresiones sexuales (Tadros et al., 2018) y aumenta la probabilidad de que éstas se produzcan fuera de la pareja (Ndungu et al., 2020). Del mismo modo, la violencia sexual se relaciona con un mayor consumo de alcohol (Blayney et al., 2018; Lippus et al., 2020). Por lo tanto, parece existir una relación bidireccional entre ambas variables. Tadros et al. (2018) señalaron que las mujeres agredidas sexualmente que acudieron a un servicio de urgencias habían consumido alcohol en el 69% de los casos, lo cual retrasaba considerablemente la búsqueda de atención médica en estas víctimas, que acudían a urgencias al menos 24 horas más tarde que quienes no habían bebido. Tanto el abuso de alcohol (Ndungu et al., 2020) como la violencia sexual (Lippus et al., 2020) se asocian con el consumo de otras drogas y con las relaciones sexuales a cambio de una recompensa material.

Además, estos artículos analizaron otras variables, lo que podría añadir una perspectiva interesante a los resultados. En el caso de Blayney et al. (2018), la investigación se centró en el reconocimiento de la violación, ya que puede influir en el ajuste posterior de las víctimas, distinguiendo entre víctimas que sí reconocen haber sufrido una violación y víctimas que no son conscientes de haber sido violadas o no se reconocen como tal. Encontraron que en ambos tipos de víctimas hay un mayor consumo de alcohol de riesgo. El abuso de alcohol (Ndungu et al., 2020) y el reconocimiento de la violación (Blayney et al., 2018) se asocian con la depresión. La violencia sexual se relaciona además con una mayor probabilidad de consumo de tabaco y conductas sexuales de riesgo, entre las que se abarca no usar métodos anticonceptivos, estar diagnosticada de una ITS o mantener relaciones sexuales concurrentes durante una relación sentimental actual (Lippus et al., 2020). Asimismo, Blayney et al. (2018) encontraron que el reconocimiento de la violación también se asocia con mayores niveles de ansiedad y síntomas somáticos, mientras que quienes no reconocen haber sido violadas indican más días de consumo excesivo de alcohol.

Por último, entre las mujeres que se dedican al trabajo sexual, se encontró que la violencia sexual por parte de un cliente duplicaba el riesgo de tener un trastorno por consumo de alcohol (moderado/severo) y de sufrir violencia física por parte de un cliente (Couture et al., 2020), mientras que el consumo de alcohol aumentaba la vulnerabilidad de las trabajadoras a la violencia sexual y física por parte de los clientes (Beaujolais et al., 2019). Además, estos dos estudios tomaron en consideración otras variables como factores de riesgo. Por un lado, Couture et al. (2020) señalaron que la violencia sexual confería una mayor probabilidad de malestar psicológico (moderado/severo), deudas, inseguridad alimentaria y de la vivienda. Y, por otro lado, Beaujolais et al. (2019) indicaron

que algunas de las trabajadoras recurrieron al alcohol como medio para afrontar el dolor físico o el abuso sexual que habían sufrido. El consumo de alcohol, además de hacerlas más vulnerables a la violencia, también afectaba a su capacidad para negociar las condiciones relacionadas con el intercambio de servicios sexuales, como la negociación del uso del preservativo y de los actos sexuales, el número de clientes presentes o la solicitud del pago por la duración del servicio prestado.

4.3. Orientación sexual

La mayoría de los artículos que incluyen la orientación sexual como variable encontraron que la violencia sexual se relaciona con un consumo excesivo de alcohol en las mujeres que se identifican como pertenecientes a una minoría sexual (Norris et al., 2020), incluyendo mujeres bisexuales, lesbianas (McCabe et al., 2021), con parejas sexuales no penetrativas o que tienen sexo con otras mujeres o con hombres y mujeres (McCauley et al., 2020). Sin embargo, López y Yeater (2018) encontraron que más mujeres heterosexuales habían consumido alcohol cuando se produjo la agresión sexual, en comparación con las mujeres que se identifican como minoría sexual (lesbianas y bisexuales). No obstante, este estudio concluyó que las mujeres de minorías sexuales presentaban una mayor prevalencia de revictimización, victimización sexual grave en la adultez/adolescencia y consumo de sustancias como modo de afrontamiento, en comparación a las mujeres heterosexuales.

Más concretamente, las mujeres de minorías sexuales tienen tres veces más probabilidades de sufrir violencia sexual y dos veces más probabilidades de presentar un consumo excesivo de alcohol en comparación a las heterosexuales (Norris et al., 2020). Del mismo modo, se encontró que las mujeres bisexuales tienen una mayor probabilidad de tener TEPT e intentos de suicidio, mientras que las mujeres lesbianas son más propensas a tener trastornos mentales o por consumo de sustancias. De entre todas las orientaciones sexuales, las mujeres bisexuales presentaban una mayor prevalencia de abuso sexual infantil, trastorno de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, otros trastornos mentales (incluyendo trastornos del estado de ánimo, de la personalidad o de estrés posttraumático) e intentos de suicidio (McCabe et al., 2021). Por último, en comparación con mujeres que sólo tienen sexo con hombres, se encontró que las asociaciones entre la historia de agresión sexual y el consumo de alcohol (incluyendo el *binge drinking*) fueron más grandes en mujeres con parejas sexuales no penetrativas y más pequeñas en aquellas que tienen sexo con otras mujeres o con hombres y mujeres (McCauley et al., 2020).

4.4. Variables mediadoras y moderadoras

Seis investigaciones señalaron variables de interés que median o moderan la relación entre violencia sexual y consumo de alcohol en mujeres: cuatro incluyen variables mediadoras (Dir et al., 2018; Florez et al., 2020; Machisa et al., 2022; Salokangas et al., 2018) y dos hacen referencia a variables moderadoras (Dardis et al., 2021; Jaffe et al., 2019).

En cuanto a las variables mediadoras con un efecto indirecto en la relación entre el consumo problemático de alcohol y la agresión sexual, se encontraron variables como el *sexting* (es decir, el intercambio de contenido sexual por redes sociales) (Dir et al., 2018) y, en el caso del abuso sexual infantil, la gravedad de la sintomatología del TEPT, la hiperactivación (Florez et al., 2020) o la depresión (Salokangas et al., 2018). Además, el consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*) es una variable mediadora en la relación entre sufrir violencia sexual fuera de la pareja y otros eventos traumáticos (Machisa et al., 2022).

En lo que respecta a las variables moderadoras, Jaffe et al. (2019) realizaron un estudio longitudinal con la identidad sexual como variable moderadora con tres evaluaciones (inicial: T0; al año: T1; a los dos años: T2). Encontraron que, para las mujeres bisexuales, la violación por un estado de incapacidad provocado por el alcohol o las drogas en T2 tiene como predictores haber sufrido este tipo de violación en T0, una violación forzosa en T1 o la interacción entre el consumo episódico excesivo de alcohol y el número de parejas masculinas para tener sexo casual en T1. Específicamente, la frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol en T1 se asocia con un mayor riesgo de violación por un estado de incapacidad en T2 únicamente cuando las mujeres bisexuales tienen más de una pareja masculina para tener sexo casual en T1. Por otro lado, Dardis et al. (2021) analizaron como variable moderadora la sintomatología del trastorno de estrés postraumático. Encontraron que estos síntomas moderan la relación entre el consumo de alcohol al inicio de la investigación y sufrir una agresión seis meses después, y esta asociación es significativa sólo cuando dicha sintomatología es elevada.

4.5. Programas de intervención

Todos los programas de intervención que se analizaron se llevaron a cabo con mujeres universitarias, siendo en dos casos estudios piloto (Bedard-Gilligan et al., 2019; Gulati et al., 2021) y dos intervenciones que utilizaron un formato breve online (Jaffe et al., 2021; Stappenbeck et al., 2021). Tanto Jaffe et al. (2021) como Stappenbeck et al. (2021) asignaron aleatoriamente a las participantes a la condición control o experimental, demostrando que las intervenciones fueron

eficaces para reducir el consumo de alcohol, aunque los resultados variaron en cuanto a la duración de sus efectos.

En el caso de Bedard-Gilligan et al. (2019), la intervención consta de una sesión presencial y cuatro telefónicas a lo largo de un mes, mientras la de Gulati et al. (2021) se desarrolla a lo largo de dos semanas y se compone de catorce módulos de habilidades, siendo siete sobre estrategias de reducción de alcohol y los siete restantes sobre regulación emocional. Ambos estudios piloto se centraron en analizar el contenido, el formato y las posibles mejoras de la intervención, teniendo como destinatarias mujeres víctimas de agresión sexual con un consumo elevado de alcohol. La mayoría de las usuarias opinaron que el contenido era útil, satisfactorio, muy relevante y acorde a sus necesidades y situaciones personales (Bedard-Gilligan et al., 2019; Gulati et al., 2021), mostrando un nivel moderado de compromiso con los módulos y un alto nivel de familiaridad con las estrategias y señalando como posibles mejoras la adición de elementos interactivos, actividades e información específica que facilite la comprensión de las habilidades (Gulati et al., 2021).

Además, Bedard-Gilligan et al. (2019) indicaron una disminución de los síntomas de TEPT y de las consecuencias del consumo de alcohol en relación con el nivel que presentaban inicialmente, aunque el promedio de bebidas por semana aumentó ligeramente. Este aumento podría deberse a que una de las mujeres fue agredida sexualmente en el intervalo de tiempo en el que se realizó el estudio, lo que disparó su consumo de alcohol y, por ende, la media global.

En cuanto a las intervenciones en formato breve online, el programa de intervención de Stappenbeck et al. (2021) consiste en la implementación inicial del estudio piloto de Gulati et al. (2021) y, por tanto, los contenidos y destinatarias son los mismos. La intervención de Jaffe et al. (2021) se basa en una retroalimentación normativa personalizada, es decir, una estrategia para corregir las percepciones erróneas sobre el consumo de alcohol contrastando el consumo propio, la percepción del consumo ajeno y proporcionando información real sobre el consumo ajeno. Ambas intervenciones consiguieron reducir significativamente el consumo episódico excesivo de alcohol en mujeres que habían sido agredidas sexualmente, aunque sólo Stappenbeck et al. (2021) abordaron, además del consumo de alcohol, la regulación emocional en su programa de intervención.

Por un lado, la intervención de Jaffe et al. (2021) demostró su eficacia en mujeres que tenían un historial de violación por un estado de incapacidad provocado por el alcohol, ya que estas presentaron una menor frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol tras recibir la intervención. Más concretamente, a los doce meses, el efecto de la intervención sobre la reducción del consumo episódico excesivo de alcohol estaba moderado por el historial de violación por un estado de

incapacidad, de modo que quien no había sufrido este tipo de violación no presentaba diferencias significativas entre ambas variables al año.

Por otro lado, los resultados de Stappenbeck et al. (2021) sugieren que la intervención consiguió reducir el promedio de bebidas alcohólicas por semana y el consumo episódico excesivo de alcohol, según indican los datos al finalizar la intervención y en el seguimiento al mes de terminar. También se produjo una mejoría en las habilidades de regulación emocional y una disminución de la sintomatología de TEPT tras recibir la intervención. A pesar de que la intervención demostró una mejora inicial rápida entre las mujeres que la recibieron, mientras que el grupo control tuvo una mejora más gradual, las diferencias entre grupos sólo se observaron después del tratamiento y en el seguimiento al mes, puesto que a los seis meses ambos habían alcanzado un nivel similar de mejoría.

4.6. Estrategias de protección y estrategias de afrontamiento

Cinco estudios señalaron la importancia de las estrategias de protección (Scaglione et al., 2021; Sell et al., 2018; Ullman et al., 2018) y de afrontamiento (Bird et al., 2022; Jewkes et al., 2021) en las mujeres para conocer las medidas preventivas que utilizan en circunstancias relacionadas con la agresión sexual y/o el consumo de alcohol y cómo lidian con las situaciones displacenteras que les ocurren en la vida diaria.

En primer lugar, Scaglione et al. (2021) y Sell et al. (2018) se centraron en el uso de estrategias conductuales de protección para evitar una agresión sexual y para reducir el consumo de alcohol en mujeres universitarias durante un período de dos semanas, mientras que Ullman et al. (2018) se centraron en conocer las estrategias que utilizaban las mujeres supervivientes de agresión sexual y sus principales proveedores de ayuda informal, donde se incluyó evitar el alcohol y las drogas, entre otros. Las tres investigaciones coinciden en que utilizar estrategias de protección proporciona una sensación de mayor seguridad a las mujeres a la hora de evitar el riesgo de agresión sexual (Sell et al., 2018; Scaglione et al., 2021), en especial cuando ya han sido victimizadas previamente (Ullman et al., 2018). Sin embargo, hay diferencias entre el diseño y las variables de protección incluidas en cada estudio.

En el de Ullman et al. (2018), algunas víctimas confesaron haber estado bebiendo antes de producirse la agresión sexual, por lo que, tras el suceso, decidieron ser mucho más precavidas y responsables al beber, prestando atención a cuánto y con quién beben, mientras otras eligieron no beber alcohol para evitar situaciones peligrosas. Otras estrategias de protección implementadas incluyeron los cambios conductuales (ej., restricción de actividades sociales, cambios de trabajo y rutina), medidas de seguridad y autodefensa fuera y dentro de casa (ej., compra de armas, no salir de

noche, ser más vigilante del entorno próximo) y proteger a los demás, en especial a los familiares menores, a quienes les enseñaron estrategias para evitar ser víctimas de abuso sexual.

Sell et al. (2018) descubrieron que, en mujeres con un consumo episódico excesivo de alcohol, el consumo de alcohol aumenta cuando hay un mayor uso de estrategias para prevenir la agresión sexual, mientras que se reduce al emplear estrategias para limitar el consumo de alcohol o la forma de beber. Sin embargo, no fue posible examinar si las estrategias eran útiles para reducir el riesgo de sufrir una agresión sexual, ya que ninguna de las participantes indicó haber sido victimizada durante la duración del estudio.

Scaglione et al. (2021) introdujeron como variable, además de las estrategias de protección, la toma de decisiones, que se dividiría entre la disposición y la intención para hacer una tarea. Se encontró que, aunque la intención y disposición para usar ambos tipos de estrategias sea mayor de lo normal, no hay un efecto significativo que indique se utilizan más. No obstante, sí se indicaron dos resultados significativos. El primero, que las mujeres utilizan más estrategias para prevenir una agresión sexual únicamente cuando la disposición para usarlas aumenta a lo largo del día, y no cuando la disposición se mantiene al mismo nivel o disminuye. El segundo resultado destaca que, entre quienes muestran una menor disposición general para utilizar estrategias de reducción del consumo de alcohol, el uso de este tipo de estrategia disminuye en los días en los que indican más disposición para usarlas. A pesar de que los estudios de Sell et al. (2018) y Scaglione et al. (2021) son muy similares, es posible que las diferencias en los resultados de ambos radiquen en que Scaglione et al. (2021) llevaron a cabo una evaluación ecológica momentánea en la que introdujeron la toma de decisiones como variable, mientras que Sell et al. (2018) evaluaron únicamente el uso diario de las estrategias conductuales de protección en relación al consumo de alcohol.

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento se analizaron en mujeres universitarias (Bird et al., 2022) y trabajadoras sexuales (Jewkes et al., 2021), encontrando en ambos casos una relación entre el consumo de alcohol y la violencia sexual. Más concretamente, Bird et al. (2022) señalaron que la gravedad de la agresión sexual en la adultez se asocia con una mayor probabilidad de beber alcohol antes de tener relaciones sexuales, mientras que Jewkes et al. (2021) señalaron que sufrir violencia sexual dentro de la pareja y/o una violación por un cliente, policía u otros hombres se relaciona con una mayor probabilidad de consumir alcohol para afrontar el trabajo sexual, lo que incrementa a su vez el riesgo de experimentar violencia dentro y fuera de la pareja. Además, estos estudios tuvieron en cuenta otras variables como factores de riesgo, como la angustia sexual, las consecuencias sexuales negativas (Bird et al., 2022), el trastorno de estrés postraumático, el trauma en la infancia o la depresión (Jewkes et al., 2021).

Bird et al. (2022) concluyeron que la angustia sexual general se relaciona con una menor probabilidad de consumir alcohol, definiéndose dicha angustia como el malestar e incomodidad que una persona puede sentir tras haber sido agredida sexualmente, por lo que se tiende a evitar la actividad sexual, aun cuando ésta es consentida. También que, entre las mujeres que consumen alcohol antes de tener relaciones sexuales, existe una asociación entre la angustia sexual y las consecuencias sexuales negativas mediada por la motivación para beber como modo de afrontar la angustia sexual. Por otro lado, Jewkes et al. (2021) indicaron que, además del consumo de alcohol, sufrir una violación fuera de la pareja se relaciona con el trauma en la infancia, la depresión, el TEPT y el consumo de otras drogas, mientras que la violencia sexual de pareja se asocia al trauma en la infancia y el TEPT.

4.7. Consumo de alcohol previo a la agresión sexual

Tres artículos tuvieron en cuenta el consumo de alcohol previo a la agresión sexual, derivando en casos de violaciones por un estado de incapacidad (Norris et al., 2019; Ullman et al., 2019), mediante el uso de fuerza física o facilitadas por el uso de alcohol y/o drogas (Basile et al., 2021). El factor común en todos ellos es que la agresión sexual tuvo lugar cuando las mujeres no podían consentir debido a encontrarse intoxicadas por alcohol o drogas. Dos de los artículos proporcionaron datos sobre la prevalencia del consumo de alcohol antes de la agresión: el 20,9% de las mujeres que sufrieron una violación (intento o consumada) mediante el uso de fuerza física (Basile et al., 2021) y el 61% de mujeres víctimas de agresión sexual (Ullman et al., 2019) tomaron alcohol previamente.

No obstante, existen diferencias en cuanto a la metodología utilizada por cada uno de los artículos, ya que Norris et al. (2019) realizaron un estudio longitudinal con mujeres universitarias, Ullman et al. (2019) llevaron a cabo una investigación cualitativa con víctimas de agresión sexual y Basile et al. (2021) emplearon los datos de los años 2010 a 2012 de la Encuesta Nacional sobre Violencia Sexual y de Pareja de los Estados Unidos. Por tanto, los artículos proporcionan diversas perspectivas y contextos.

Norris et al. (2019) encontraron que haber sufrido una agresión sexual por un estado de incapacidad provocado por el alcohol y/o las drogas antes de la universidad predice el consumo episódico excesivo de alcohol y el pico máximo de alcohol en sangre durante el primer semestre de la universidad. Sin embargo, el consumo episódico excesivo de alcohol no se asocia con un mayor riesgo de sufrir una agresión sexual con el tiempo. En este sentido, el único predictor de la agresión sexual en la universidad es haberla sufrido previamente, al igual que el único predictor del consumo episódico

excesivo de alcohol durante la universidad es haber tenido este tipo de consumo antes de la universidad.

Basile et al. (2021) introdujeron en su investigación el consumo voluntario e involuntario de alcohol y drogas. Así, el consumo voluntario es definido como el consumo consciente porque la persona lo ha decidido por voluntad propia, mientras que el uso involuntario significa que otra persona proporciona alcohol o drogas a la mujer sin su conocimiento. A pesar de que en la mayor parte de los casos el consumo de alcohol o drogas fue voluntario, un 29,7% fue de manera involuntaria. Entre las que habían tenido un consumo involuntario, un 5,3% de las mujeres habían sufrido una violación facilitada únicamente por el uso de alcohol.

Ullman et al. (2019) enfocaron su estudio en conocer las experiencias y descripciones de las víctimas de agresión sexual para contrastar si el nivel de incapacidad y/o deterioro experimentado se asemejaba a las categorías propuestas por Littleton et al. (2009). Las mujeres supervivientes incluyeron, como descripción del deterioro y de la incapacidad provocadas por el alcohol, síntomas físicos (ej., náuseas, dolor de cabeza, desorientación y dificultad para hablar), problemas de memoria, mayor tiempo de reacción, consumo involuntario de drogas, estados entre el sueño y la vigilia o limitaciones de tipo cognitivo y emocional (ej., miedo, ansiedad, nerviosismo). Se concluyó que las categorías de “incapacidad” y “deterioro” propuestas por Littleton y colaboradores no responden realmente a las experiencias de las víctimas, resultando complicado categorizar las respuestas en una u otra, ya que éstas podían abarcar ambos aspectos a la vez o ninguno de ellos.

5. Discusión

La relación entre el consumo de alcohol y la violencia sexual en mujeres adultas resulta compleja. Por lo tanto, la presente investigación tenía como objetivo realizar una revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos cinco años para averiguar qué factores y características están involucrados en esta relación.

Se ha demostrado que las mujeres que sufrieron abuso sexual infantil presentan un mayor consumo problemático de alcohol (Madkour et al., 2020; Rivas-Rivero et al., 2020; Salokangas et al., 2018) y trastornos por consumo de alcohol (Meyers, et al., 2018), señalando que el trastorno tiene un inicio más temprano en estas víctimas (Schückher et al., 2018). Sin embargo, Florez et al. (2020) no hallaron un efecto directo entre ambas variables, mientras que dos estudios indicaron que los hombres víctimas de abuso sexual infantil presentan mayor consumo de alcohol (Almuneef, 2019) y trastorno por consumo de alcohol (McCabe et al., 2021).

Asimismo, se ha encontrado que la violencia sexual en la adultez se relaciona con el consumo de alcohol en mujeres universitarias, trabajadoras sexuales y población general. En universitarias, la dependencia al alcohol (Caamano-Isorna et al., 2018), consumir más de seis bebidas alcohólicas (de Heer et al., 2020), el *binge drinking* y las borracheras (Redondo-Martín et al., 2021) se asocian con un mayor riesgo de sufrir agresión sexual. En cambio, Yeater et al. (2020) señalaron que el consumo excesivo de alcohol no predice la agresión sexual. En la población general femenina, la violencia sexual se relaciona con un mayor consumo de alcohol (Blayney et al., 2018; Lippus et al., 2020; Tadros et al., 2018), mientras que el consumo problemático de alcohol se asocia con la violencia sexual fuera de la pareja (Ndungu et al., 2020). Además, Blayney et al. (2018) revelan que, independientemente de que las mujeres reconozcan o no haber sido violadas, éstas presentan un mayor consumo de alcohol de riesgo. Entre las trabajadoras sexuales, el consumo de alcohol aumenta la

vulnerabilidad ante la violencia sexual por parte de los clientes (Beaujolais et al., 2019) y, del mismo modo, ser agredida sexualmente por un cliente duplica el riesgo de presentar un trastorno por consumo de alcohol (Couture et al., 2020).

La mayoría de investigaciones que analizaron la orientación sexual concluyen que las mujeres víctimas de violencia sexual que no son heterosexuales presentan un consumo excesivo de alcohol (Norris et al., 2020; McCabe et al., 2021; McCauley et al., 2020), aunque López y Yeater (2018) indican que el consumo de alcohol previo a la agresión es mayor en mujeres heterosexuales. Asimismo, se hallaron variables mediadoras en la relación entre el consumo de alcohol y la agresión sexual, como el *sexting* (Dir et al., 2018) y, en el abuso sexual infantil, la depresión (Salokangas et al., 2018), la gravedad de la sintomatología del TEPT o la hiperactivación (Florez et al., 2020). Además, el *binge drinking* media la relación entre la violencia sexual fuera de la pareja y otros eventos traumáticos (Machisa et al., 2022). Por otro lado, la sintomatología elevada de TEPT modera la relación entre el consumo de alcohol y la agresión sexual (Dardis et al., 2021) y, en mujeres bisexuales, la interacción entre el consumo episódico excesivo de alcohol y tener más de una pareja masculina para sexo casual predice la violación por un estado de incapacidad (Jaffe et al., 2019).

Los estudios piloto incluidos señalan la importancia de ajustar las intervenciones atendiendo a las necesidades de las mujeres agredidas sexualmente con consumo elevado de alcohol, sugiriendo que un acercamiento breve inicial puede tener un impacto positivo en ellas (Bedard-Gilligan et al., 2019; Gulati et al., 2021). Asimismo, los programas de intervención analizados emplearon un formato breve online y consiguieron reducir el consumo episódico excesivo de alcohol en mujeres víctimas de agresión sexual, mediante la implementación de una retroalimentación normativa personalizada sobre el consumo de alcohol (Jaffe et al., 2021) o estrategias de regulación emocional y reducción del consumo de alcohol (Stappenbeck et al., 2021).

Otras investigaciones estudiaron el uso de estrategias de protección en mujeres, incluyendo técnicas para reducir el consumo de alcohol y evitar las agresiones sexuales (Scaglione et al., 2021; Sell et al., 2018). Además, mujeres supervivientes de agresión sexual reconocieron que su forma de protegerse era evitar el alcohol y las drogas, tomar medidas de seguridad y autodefensa, proteger a los demás y modificar sus rutinas (Ullman et al., 2018). Igualmente, el alcohol constituye un mecanismo de afrontamiento para lidiar con las relaciones sexuales en mujeres víctimas de agresión sexual (Bird et al., 2022) o con la violencia sexual experimentada por trabajadoras sexuales (Jewkes et al., 2021).

El alcohol también está presente en las agresiones sexuales facilitadas por su consumo, por el uso de fuerza física (Basile et al., 2021) o por un estado de incapacidad (Norris et al., 2019; Ullman et

al., 2019), reflejando que los agresores aprovechan que las víctimas se encuentran bajo los efectos de esta droga y no pueden prestar consentimiento.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, la más destacable ha sido que hay informes y estudios que consideraron la violencia sexual y física dentro de la pareja como una única categoría de análisis, mientras que fuera de la pareja ambas se analizan por separado, dificultando la comparación de resultados. Del mismo modo, algunas investigaciones agruparon el alcohol junto a otras drogas sin distinción. Por tanto, en ambos casos se tuvieron que descartar posibles artículos de interés. Además, debido a la multiplicidad de metodologías empleadas y al estigma social que rodea a la violencia sexual, resulta plausible afirmar que se tiende a subestimar la verdadera magnitud de esta problemática, lo que afecta irremediablemente a la intervención con las mujeres víctimas. Por último, destaca la escasez de documentos oficiales en los que se analice la relación entre la violencia sexual y el alcohol en las mujeres, ya que tienden a ser temáticas que se abordan por separado fuera del campo científico.

Por último, de cara a futuras investigaciones, resultaría interesante realizar más estudios longitudinales donde se observe la evolución de ambas variables en el tiempo, incorporando otros factores de interés (TEPT, orientación sexual, estrategias de afrontamiento...), con grupos de edad más amplios y prestando especial atención a la prevención. En este sentido, se debe garantizar una educación sexual de calidad desde la infancia, que instruya a niños y niñas acerca del consentimiento, los límites propios y ajenos, así como el reconocimiento de situaciones de riesgo para evitar la victimización. Del mismo modo, se deben destinar recursos a campañas de prevención del consumo de cada tipo de droga desde edades tempranas, donde se discuta acerca de sus efectos y consecuencias a largo plazo. En última instancia, no se puede situar a la mujer como la responsable de protegerse a sí misma, sino que debe haber un esfuerzo a nivel comunitario para garantizar su seguridad y bienestar en la sociedad.

6. Propuesta aplicada

6.1. Destinatarias

En base a la revisión bibliográfica, se plantea un programa de prevención del consumo problemático de alcohol dirigido a mujeres de entre 18 y 34 años que sean usuarias del Centro de Información a la Mujer (CIM) de Santiago de Compostela. Se ha escogido este rango de edad para las participantes por ser el que presenta mayor prevalencia de consumo general y problemático de alcohol en España. Para que el programa pueda llevarse a cabo de forma óptima, el número de participantes será de 10 a 12 mujeres como máximo.

Los criterios de inclusión comprenden que las mujeres hayan sido víctimas de algún tipo de violencia sexual por parte de una pareja o por una persona distinta a la pareja, presenten riesgo de padecer problemas con el consumo de alcohol y deseen participar de manera voluntaria. Como criterios de exclusión, se tendrá en cuenta que tengan un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias o una actitud o comportamiento agresivo que pueda poner en peligro la integridad física del resto de participantes y profesionales implicados.

6.2. Objetivos

El objetivo general del programa consiste en prevenir el consumo problemático de alcohol y las dificultades derivadas del mismo, así como reducir el uso de alcohol en aquellas mujeres que ya son consumidoras y disminuir el riesgo de revictimización sexual. En cuanto a los objetivos específicos, se pretende:

- Modificar las creencias erróneas asociadas al consumo de alcohol y a la violencia sexual.

- Adquirir estrategias de protección y herramientas de regulación emocional que permitan un afrontamiento eficaz de las situaciones displacenteras.
- Identificar y reconocer las situaciones de riesgo relacionadas con el consumo de alcohol y la violencia sexual para aprender cómo responder de manera adaptativa ante ellas.
- Favorecer la cohesión entre las participantes y la comunidad para combatir el aislamiento y aumentar las redes de apoyo social.
- Potenciar el autocuidado, la autoestima, el respeto y la aceptación de sí mismas para promover una autoimagen más positiva y reforzar sus capacidades personales.
- Mejorar las habilidades de comunicación para poder transmitir las propias necesidades y deseos a los demás.
- Fomentar la toma de decisiones consciente y la resolución de conflictos constructiva.

6.3. Temporalización

Se citará a las participantes individualmente una semana antes de empezar el programa de prevención para recoger información relevante y completar las baterías de preguntas, durante un período de dos horas como máximo. Las sesiones tendrán una duración total de 2 horas y se llevarán a cabo semanalmente, a lo largo de 10 semanas. Puede consultarse el cronograma en el Anexo 2.

6.4. Recursos

En el Anexo 3 se especifican los recursos necesarios para llevar a cabo el programa, divididos entre recursos humanos y materiales.

6.5. Evaluación

El CIM será el responsable de seleccionar y derivar a las mujeres que puedan ser susceptibles de recibir la presente intervención. La psicóloga encargada de llevar a cabo el programa realizará una evaluación inicial (pre-test) y final (post-test), con el objetivo de conocer cuál es el punto de partida y comprobar si se han producido cambios y/o mejoras gracias a la intervención entre las participantes.

Primeramente, la psicóloga tendrá una entrevista previa con cada una de las participantes de manera individual una semana antes de empezar con el programa. En ella, se establecerá el contrato de participación, donde se especifican las normas de funcionamiento y las obligaciones, tanto de la

participante como del equipo del programa, garantizando que se trata de un espacio seguro y de confidencialidad entre iguales. Posteriormente, se procederá a recoger información sociodemográfica relevante y se administrarán los siguientes instrumentos de evaluación:

- *Escala de Estrategias Conductuales de Protección-20 (S-PBSS-20)*. Se empleará la versión española (Sánchez-García et al., 2020) del instrumento PBSS-20 (Treloar et al., 2015) para evaluar el uso de estrategias conductuales de protección para reducir las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Esta escala se compone de 20 ítems divididos en tres subescalas: reducción de daños (8 ítems), limitar o detener el consumo de alcohol (7 ítems) y forma de beber (5 ítems). Consta de cinco opciones de respuesta tipo Likert (desde “1 = nunca” a “5 = siempre”).
- *Escala de Tolerancia al Estrés (DTS)*. Se utilizará la versión española (Sandín et al., 2017) del instrumento DTS (Simons y Gaher, 2005) para evaluar el grado de tolerancia al estrés de las participantes. Esta escala está compuesta por 15 ítems, con cinco opciones de respuesta de tipo Likert (desde “1 = muy de acuerdo” a “5 = muy en desacuerdo”). Los ítems se agrupan en cuatro subescalas: tolerancia (3 ítems), valoración (6 ítems), absorción (3 ítems) y regulación (3 ítems).
- *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)*. Se hará uso de la versión española (Hervás y Jódar, 2008) de la escala DERS (Gratz y Roemer, 2004) con la finalidad de evaluar las dificultades en la regulación emocional. Esta adaptación está formada por 28 ítems agrupados en cinco subescalas: descontrol emocional (9 ítems), rechazo emocional (7 ítems), interferencia cotidiana (4 ítems), desatención emocional (4 ítems) y confusión emocional (4 ítems). Consta de cinco opciones de respuesta de tipo Likert (desde “1 = casi nunca” a “5 = casi siempre”).
- *Prueba para la Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT)*. Se administrará la versión española (García et al., 2016) del cuestionario AUDIT (Organización Mundial de la Salud, 1982) para evaluar el consumo de riesgo de alcohol. Es un cuestionario formado por 10 ítems que permite identificar el consumo de riesgo, los posibles síntomas de dependencia y el consumo perjudicial de alcohol. En mujeres, el punto de corte para la detección del consumo de riesgo equivale a una puntuación igual o mayor a 6.
- *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)*. Se utilizará la adaptación española (Landeta y Calvete, 2002) de la Escala MSPSS (Zimet et al., 1988) para evaluar la percepción de apoyo social de la persona mediante 12 ítems. Se analizan tres esferas relativas

al apoyo social: la familia, los amigos y las personas relevantes. La escala tiene seis opciones de respuesta tipo Likert (desde “1 = completamente en desacuerdo” a “6 = completamente de acuerdo”).

- *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)*. Se empleará la versión actualizada (Echeburúa et al., 2016) del instrumento EGS (Echeburúa et al., 1997) para evaluar la frecuencia e intensidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Está formado por 21 ítems divididos en cuatro subescalas: síntomas de reexperimentación (5 ítems), evitación conductual/cognitiva (3 ítems), alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (7 ítems), síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (6 ítems). Adicionalmente, presenta 4 ítems complementarios sobre los síntomas disociativos y 6 ítems sobre el grado de afectación provocado por el suceso traumático.

Una vez finalizada la intervención, se concertará una entrevista individual para pasar de nuevo los cuestionarios iniciales y una encuesta de satisfacción acerca del programa (Anexo 4) basada en los aspectos recogidos por Gulati et al. (2021), además de explicar cómo se va a realizar el seguimiento posterior. Este seguimiento se desarrollará a lo largo de los siguientes 10 meses de manera presencial, alternando entre sesiones grupales e individuales, con una frecuencia bimestral: a los dos meses de terminar (grupal), a los cuatro meses (individual), a los seis meses (grupal), a los ocho meses (individual) y a los diez meses (grupal).

El objetivo de este seguimiento es que puedan resolver dudas y observar si el programa ha sido eficaz y sus resultados se mantienen en el tiempo. Además, constituye una buena forma de que las mujeres continúen teniendo un grupo de apoyo entre iguales y puedan compartir sus experiencias en un entorno seguro y de confianza. En la marca de los 4 y los 10 meses, volverán a rellenar los cuestionarios iniciales, de tal forma que se cuente con cuatro medidas para comparar el grado de mejoría (inicio-finalización-a los 4 meses-a los 10 meses).

Este programa de prevención está pensado para ser un recurso colaborativo y de fácil implementación, por lo que se pretende ir adaptándolo a las necesidades de las mujeres e, incluso, permitir que las usuarias puedan participar en posteriores ediciones para ayudar a otras mujeres en su situación, de tal forma que se cree una red de apoyo social a nivel comunitario.

6.6. Descripción de la intervención

Es un programa de prevención selectiva dirigido a mujeres víctimas de violencia sexual que, además, puedan encontrarse en una situación de mayor riesgo de consumo de alcohol y problemas derivados. Se utilizará un formato grupal para la realización de la intervención, facilitando que de este modo el propio grupo fomente la comprensión mutua, la acción participativa y las relaciones sociales positivas entre mujeres en situaciones similares.

En primer lugar, se trabajarán los aspectos relacionados con la prevención de la revictimización sexual, donde se incluirán los mitos y creencias acerca de la violencia sexual, los estereotipos y roles de género, los estilos de comunicación y las estrategias de protección para evitar una agresión sexual. En segundo lugar, se abordará la prevención del consumo problemático de alcohol, mediante los mitos y creencias asociados al consumo de alcohol, sus efectos y consecuencias, proporcionando información contrastada y estrategias de protección conductual para reducir o limitar el consumo. Por último, se establecerán una serie de competencias transversales que potencien y promuevan los factores de protección en las víctimas para evitar las situaciones de alto riesgo o reducir su impacto.

Estas competencias son útiles tanto para la disminución del consumo de alcohol como de la violencia sexual, ya que comprenden el entrenamiento en habilidades personales y sociales que proporcionan herramientas para abordar las situaciones difíciles del día a día. Así, se incluyen el autocuidado, la autoestima, la identificación y regulación emocional, el apoyo social, la reestructuración cognitiva, la toma de decisiones consciente o la resolución de problemas, entre otros. En el Anexo 5 se muestra una síntesis de los bloques, sesiones y contenidos del programa.

Todas las sesiones tendrán una duración total de dos horas y se llevarán a cabo una vez a la semana. En cuanto a la estructura, se comenzará con un breve resumen de la sesión anterior y la presentación de los objetivos de la sesión, pidiéndoles a las participantes que compartan algo positivo que les haya sucedido en la semana (15 minutos). El desarrollo de los contenidos y actividades se llevará a cabo a lo largo de una hora y media. Finalmente, se destinarán los últimos 15 minutos para comentar brevemente qué han aprendido durante la sesión. A continuación, se especifican los objetivos, actividades y contenidos de cada sesión:

Sesión 1: Presentación.

En esta sesión, el objetivo principal consiste en establecer una primera toma de contacto con el resto de las participantes y con la profesional de la intervención, favoreciendo la cohesión grupal y un clima de confianza y respeto mutuo.

Primeramente, se recordarán las normas de funcionamiento del grupo, los objetivos del programa y se aclarará cualquier duda que haya podido surgir desde la entrevista previa. Después, las integrantes se colocarán en círculo en el centro de la sala y se realizará una dinámica de presentación en la cual cada una tendrá que decir su nombre y escoger otra palabra que empiece por la primera letra de este. Esta palabra debe representar algo que les guste y puede ser un objeto, una película, un animal, un libro, un personaje de ficción, un lugar, etc.

Una vez todas se hayan presentado y hayan explicado por qué escogieron esa palabra, se procederá a hacer una ronda en la cual tendrán que recordar el nombre y la palabra que dijo otra de las participantes. Para finalizar, se repartirán folios y se les pedirá que escriban en ellos qué esperan de la intervención (ej., espero aprender algo nuevo), de tal manera que en la última sesión puedan comprobar hasta qué punto se han cumplido sus expectativas.

Sesión 2: ¿Quién dicen que soy y quién soy en realidad?

El objetivo de esta sesión es modificar los mitos y creencias distorsionadas asociadas a la violencia sexual y cuestionar los estereotipos y roles de género.

En la primera parte de la sesión, se dividirá a las participantes en dos grupos al azar, entregándoles una fotocopia con trece mitos sobre la violencia sexual (Anexo 6). Inicialmente, cada una debe argumentar individualmente si se trata o no de un mito y justificar su respuesta, para posteriormente poner en común todas las aportaciones con el resto del grupo. Una vez hecho esto, se escogerá a una portavoz de cada equipo para que explique la decisión grupal al otro y, finalmente, la psicóloga proporcionará aclaraciones y hechos acerca de la realidad. De esta manera, se contrastan las creencias distorsionadas, fruto de su propia experiencia, con datos reales.

En la segunda parte de la sesión, se proyectará un vídeo acerca de los roles y estereotipos de género (Idea Dignidad, 2020) y, seguidamente, se llevará a cabo una actividad. Para ello, se les pedirá a las participantes que tracen una tabla con dos columnas en un folio. Por un lado, deben reflexionar acerca de otros estereotipos o roles de género que sienten que les han impuesto alguna vez y escribirlos en la columna de la izquierda. Por otro lado, en la columna de la derecha deben escribir aquellas cualidades que ellas consideran que poseen realmente. Para facilitar el ejercicio, la psicóloga

puede anotar en una pizarra una serie de palabras como valentía, sensibilidad, independencia, competitividad, obediencia, debilidad, seguridad en sí misma, etc. Un ejemplo puede ser “*la sociedad considera que las mujeres son, por lo general, muy dependientes, pero en realidad yo me considero independiente*”.

Al terminar, los leerán en voz alta de una en una y podrán debatir entre todas por qué creen que algunas cualidades se catalogan como típicamente “masculinas” y otras como típicamente “femeninas”, procurando desmontar la lógica irracional detrás de estas clasificaciones e insistiendo en el poder que tiene el lenguaje que utilizamos a la hora de reforzar los estereotipos de género. Finalmente, se les preguntará qué efectos creen que pueden tener estos mitos y estereotipos en la salud de las personas.

Sesión 3: No quiero volver a ser la víctima.

El objetivo principal es proporcionar herramientas y estrategias para aumentar la seguridad de las participantes y saber reconocer potenciales situaciones de riesgo, además de favorecer las habilidades de comunicación para transmitir los propios deseos y necesidades.

Al principio de la sesión, se pedirá a las participantes que reflexionen acerca de qué creen que son las habilidades sociales y enumeren todas aquellas que se les ocurran. Después, se proporcionará una explicación de estas habilidades y su importancia, y se mostrarán los estilos de comunicación asertiva, pasiva y agresiva. Para consolidar estos conocimientos, el grupo se dividirá en parejas para realizar un *role-play* en el que escojan una de las situaciones hipotéticas recogidas en el Anexo 7. Cada pareja debe recrear la situación elegida utilizando cada uno de los estilos de comunicación, de manera que hagan un total de tres interpretaciones. Las mujeres que no estén actuando en ese momento tendrán que decidir qué estilo están utilizando en cada caso. De esta forma, todas participarán y podrán poner en práctica lo aprendido. Por último, se las invitará a reflexionar acerca de qué estilo de comunicación hubiesen utilizado en cada situación, es decir, cómo se comunican normalmente ante una situación que les resulta desagradable.

Se les entregarán fotocopias del Anexo 8, que recoge los derechos asertivos universales para que piensen en cómo podrían comunicarse de manera más asertiva en el día a día. Como actividad para casa, se les pedirá que piensen en una situación que les preocupe y escriban una carta a modo de respuesta como si fuesen un buen amigo, utilizando la asertividad. A través de este ejercicio, se pretende fomentar la comunicación positiva desde el desligamiento del yo (es decir, adoptando una postura en tercera persona y no en primera), reflexionando acerca de cómo les hablaría una persona que las aprecia y quiere ayudarlas.

Otra actividad alternativa en la que emplear la asertividad puede ser el semáforo de los límites, donde se pide que reflexionen acerca de cuáles son sus límites ante situaciones de la vida diaria. Así, se dibuja un semáforo donde el color verde representa aquello en lo que se sienten cómodas totalmente o con lo que están de acuerdo, el color amarillo indica aspectos que pueden negociar y el rojo aquello en lo que no están dispuestas a ceder. De esta forma, pueden reflexionar acerca de sus propias necesidades, deseos y cómo establecer límites al relacionarse con los demás.

En la segunda parte de la sesión, se hablará sobre la percepción del riesgo y las estrategias conductuales de protección, que sirven para empoderar a las mujeres y hacerlas sentirse más seguras en su entorno. Tras ser víctima de violencia sexual, la forma en la que se piensa y se actúa puede verse afectada, por lo que es necesario proporcionar formas adaptativas para que las mujeres se protejan y sepan detectar los riesgos del entorno. En base a varios estudios (Scaglione et al., 2021; Sell et al., 2018; Ullman et al., 2018), se indicarán algunas estrategias de protección frente a la agresión sexual, como el entrenamiento en defensa personal; la asertividad en situaciones sexuales; comunicar a un familiar o persona de confianza dónde estás o dónde vas a estar; quedar con alguien que todavía estás conociendo (ej., un interés amoroso) en un sitio público en vez de en privado; establecer y comunicar límites personales previamente; o volver a casa acompañada de una persona de confianza.

Es importante recalcar en la sesión que el uso de estas estrategias puede reducir el riesgo, pero no lo elimina por completo y que, bajo ningún concepto, es responsabilidad ni culpa de la mujer el acabar siendo una víctima. Para finalizar la sesión, se hará una puesta en común de conductas o acciones de protección que las participantes lleven a cabo en su vida diaria, reflexionando acerca de cuáles creen que son realmente beneficiosas y cuáles están instauradas en el miedo y les impiden hacer actividades.

Sesión 4: Por una copa no pasa nada.

Esta sesión tiene por objetivo concienciar acerca del consumo de alcohol, sus efectos y consecuencias y proporcionar información real para reducir el riesgo de presentar un consumo problemático.

En la primera parte de la sesión, se dividirá a las participantes en dos grupos al azar, entregándoles una fotocopia con nueve mitos sobre el consumo de alcohol (Anexo 9). Primeramente, cada una debe argumentar individualmente si se trata o no de un mito, justificando su respuesta y, posteriormente, se pondrán todas las aportaciones en común con el resto del equipo. Una vez hecho esto, se escogerá a una portavoz de cada grupo para que explique el motivo de la decisión al otro

equipo. Para finalizar, la psicóloga proporcionará aclaraciones e información para desmontar estos mitos, de modo que se corrijan las creencias normativas erróneas.

En la segunda parte, se comenzará explicando qué tipo de sustancia es el alcohol y sus efectos en el organismo (ej., alteraciones a nivel motor, cognitivo). Además, se proporcionarán datos sobre la prevalencia y los tipos de consumo de alcohol en España, la tolerancia y la dependencia al alcohol, recalcando que aunque sea legal, no deja de ser una droga y, por tanto, es peligrosa. Por último, se señalarán las consecuencias asociadas al consumo de alcohol, como el desarrollo de trastornos por consumo de alcohol, el policonsumo, enfermedades y mortalidad. Al terminar, se hará un cuestionario en *Kahoot!* por parejas para consolidar los conocimientos.

Sesión 5: Pasa de la botella.

El objetivo principal de la sesión consiste en reflexionar acerca de la percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol mediante un caso real y proporcionar estrategias para reducir o evitar el consumo de alcohol.

Se comenzará la sesión con la proyección del vídeo de Help Adicciones (2016), donde se expone el testimonio de una mujer con problemas con el alcohol. Tras la visualización, se abrirá un debate acerca del vídeo, instándolas a reflexionar acerca del efecto que puede tener el alcohol en su vida y en su entorno. Después, se les preguntará qué clase de cosas se les ocurre que se pueden hacer para no beber o limitar el consumo, lo que servirá de punto de partida para que la psicóloga explique en qué consisten las estrategias de protección conductual para reducir o evitar el consumo de alcohol cuando se va a beber.

Según Stappenbeck et al. (2021), estas estrategias incluyen alternar las bebidas alcohólicas con agua, establecer un máximo de bebidas y cumplirlo, beber despacio en vez de a grandes tragos, evitar mezclar distintos tipos de alcohol, dejar de beber a una hora determinada, etc. Además de las estrategias, también será de utilidad el emplear la asertividad para negarse a consumir alcohol en entornos de alta accesibilidad (ej., una fiesta) y analizar situaciones de alto riesgo para anteponerse a ellas o evitarlas (ej., evitar salir con amigos que siempre se emborrachan hasta perder el conocimiento, evitar consumir alcohol cuando nos sentimos tristes o felices). Por último, se destacará que el no consumo es lo único que garantiza que no haya una escalada hacia problemas más graves.

Sesión 6: Me cuido y me valoro.

El objetivo de esta sesión es fomentar el autocuidado, el respeto y la aceptación de una misma, además de fortalecer la autoestima.

La sesión comienza preguntando a las participantes qué consideran que es el autocuidado y qué hacen en su día a día para cuidarse a sí mismas. En caso necesario, se guiará la sesión proporcionando ideas sobre actividades de autocuidado que puedan hacer al despertar, después del trabajo, cuando están enfermas o se sienten mal, por las noches antes de dormir, etc. La intención detrás de esta actividad es facilitar la reflexión acerca de la importancia del autocuidado y cómo pueden incorporarlo en su rutina a través de pequeñas acciones agradables (ej., escoger un perfume que me gusta, ponerme una ropa que me hace sentir bien, ducharme todos los días, cocinar una comida lo suficientemente nutritiva, escuchar una canción que me gusta, leer un rato).

Después, la psicóloga explicará qué es la autoestima y la importancia del respeto y la aceptación de una misma. Como actividad, se les pedirá a las participantes que piensen en cinco cualidades que posean (ej., saber escuchar) y cinco cosas que han conseguido y de las que se sienten orgullosas (ej., comprar un coche). Este ejercicio también se puede hacer en forma de autobiografía, donde señalen momentos difíciles de su vida que lograron superar gracias a su propio esfuerzo. Seguidamente, se repartirá un taco de notas adhesivas a cada una de las participantes para que escriban en ellos palabras positivas que definan a de cada una de sus compañeras. Al terminar, se colocarán de una en una en el centro de la sala con los ojos cerrados y, mientras tanto, las demás participantes irán pegando las notas adhesivas en el cuerpo de su compañera.

Cuando todas vuelvan a estar en sus sitios, se les pedirá que evalúen individualmente cada mensaje y señalen en qué grado creen que es cierto (1 = no lo creo nada; 5 = lo creo totalmente). La última parte de la sesión consistirá en que la psicóloga les pedirá que lean cada uno de estos mensajes en voz alta, con la puntuación asignada, pidiéndoles que reflexionen acerca de qué ocurriría si los creyesen completamente y cómo creen que cambiaría la imagen que tienen de sí mismas de ser así. Se las instará a realizar este ejercicio de manera más extensa en casa, pensando en situaciones en las cuales han recibido elogios y no se los han creído, qué aptitudes les gustaría mejorar y cómo podrían conseguirlo.

Sesión 7: Mi mundo emocional.

El objetivo de esta sesión consiste en identificar y reconocer las emociones propias y ajenas, además de proporcionar herramientas de regulación emocional.

La sesión comienza con una explicación acerca de qué son las emociones, su función y el efecto que pueden tener sobre la conducta. Se les pedirá a las participantes que nombren una emoción que hayan experimentado recientemente y la psicóloga hará un listado con las distintas emociones que vayan apareciendo. Después de esto, se anotarán estas emociones en unas cartulinas en forma de

tarjeta y se mezclarán entre sí como si se tratase de un juego de cartas. Cada participante debe elegir una de estas tarjetas al azar, leerla y responderla (ej., “me sentí triste cuando...”). La segunda parte del ejercicio consiste en dividir las emociones según las consideran negativas o positivas. Se recalcará la importancia que tienen las emociones, ya que todas son necesarias y tienen su propia función, por lo que no deben evitarlas. Para finalizar la primera parte de la sesión, se procederá a leer juntas el cuento del elefante encadenado del Anexo 10. Esta actividad permitirá que debatan y reflexionen acerca de momentos en los que se han sentido como el elefante (presas, sin escapatoria) y qué han hecho para salir de ahí, reforzando su capacidad de superación. Además, también elaborarán una lista de “cadenas” que han llevado a lo largo de la vida, intentando discernir su origen (ej., autoimpuestas, condicionadas por otra persona), cuestionando por qué están ahí y para qué les han servido .

En la segunda parte de la sesión, se explicarán las estrategias de regulación emocional (basadas en el estudio de Stappenbeck et al., 2021), con el objetivo de que puedan manejarse mejor en situaciones difíciles o estresantes. Algunos ejemplos para manejar el malestar emocional consisten en evaluar los beneficios y costes a corto y medio plazo a la hora de tomar una decisión; modificar las emociones indeseadas actuando al contrario de lo que indicaría esa emoción; imaginar una situación que causa malestar y ensayarla mentalmente (ej., utilizando la resolución de problemas) para afrontarla adecuadamente en la realidad; aceptar la realidad tal como es (ej., hay cosas que no podemos cambiar, no hay nada que se pueda hacer al respecto); o la técnica STOP o parada de pensamiento (parar, respirar, observar el entorno y a una misma, proseguir).

Para finalizar la sesión, se les proporcionará una fotocopia con todas estas técnicas y se hará un ejercicio de relajación muscular progresiva, pidiéndoles que se centren en su respiración. Se les darán las pautas para hacerlo cuando sientan que tienen un nivel elevado de activación y el malestar las sobrepasa. La intención es que la relajación se realice en un ambiente tranquilo, con los ojos cerrados y, si lo desean, con música suave de fondo.

Sesión 8: Mi red de apoyo.

El objetivo de esta sesión es reflexionar acerca de la calidad de la red de apoyo social y las relaciones sociales que lo conforman, además de potenciar el aprovechamiento del tiempo libre haciendo actividades dentro de la comunidad.

La sesión comienza con la psicóloga explicando qué es el apoyo social y sus funciones a nivel emocional, cognitivo, material e instrumental, destacando su efecto protector ante los estresores de la vida diaria, la salud y el aislamiento. A continuación, se realizará un ejercicio en el que dibujarán en un folio cuatro círculos concéntricos y se colocarán a sí mismas en el centro poniendo su nombre. En

el siguiente círculo, tendrán que indicar el nombre de personas con las que tengan una relación íntima y de confianza (ej., amigos/as y familiares cercanos). En el tercer círculo, las redes sociales con otras personas con las que no tengan tanta relación (ej., conocidos/as, como vecinos/as o compañeros/as de trabajo o estudio). En el cuarto círculo, el más externo de todos, relaciones con la comunidad (ej., profesionales que las atienden en el CIM o en otros servicios o asociaciones a las que acudan).

Después de hacer este ejercicio, la psicóloga establecerá una analogía entre las relaciones sociales y un jardín con flores. “¿Qué se necesita para que estas flores crezcan sanas?” Probablemente, se necesita compromiso, complicidad, valores compartidos, reciprocidad... Se las invitará a pensar en las características que consideran imprescindibles en su círculo para que “las flores crezcan y no se marchiten”, como el saber escuchar, el ayudarse en los malos momentos o pasar tiempo juntos. “Cuando no regamos las flores, es muy fácil que se mueran”. Lo mismo sucede con las relaciones: si no les dedicamos atención y tiempo, es fácil desvincularse de los demás. Finalmente, se hará un listado entre todas con las características que consideran necesarias para tener relaciones sanas y se las invitará a pensar en la calidad de sus relaciones sociales, para redirigir aquellas que les resultan dañinas.

En la segunda parte de la sesión, se hablará del aprovechamiento del tiempo libre, que puede utilizarse para descansar o para llevar a cabo distintas actividades. Se preguntará a las participantes qué cosas les gusta hacer en su tiempo libre, debatiendo acerca de sus hobbies o actividades favoritas, de tal manera que puedan encontrar gustos en común. Además, pueden añadir aquellas que les gustaría hacer pero nunca se han animado a ello. La intención es que puedan compartir actividades entre ellas también fuera de las sesiones, de modo que aprendan unas de las otras y se enseñen entre sí (ej., hacer manualidades, lectura de libros).

Para finalizar la sesión, deben pensar en una actividad que les gustaría hacer (ej., tocar un instrumento musical, deporte, pintura, voluntariado), los medios para conseguirlo (ej., apuntarse en una casa de juventud, centro deportivo, clases particulares) y, finalmente, comprometerse consigo mismas para hacerlo realidad. De esta forma, se plantea una forma para aprender algo nuevo, conocer nuevas personas e integrarse en la comunidad a través del aprovechamiento del tiempo libre.

Sesión 9: Todo bajo control.

El objetivo principal de la sesión consiste en tomar conciencia de los propios pensamientos y fomentar la reestructuración cognitiva para poder identificar y modificar las cogniciones negativas, irracionales o distorsionadas, además de proporcionar estrategias de afrontamiento adaptativas.

La sesión comienza con un vídeo acerca de las distorsiones cognitivas y algunos de sus tipos (Psicopedia, 2019). Tras su visualización, se abrirá un debate en el que las participantes pongan ejemplos propios de cada una de estas distorsiones, con ayuda de la psicóloga. Después del debate, se introducirá el concepto de reestructuración cognitiva para facilitar el manejo de los pensamientos negativos y transformarlos en otros más adaptativos. A continuación, se planteará un ejercicio de reestructuración cognitiva siguiendo el método ABC (A = Acontecimiento; B = Creencia; C = Consecuencia a nivel emocional y conductual), donde la psicóloga proporcionará una situación (ej., te han echado del trabajo) y las participantes deben pensar en cuál sería su pensamiento (ej., no sirvo para nada), emoción (ej., me siento triste) y conducta (ej., me quedo en el sofá sin ganas de hacer nada) al respecto.

La segunda parte del ejercicio consistirá en intentar adoptar una perspectiva alternativa, desafiando el sistema de creencias y la conducta y proponiendo otros pensamientos y comportamientos más adaptativos entre todas. Como técnicas para cuestionar los pensamientos distorsionados, se puede apelar a la racionalidad de los mismos, incluyendo preguntas como “¿Este pensamiento puede ser verificado mediante información empírica?”, “¿Cuál es la intensidad de la emoción que estoy sintiendo, cuál es mi nivel de malestar, tengo algún control sobre la situación?”, “¿Este pensamiento está siendo útil para mí, está ayudándome a conseguir mis metas?”, “¿Cómo es el lenguaje que estoy utilizando para dirigirme a mí misma, qué palabras estoy usando?”. Se animará a las participantes a realizar este ejercicio cuando se sientan desbordadas y no sepan cómo actuar, haciéndolo por escrito al principio hasta llegar a automatizarlo y hacerlo mentalmente. El ejercicio finalizará señalando la importancia de saber identificar estos sesgos del pensamiento para no dejarse llevar por cogniciones erróneas antes de actuar.

La segunda parte de la sesión incluirá el entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas. Además del método ABC y las técnicas de relajación, se hará hincapié sobre la conceptualización del fallo como oportunidad, el análisis de probabilidades ante situaciones negativas (ej., ¿cómo de probable es que *todo* me salga mal?), el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, pedir ayuda cuando la necesitemos, confiar en sí mismas y en sus capacidades, la búsqueda de soluciones alternativas, la reevaluación positiva e, incluso, los cambios en el estilo de vida cuando este está siendo disfuncional (ej., higiene del sueño). Además, se hablará sobre otros métodos para manejar y reducir los pensamientos negativos, incluyendo actividades como el autochequeo (ej., ¿cómo me siento? ¿qué necesito?) o escribir en una libreta todo aquello que les preocupa durante un límite de tiempo (ej., 15 minutos) y, una vez llegado el tiempo, cambiar a otra actividad.

Sesión 10: Yo decido

La última sesión de la intervención tiene por objetivo fomentar la toma de decisiones consciente y la resolución de problemas de manera asertiva, además de proporcionar información sobre otros recursos de ayuda.

La sesión comienza hablando de la importancia de la toma de decisiones consciente, sin dejarse influir por los demás, tomando las decisiones de manera voluntaria y sin ser presionada. En este sentido, se hará hincapié en las decisiones aparentemente irrelevantes, pero que sin querer pueden resultar en situaciones de riesgo, como el consumo de alcohol. Para ello, es útil recurrir al análisis de los costes y los beneficios a corto, medio y largo plazo y a intentar evitar la recompensa inmediata cuando esta nos va a dañar en el futuro a nivel emocional, familiar o de salud. A continuación, se realizará una actividad en la cual deben establecer objetivos realistas que deseen conseguir a corto (un mes), medio (un año) y a largo plazo, con la finalidad de crear un plan de acción positivo para su vida. La psicóloga puede proporcionar ejemplos: a corto plazo puede consistir en quedar con una amiga todas las semanas, a medio plazo dejar de fumar y a largo plazo comprar una casa propia.

Asimismo, se trabajará la resolución de problemas, destacando que el respeto siempre debe ser lo principal. Para resolver un problema o conflicto, debemos pensar en el punto de vista ajeno e intentar entenderlo (*ponernos en el lugar del otro*), desde una actitud cooperativa y abierta, pero sin dejar que sobrepasen nuestros límites. Para ello, lo principal es reconocer el problema lo antes posible, formularlo de forma clara, buscar alternativas para solucionarlo, planificar cómo llevarlas a cabo y seleccionar la opción que beneficie en mayor medida a ambas partes, basándonos en una comunicación asertiva. También se puede dividir el problema en partes más pequeñas para que resulte más sencillo solventarlo. Se planteará una actividad que consiste en dibujar una casa sin levantar el bolígrafo del papel ni pasar por el mismo sitio, animándolas a usar el pensamiento creativo.

Antes de terminar la sesión, se proporcionará un listado sobre recursos locales y comunitarios, con direcciones y números de teléfono de centros de interés, con el fin de que dispongan de esta información en caso de necesitar ayuda. La intervención finalizará comentando la actividad propuesta en la primera sesión, que consistía en que las participantes escribiesen sus expectativas sobre el programa, para que puedan expresar si éstas se han cumplido y sus impresiones generales.

7. Conclusiones

El presente trabajo tenía como primer objetivo realizar una revisión bibliográfica desde 2018 hasta la actualidad para conocer los factores involucrados en la relación entre el consumo de alcohol y la violencia sexual en las mujeres. Los resultados expuestos demuestran la existencia de una relación bidireccional entre ambas variables, donde una puede llevar a la otra y viceversa.

La literatura disponible indica que existen características que influyen en esta relación, como la orientación sexual, el consumo de alcohol previo a la agresión sexual y ciertas variables mediadoras (*sexting*, sintomatología del TEPT, síntomas de hiperactivación, depresión...) y moderadoras (sintomatología del TEPT elevada e identidad sexual). Además, cabe destacar que el alcohol es utilizado como estrategia de afrontamiento ante la violencia sexual por algunas mujeres y, en cambio, otras consideran que reducir su consumo es una estrategia de protección frente a las agresiones sexuales.

La revisión ha proporcionado una mirada amplia a las experiencias de las mujeres, incluyendo información acerca del abuso sexual durante la infancia y la edad adulta, tanto en población general y universitaria como en aquellas mujeres que se dedican al trabajo sexual. Asimismo, ha analizado distintos tipos de consumo de alcohol, como el consumo de alcohol en atracón (*binge drinking*), el consumo episódico excesivo de alcohol (*heavy episodic drinking*), el consumo problemático de alcohol, las borracheras y los trastornos por consumo de alcohol. Además, este trabajo ha incorporado estudios piloto y programas de intervención que han señalado que, en mujeres víctimas de agresión

sexual, es eficaz emplear tanto la retroalimentación normativa personalizada acerca del consumo de alcohol como el entrenamiento en habilidades de regulación emocional y reducción del consumo.

Teniendo en cuenta esta información, el segundo objetivo de este trabajo ha sido crear y desarrollar un programa de prevención centrado en reducir el riesgo de revictimización y el consumo de alcohol en mujeres víctimas de violencia sexual mediante el entrenamiento en habilidades sociales y personales, en el cual se han implementado elementos de la revisión bibliográfica, haciendo especial hincapié en los indicados por los programas de intervención.

Así, el programa de prevención propuesto está dirigido a mujeres de 18 a 34 años que han sido víctimas de violencia sexual, con el objetivo de prevenir el consumo problemático de alcohol, reducir el uso de alcohol en aquellas que ya son consumidoras y disminuir el riesgo de revictimización. En total, consta de diez sesiones que se llevarán a cabo semanalmente, además de un seguimiento bimestral durante diez meses. Las sesiones tendrán una duración de dos horas, abordando aspectos relacionados con la prevención de la revictimización, el consumo problemático de alcohol y el entrenamiento en habilidades personales y sociales. Está diseñado para ser un recurso colaborativo y de fácil implementación, con herramientas para el día a día, una propuesta realista de bajo coste y en formato grupal que se adapte a las necesidades de las mujeres, fomentando el empoderamiento, la comprensión mutua y las relaciones sociales positivas entre mujeres con vivencias similares.

Referencias bibliográficas

- Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey*. http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf
- Almuneef, M. (2019). Long term consequences of child sexual abuse in Saudi Arabia: A report from national study. *Child Abuse & Neglect*, 116(Pt 1), 103967. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.003>
- Amnistía Internacional. (4 de agosto de 2021). *Cómo desmontar “mitos sobre la violación” y los estereotipos más frecuentes*. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/como-desmontar-mitos-sobre-la-violacion-y-los-estereotipos-mas-frecuentes/>
- Aragón, C. M. G. y Miquel, M. (2008). Alcoholismo. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, edición revisada, vol. 1* (pp. 355-374). McGraw-Hill.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (20 de diciembre de 1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer: Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993*. Artículo 2°. https://www.congreso.es/docu/docum/ddocum/dosieres/sleg/legislatura_12/spl_25/pdfs/15.pdf
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

- Basile, K. C., Smith, S. G., Liu, Y., Lowe, A., Gilmore, A. K., Khatiwada, S. y Kresnow, M. (2021). Victim and perpetrator characteristics in alcohol/drug-involved sexual violence victimization in the U.S. *Drug and Alcohol Dependence*, 226, 108839. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108839>
- Beaujolais, B., Kaloga, M., Karandikar, S., Gezinski, L. B., Kadambari, P. y Maskey, K. (2019). Client-perpetrated violence toward female sex workers in Kathmandu. *Violence Against Women*, 26(2), 249-267. <https://doi.org/10.1177/1077801219832117>
- Bedard-Gilligan, M., Masters, N. T., Ojalehto, H., Simpson, T. L., Stappenbeck, C. y Kaysen, D. (2019). Refinement and pilot testing of a brief, early intervention for PTSD and alcohol use following sexual assault. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 470-486. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.10.003>
- Bird, E. R., Stappenbeck, C. A., Blayney, J., Kaysen, D. y George, W. H. (2022). Examination of sex-related distress and self-medication drinking model in U.S. college women. *Journal of Sex Research*, 59(9), 1192-1200. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2044444>
- Blayney, J. A., Hequembourg, A. y Livingston, J. A. (2018). Rape acknowledgment and sexual minority women's mental health and drinking behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), NP3786–NP3802. <https://doi.org/10.1177/0886260518781800>
- Bucay, J. (2014). *El elefante encadenado*. Editorial Océano de México.
- Caamano-Isorna, F., Adkins, A., Moure-Rodríguez, L., Conley, A. H. y Dick, D. (2018). Alcohol use and sexual and physical assault victimization among university students: Three years of follow-up. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), NP3574-NP3595. <https://doi.org/10.1177/0886260518780413>
- Cantón-Cortés, D. y Cortés, M. R. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología*, 31(2), 552-561. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.180771>
- Champion, A., Oswald, F. y Pedersen, C. L. (2022). Forcible, substance-facilitated, and incapacitated sexual assault among university women: A Canadian sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(13-14), NP11198–NP11222. <https://doi.org/10.1177/0886260521991297>

- Conley, A. H., Overstreet, C. M., Hawn, S. E., Kendler, K. S., Dick, D. M. y Amstadter, A. B. (2017). Prevalence and predictors of sexual assault among a college sample. *Journal of American College Health*, 65(1), 41–49. <https://doi.org/10.1080/07448481.2016.1235578>
- Couture, M., Evans, J. L., Moret, J. D., Stein, E. S., Muth, S., Phou, M., Len, A., Ngak, S., Sophal, C., Neak, Y., Carrico, A. W., Maher, L. y Page, K. (2020). Syndemic psychosocial health conditions associated with recent client-perpetrated violence against female entertainment and sex workers in Cambodia. *Archives of Sexual Behavior*, 49(8), 3055-3064. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01705-y>
- Dardis, C. M., Ullman, S. E., Rodriguez, L. M., Waterman, E. A., Dworkin, E. R. y Edwards, K. M. (2021). Bidirectional associations between alcohol use and intimate partner violence and sexual assault victimization among college women. *Addictive Behaviors*, 116, 106833. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106833>
- de Heer, B., Prior, S. y Fejervary, J. (2020). Women’s pornography consumption, alcohol use, and sexual victimization. *Violence Against Women*, 27(10), 1678-1695. <https://doi.org/10.1177/1077801220945035>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2022). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES): 1995-2022*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2019). *Macroencuesta de violencia contra la mujer*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Dir, A. L., Riley, E. N., Cyders, M. A. y Smith, G. T. (2018). Problematic alcohol use and sexting as risk factors for sexual assault among college women. *Journal of American College Health*, 66(7), 553-560. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1432622>
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P. y Muñoz, J. M. (2016). Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático según el DSM-5: Propiedades psicométricas. *Terapia Psicológica*, 34(2), 111-128. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

- Florez, I. A., Mekawi, Y., Hunnicutt-Ferguson, K., Visser, K. F., Clunie, A. M., Dunn, S. E. y Kaslow, N. J. (2020). Childhood abuse, posttraumatic stress symptoms, and alcohol misuse among African-American women. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 21(1), 174-196. <https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1725707>
- Fuentes-Pumarola, C., Reyes-Amargant, Z., Berenguer-Simon, A., Ballester-Ferrando, D., Burjalés-Martí, M. D., Rigol-Cuadra, A., Maestre-González, E., Rascón-Hernán, C., Galbany-Estragués, P. y Rodríguez-Martín, D. (2021). Alcohol use and sexual violence among nursing students in Catalonia, Spain: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6036. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116036>
- García, M. A., Novalbos, J. P., Martínez, J. M. y O'Ferrall, C. (2016). Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en población universitaria: AUDIT y AUDIT-C. *Adicciones*, 28(4), 194-204. <https://doi.org/10.20882/adicciones.775>
- García-Moreno, C., Jansen, H., Watts, C., Ellsberg, M. y Heisi, L. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gulati, N. K., Blayney, J. A., Jaffe, A. E., Kaysen, D. y Stappenbeck, C. A. (2021). A formative evaluation of a web-based intervention for women with a sexual assault history and heavy alcohol use. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(8), 825-834. <https://doi.org/10.1037/tra0000917>
- Help Adicciones. (12 de enero de 2016). *Declaraciones de una persona que tuvo problemas con el alcohol* [Archivo de Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ASToqkR5SxU>
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la escala de dificultades en la regulación emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.
- Idea Dignidad. (24 de junio de 2020). *Roles y Estereotipos de Género* [Archivo de Vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=K6wnjAaPe5g>

- Intebi, I.V. (2012). *Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar*. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. <https://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/Estrategias%20y%20modalidades%20de%20intervencion%20en%20abuso%20sexual%20infantil%20intrafamiliar%20%20Marzo%202012.pdf>
- Jaffe, A. E., Blayney, J. A., Graupensperger, S., Stappenbeck, C. A., Bedard-Gilligan, M. y Larimer, M. (2021). Personalized normative feedback for hazardous drinking among college women: Differential outcomes by history of incapacitated rape. *Psychology of Addictive Behaviors*. <https://doi.org/10.1037/adb0000657>
- Jaffe, A. E., Blayney, J. A., Lewis, M. A. y Kaysen, D. (2019). Prospective risk for incapacitated rape among sexual minority women: Hookups and drinking. *Journal of Sex Research*, 57(7), 922-932. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1661949>
- Jewkes, R., Otwombe, K., Dunkle, K., Milovanovic, M., Hlongwane, K., Jaffer, M., Matuludi, M., Mbowane, V., Hopkins, K. L., Hill, N., Gray, G. y Coetzee, J. (2021). Sexual IPV and non-partner rape of female sex workers: Findings of a cross-sectional community-centric national study in South Africa. *SSM Mental Health*, 1, 100012. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2021.100012>
- Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la escala multidimensional de apoyo social percibido. *Ansiedad y Estrés*, 8(2-3), 173-182.
- Lippus, H., Laanpere, M., Part, K., Ringmets, I. y Karro, H. (2020). What do we know about the impact of sexual violence on health and health behaviour of women in Estonia? *BMC Public Health*, 20(1), 1897. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09953-2>
- López, J., Cantos, M.J., González, J.L., López, J.J., Sánchez, F., Delgado, E., Herrera, D., Martínez, F., Sierra, J., Rubio, M., Gil, V., Santiago, A.M., Gómez, M.A., Martín, C., García, C., Buquerín, S., López, A. y Linares, O. (2020). *Informe sobre violencia contra la mujer: España 2015-2019*. Ministerio del Interior. <https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/dam/jcr:34be8e1f-e3a5-42d3-a6e9-1a38e13e5598/Informe%20sobre%20violencia%20contra%20la%20mujer%202015-2019.pdf>
- López, G. y Yeater, E. A. (2018). Comparisons of sexual victimization experiences among sexual minority and heterosexual women. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(7-8), NP4250-NP4270. <https://doi.org/10.1177/0886260518787202>

- Machisa, M. T., Chirwa, E., Mahlangu, P., Nunze, N., Sikweyiya, Y., Dartnall, E., Pillay, M. y Jewkes, R. (2022). Suicidal thoughts, depression, post-traumatic stress, and harmful alcohol use associated with intimate partner violence and rape exposures among female students in south africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7913. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137913>
- Madkour, A. S., Clum, G., Green, J., Latimer, J., Schmidt, N., Johnson, C. y Kissinger, P. (2020). Patterns and correlates of substance use among young adult African American women. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 21(1), 197-215. <https://doi.org/10.1080/15332640.2020.1725708>
- McCabe, S. E., Hughes, T. L., Beal, S., Evans-Polce, R. J., Kcomt, L., Engstrom, C., West, B. T., Veliz, P., Leary, K., McCabe, V. V. y Boyd, C. J. (2021). Sexual orientation differences in childhood sexual abuse, suicide attempts, and DSM-5 alcohol, tobacco, other drug use, and mental health disorders in the US. *Child Abuse & Neglect*, 123, 105377. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105377>
- McCauley, H. L., Jones, K. A., Rofey, D. L., Reid, T. A., Miller, E. y Coulter, R. W. S. (2020). Sexual assault, alcohol use, and gender of sexual partners among cisgender women seeking care at US college health centers, 2015-2018. *American Journal of Public Health*, 110(6), 850-856. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305586>
- Mellins, C. A., Walsh, K., Sarvet, A. L., Wall, M., Gilbert, L., Santelli, J. S., Thompson, M., Wilson, P. A., Khan, S., Benson, S., Bah, K., Kaufman, K. A., Reardon, L. y Hirsch, J. S. (2017). Sexual assault incidents among college undergraduates: Prevalence and factors associated with risk. *PLoS ONE*, 12(11), e0186471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186471>
- Meyers, J. L., Sartor, C. E., Werner, K. B., Koenen, K. C., Grant, B. F. y Hasin, D. (2018). Childhood interpersonal violence and adult alcohol, cannabis, and tobacco use disorders: Variation by race/ethnicity? *Psychological Medicine*, 48(9), 1540-1550. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003208>
- Ndungu, J., Washington, L., Willan, S., Ramsoomar, L., Ngcobo-Sithole, M. y Gibbs, A. (2020). Risk factors for alcohol and drug misuse amongst young women in informal settlements in Durban, South Africa. *Global Public Health*, 15(9), 1322-1336. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1775866>

- Neilson, E. C., Bird, E. R., Metzger, I. W., George, W. H., Norris, J. y Gilmore, A. K. (2017). Understanding sexual assault risk perception in college: Associations among sexual assault history, drinking to cope, and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 78, 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.022>
- Norris, A. L., Rich, C., Kaplan, C., Krieger, N., Carey, K. B. y Carey, M. P. (2020). Intersections between young women's racial/ethnic identities and sexual orientation on rates of sexual violence and substance use. *Psychology & Sexuality*, 12(1-2), 141-161. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1729848>
- Norris, A. L., Carey, K. B., Walsh, J. L., Shepardson, R. L. y Carey, M. P. (2019). Longitudinal assessment of heavy alcohol use and incapacitated sexual assault: A cross-lagged analysis. *Addictive Behaviors*, 93, 198-203. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.02.001>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Monografía alcohol 2021: Consumo y consecuencias*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. (2022). *XIII Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2019*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/observatorio/informesAnuales/informes/2019/XIII_Informe_OEVM_2019.pdf
- Observatorio Noctámbul@s. (2018). *5º Informe anual sobre la relación entre el consumo de drogas y las violencias sexuales en contextos de ocio nocturno*. https://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/5InformeNoctambulas_2017-18.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=35A4523DD5081DDDD7C09891DE7D5B73?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Plan Nacional sobre Drogas. (2021). *Mitos y realidades sobre el alcohol*. Portal del Plan Nacional Sobre Drogas.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/alcohol/menuAlcohol/mitosRealidades.htm>
- Psicopedia. (29 de noviembre de 2019). *Distorsiones cognitivas: aprender a identificar los 10 errores de pensamiento más habituales* [Archivo de Vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=ce6g-aJujNI>
- Redondo-Martín, S., Amezcua-Prieto, C., Suarez-Varela, M. M., Ayán, C., Mateos-Campos, R., Martín, V., Ortíz-Moncada, R., Almaraz-Gómez, A., Rodríguez-Reinado, C., Delgado-Rodríguez, M., Blázquez-Abellán, G., Alonso-Molero, J., Llopis Morales, A., Cancela Carral, J. M., Valero-Juan, L. F., Martínez-Ruiz, V. y Fernández-Villa, T. (2021). Experiencias declaradas de conductas sexuales de riesgo en relación con el consumo de alcohol en el primer año de universidad. *Revista Española de Salud Pública*, 95, e202105063.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad: el derecho a decir no*. Editorial Océano.
- Rivas-Rivero, E., Bonilla-Algovia, E. y Vázquez, J. J. (2020). Risk factors associated with substance use in female victims of abuse living in a context of poverty. *Anales de Psicología*, 36(1), 173-180. <https://doi.org/10.6018/analesps.362541>
- Salokangas, R. K. R., From, T., Luutonen, S., Salokangas, H. R. W. y Hietala, J. (2018). Effect of childhood adversities on alcohol problems is mainly mediated by depression. *The American Journal on Addictions*, 27(5), 391-399. <https://doi.org/10.1111/ajad.12734>
- Sánchez-García, M., Lozano-Rojas, O. M., Díaz-Batanero, C., Carmona-Márquez, J., Rojas-Tejada, A. J. y Fernández-Calderón, F. (2020). Spanish adaptation of the protective behavioral strategies scale-20 (S-PBSS-20) and evaluation of its psychometric properties. *Psicothema*, 32(4), 598–606. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.172>

- Sandín, B., Simons, J. F., Valiente, R. M., Simons, R. M. y Chorot, P. (2017). Psychometric properties of the spanish version of the distress tolerance scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema*, 29(3), 421-428. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.239>
- Scaglione, N. M., Turrisi, R., Sell, N. M., Mallett, K. A. y Cleveland, M. J. (2021). An ecological momentary assessment of college women's decisions to use protective behavioral strategies. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16), NP13291-NP13314. <https://doi.org/10.1177/08862605211005143>
- Schückher, F., Sellin, T., Fahlke, C. y Engström, I. (2018). The impact of childhood maltreatment on age of onset of alcohol use disorder in women. *European Addiction Research*, 24(6), 278-285. <https://doi.org/10.1159/000494766>
- Sell, N. M., Turrisi, R., Scaglione, N. M., Cleveland, M. J. y Mallett, K. A. (2018). Alcohol consumption and use of sexual assault and drinking protective behavioral strategies: A diary study. *Psychology of Women Quarterly*, 42(1), 62-71. <https://doi.org/10.1177/0361684317744198>
- Stappenbeck, C. A., Gulati, N. K., Jaffe, A. E., Blayney, J. A. y Kaysen, D. (2021). Initial efficacy of a web-based alcohol and emotion regulation intervention for college women with sexual assault histories. *Psychology of Addictive Behaviors*, 35(7), 852-865. <https://doi.org/10.1037/adb0000762>
- Tadros, A., Sharon, M. J., Hoffman, S. M. y Davidov, D. M. (2018). Emergency department visits for sexual assault by emerging adults: Is alcohol a factor? *The Western Journal of Emergency Medicine*, 19(5), 797-802. <https://doi.org/10.5811/westjem.2018.6.38219>
- Ullman, S. E., Lorenz, K. y O'Callaghan, E. (2018). Risk avoidance strategies after sexual assault: A dyadic study of survivors and informal support providers. *Victims & Offenders*, 13(6), 814-833. <https://doi.org/10.1080/15564886.2018.1479910>
- Ullman, S. E., O'Callaghan, E. y Lorenz, K. (2019). Women's experiences of impairment and incapacitation during alcohol/drug-related sexual assaults: Toward a survivor-informed approach to measurement. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 2105-2116. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1441-6>

Yeater, E. A., Witkiewitz, K., Testa, M. y Bryan, A. D. (2020). Substance use, risky sex, and peer interactions predict sexual assault among college women: An ecological momentary assessment (EMA) study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(7-8), NP5094-NP5115. <https://doi.org/10.1177/0886260520958720>

Índice de figuras

Figura 1. *Diagrama de flujo del proceso de búsqueda bibliográfica* 19

Anexos

Anexo 1.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados.

Estudio	Objetivo	Muestra	Evaluación	Resultados
Meyers et al. (2018)	Investigar las diferencias en función de la etnia y el sexo en la relación entre los trastornos por consumo de sustancias (alcohol, cannabis y tabaco) con la violencia interpersonal en la infancia (abuso físico, sexual o violencia parental) en población adulta de Estados Unidos. Es un estudio basado en los datos de 2012 a 2013 de la NESARC-III.	N = 36073 (56,3% mujeres) 20-90 años (M = 45,5)	- Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5). - Conflict Tactics Scale (CTS). - Cuestionario de abuso sexual en la infancia de Wyatt (1985).	- El abuso sexual en la infancia se relaciona con un riesgo elevado de desarrollar un trastorno por consumo de alcohol, drogas y tabaco, aunque estas asociaciones no difieren significativamente por etnia o sexo. - Se encontró una asociación robusta entre abuso sexual en la infancia y trastorno por consumo de alcohol en mujeres hispanas; y entre abuso sexual en la infancia y trastorno por consumo de cannabis en mujeres negras. - El abuso sexual en la infancia es más frecuente en mujeres, especialmente entre las mujeres indias americanas.
Sell et al. (2018)	Explorar las asociaciones diarias entre el consumo de alcohol y el uso de estrategias conductuales de protección para prevenir las agresiones sexuales, para limitar el consumo de alcohol o sobre la forma de beber en mujeres universitarias de primer curso en Estados Unidos.	N = 69 +18 años (M = 18,06)	- Número total de bebidas alcohólicas consumidas en el día anterior. - Dating Self-Protection Against Rape Scale (DSPARS). - Subescala de limitar el consumo de alcohol de la Protective Behavioral Strategies Scale (PBSS). - Subescala de forma de beber de la Protective Behavioral Strategies Scale (PBSS).	- Tanto a nivel interpersonal como intrapersonal, hay una relación positiva entre el consumo de alcohol y el uso de estrategias conductuales de protección para prevenir la agresión sexual (↑ uso de estrategias = ↑ consumo). - Tanto a nivel interpersonal como intrapersonal, hay una relación negativa entre el consumo de alcohol y el uso de estrategias conductuales de protección para limitar el consumo o la forma de beber (↑ uso de estrategias = ↓ consumo).

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Dir et al. (2018)	Investigar si el <i>sexting</i> es un mecanismo mediante el cual el consumo problemático de alcohol aumenta el riesgo de sufrir una agresión sexual en mujeres universitarias de Estados Unidos. Es un estudio longitudinal que evalúa en tres momentos: inicio del semestre en otoño (T1), final del semestre de otoño (T2) y final del semestre de primavera (T3).	N = 332 18-28 años (M = 19,15)	- Sexual Experiences Survey (SES). - Timeline Followback (TLFB). - Drinking Styles Questionnaire (DSQ).	- La frecuencia de <i>sexting</i> en T2 es un mediador significativo en la relación entre el consumo problemático de alcohol en T1 y la agresión sexual en T3: un aumento en el consumo de alcohol en T1, aumenta la frecuencia de <i>sexting</i> en T2, y lleva a mayor riesgo de agresión sexual en T3. - Tanto la frecuencia de <i>sexting</i> en T2 como haber sufrido una agresión sexual en T1 predicen significativamente sufrir una agresión sexual en T3.
Salokangas et al. (2018)	Investigar la relación entre los problemas con el alcohol y las adversidades y traumas en la infancia (abuso emocional, físico o sexual, y negligencia emocional o física), así como las diferencias en función del sexo, en población adulta de Finlandia.	N= 690 (62,5% mujeres) 18-88 años	- Datos sociodemográficos. - Problemas con el alcohol: frecuencia de consumo y problemas relacionados. - Tratamiento previo para problemas de salud mental. - Depression Scale (DEPS). - Trauma and Distress Scale (TADS).	- En mujeres, los problemas con el consumo de alcohol se relacionan significativamente con el abuso sexual y físico y la negligencia física. - En mujeres, el abuso físico y sexual tienen tanto un efecto directo sobre los problemas con el alcohol como un efecto indirecto cuando la sintomatología depresiva es el mediador. - En mujeres, la negligencia emocional tiene un efecto indirecto sobre los problemas con el alcohol a través de la sintomatología depresiva.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Ullman et al. (2018)	Analizar las conductas de autoprotección que utilizan las mujeres supervivientes de agresión sexual y sus principales proveedores de apoyo informal durante su recuperación en Estados Unidos. Es un estudio cualitativo centrado en los riesgos para la recuperación de la víctima.	N= 90 + 18 años (M = 43) 64% mujeres principales proveedoras de apoyo informal	- Datos sociodemográficos. - Entrevista semiestructurada, que incluye: a)Revelación de la experiencia sexual no deseada. b)Apoyo social proporcionado y recibido. c)Evaluación de la relación entre la víctima y principal proveedora de apoyo informal. d)Estrategias de afrontamiento y recuperación de la víctima. e)Riesgo para la recuperación de la víctima: conductas de riesgo y estrategias de autoprotección.	- Las estrategias para reducir el riesgo de sufrir una agresión sexual incluyen: - Evitar alcohol y/o drogas: sobriedad para evitar situaciones peligrosas, ser mucho más precavida y responsable al beber, etc. - Cambios conductuales: restricción de actividades cotidianas, cambiar de trabajo, evitar situaciones y personas potencialmente peligrosas, etc. - Medidas de seguridad: tomar precauciones dentro de casa, disponibilidad de armas o cámaras de seguridad en la vivienda. - Estrategias de autoprotección y autodefensa: llevar armas encima, no salir de noche, ser asertiva para negarse en situaciones sexuales, tener cuidado al conocer gente nueva, etc. - Proteger a los demás: miedo a que los hijos o los nietos sean víctimas, sobreproteger y enseñar estrategias de protección a los menores.
Caamano-Isorna et al. (2018)	Determinar la incidencia de agresiones sexuales y físicas y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Estados Unidos. Es un estudio de cohortes que incluye datos de las dos primeras cohortes (2011 y 2012).	N = 5170 (60,21% mujeres) + 18 años	- Datos sociodemográficos. - Life Events Checklist (LEC). - Semi-Structured Assessment for the Genetics of Alcoholism (SSAGA). - Substance Abuse and Mental Health Services Questionnaire, de la Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas (NSDUH). - Criterios de dependencia del alcohol y abuso (DSM-IV).	- La tasa de incidencia anual de agresión sexual fue mayor en mujeres con dependencia al alcohol, tanto en primer (36.4 vs. 15.1) como en tercer curso (7.7 vs. 2.8), en comparación a las estudiantes que no presentaban abuso o dependencia al alcohol. Al compararlas con los hombres, estos presentan mayor incidencia de casos sólo en tercer curso (18.9). - En mujeres, la dependencia del alcohol, haber sufrido una agresión sexual previamente y ser bisexual constituyen factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir una agresión sexual, aunque esta probabilidad es mayor en hombres. - Las mujeres que consumen cannabis y pertenecen a más de una etnia tienen más probabilidad de sufrir una agresión sexual en comparación a los hombres.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Blayney et al. (2018)	Explorar el efecto que tiene el reconocimiento de haber sufrido una violación sobre la salud mental y el consumo de alcohol de mujeres lesbianas y bisexuales en Estados Unidos. Hay dos tipos de reconocimiento: víctimas que son conscientes de que han sido agredidas sexualmente y se reconocen como tal; y víctimas que no son conscientes que han sido agredidas y no se reconocen como tal. Las víctimas que se reconocen como tal presentan mayor sintomatología psicológica que las que no lo hacen.	N = 205 18-35 años (M = 24,47)	<ul style="list-style-type: none"> - Abuso Sexual en la Infancia (adaptación de Finkelhor et al., 1990). - Sexual Experiences Survey – Short Form Victimization (SES-SFV). - Brief Symptom Inventory (BSI). - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). - Timeline Followback (TLFB). 	<ul style="list-style-type: none"> - Se dividió a la muestra en cuatro grupos: a) no hay abuso sexual en la adultez; b) abuso sexual en la adultez sin violación consumada; c) víctimas de violación que se reconocen como tal, y d) víctimas de violación que no se reconocen como tal. - Tanto las víctimas de violación que se reconocen como tal como las que no, indicaron mayor consumo nocivo de alcohol, en comparación a quien no sufrió abuso sexual en la adultez o lo tuvo sin violación consumada. - En comparación al resto de grupos, las víctimas de violación que no se reconocen como tal muestran más días de consumo excesivo de alcohol. - Haber sufrido un abuso sexual muy grave en la infancia aumenta la probabilidad de reconocer la violación como tal en la adultez. - Las víctimas de violación que se reconocen como tal presentan más síntomas depresivos, ansiosos y somáticos, que quien no sufrió abuso sexual en la adultez o lo tuvo sin violación consumada. - Las víctimas de violación que no se reconocen como tal presentan más síntomas depresivos, en comparación con quien no sufrió abuso sexual en la adultez o lo tuvo sin violación consumada.
López y Yeater (2018)	Conocer la relación entre las experiencias de victimización sexual en la adultez y la adolescencia, las experiencias de abuso en la infancia, las estrategias de afrontamiento y la salud mental en mujeres heterosexuales, bisexuales y lesbianas de Estados Unidos.	N = 177 (72,3% heterosexuales, 21,5% bisexuales y 6,2% lesbianas) 19-71 años (M = 33,66)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Información cualitativa sobre el contexto de victimización sexual. - Sexual Experiences Survey (SES). - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). - Trauma Symptom Checklist (TSC). - Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18). - Brief COPE: estrategias de afrontamiento. - Social Reactions Questionnaire (SRQ). - Beck Depression Inventory-II (BDI-II). 	<ul style="list-style-type: none"> - Un 20,3% de heterosexuales y un 18,4% de lesbianas y bisexuales indicaron haber consumido alcohol cuando se produjo la agresión sexual. - Las mujeres lesbianas y bisexuales muestran casos más graves de victimización sexual en la adultez y la adolescencia, son más propensas a experimentar revictimización y a consumir sustancias como modo de afrontamiento que las heterosexuales. - La media de abuso sexual en la infancia es mayor en el grupo de lesbianas y bisexuales.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Tadros et al. (2018)	Analizar las visitas a urgencias por motivo de una agresión sexual e identificar si las pacientes habían consumido alcohol, en mujeres jóvenes adultas de Estados Unidos. Es un estudio retrospectivo con datos de 2012 a 2015.	N = 118 18-25 años (M = 20)	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de violación o de observación por presunta violación, según la CIE-9. - Examinación por enfermera. - Retraso en la búsqueda de atención médica. - Profilaxis para VIH, infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo. - Consumo de alcohol. - Método anticonceptivo. 	<ul style="list-style-type: none"> - En el 69% de casos de agresión sexual, la mujer había tomado alcohol, siendo la mayoría menores de 21 años (74%). - Un 62,3% de mujeres que habían consumido alcohol acudieron a emergencias al menos 24 horas más tarde tras el incidente en comparación con quienes no habían bebido. - La mayoría de las pacientes aceptaron profilaxis para VIH, ITS y embarazo, y el examen por parte de una enfermera que atiende casos de agresión sexual.
Schückher et al. (2018)	Investigar las diferencias entre mujeres con un inicio temprano o tardío del trastorno por consumo de alcohol en cuanto a la salud, la comorbilidad psiquiátrica, los resultados del tratamiento y la calidad de vida en Suecia. Se utilizaron los datos de un estudio longitudinal llevado a cabo de 2012 a 2015.	N = 75 25-72 años (M = 50,5)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Addiction Severity Index (ASI). - Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). - Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF). 	<ul style="list-style-type: none"> - El abuso sexual en la infancia se relaciona con un inicio más temprano del trastorno por consumo de alcohol, en comparación a quien no sufrió abuso sexual en la infancia (M=34,6 años vs. M= 45,1 años). - El inicio temprano del trastorno por consumo de alcohol se relaciona con pacientes que han sufrido múltiples tipos de trauma, abuso emocional o sexual en la infancia, o cuya madre tenía un consumo problemático de alcohol/sustancias. - El abuso emocional y el consumo problemático de alcohol/sustancias de la madre son buenos predictores de la edad de inicio del trastorno por consumo de alcohol.
Norris et al. (2019)	Estudiar las asociaciones entre el consumo excesivo de alcohol y la agresión sexual facilitada por un estado de incapacidad en mujeres universitarias de primer curso de Estados Unidos. Utiliza datos de un estudio longitudinal de 2013, con tres evaluaciones: inicio del curso (T1), final del primer semestre (T2) y final del segundo semestre (T3).	N = 483 18-25 años (M = 18)	<ul style="list-style-type: none"> - Sexual Experiences Survey –Revised (SES-R). - Frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol en el último mes. - Pico máximo de alcohol en sangre: cantidad más grande de alcohol que se ha bebido en un solo día y tiempo en el que fue consumido. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sufrir una agresión sexual facilitada por un estado de incapacidad antes de la universidad predice el consumo excesivo de alcohol y el pico máximo de alcohol en sangre durante el primer semestre. - El consumo excesivo de alcohol no se asocia con un mayor riesgo de sufrir una agresión sexual con el tiempo. - Sufrir una agresión sexual antes de la universidad es un buen predictor de sufrir una agresión sexual en la universidad. - El consumo de alcohol excesivo antes de la universidad es un buen predictor del consumo de alcohol excesivo durante la universidad.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Almuneef (2019)	Examinar la prevalencia de las diferentes formas de abuso sexual infantil y su impacto en las enfermedades crónicas, los trastornos mentales y las conductas de riesgo para la salud, incluido el consumo de alcohol, en población adulta de Arabia Saudí. Se basa en los datos de un estudio transversal de 2013.	N = 10156 (47,9% mujeres) + 18 años (M = 34,3)	- Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). - Diagnóstico médico de enfermedades crónicas, trastornos mentales y conductas de riesgo para la salud.	- En comparación con los hombres, las mujeres víctimas de abuso sexual infantil tienen: - Menor probabilidad de presentar enfermedades crónicas y conductas de riesgo para la salud: consumo de alcohol, uso de drogas o ideación suicida. - Mayor probabilidad de tener depresión, ansiedad y otros trastornos mentales, así como de tener relaciones sexuales fuera del matrimonio.
Beaujolaïs et al. (2019)	Conocer las experiencias de trabajadoras sexuales en cuanto a la violencia perpetrada por los clientes en Katmandú. Es un estudio cualitativo.	N = 30 24-54 años	Entrevista semiestructurada que incluye: - Datos sociodemográficos. - Experiencias violentas (tipos y agresores). - Presencia de violencia al negociar el uso del preservativo. - Consumo de alcohol y otras drogas. - Conductas de búsqueda de ayuda con trabajadores sociales, fuerzas de la ley o sector sanitario.	- Efectos del consumo de alcohol: las mujeres saben que el alcohol aumenta su vulnerabilidad a la violencia sexual y física, y afecta a la negociación de las condiciones, por lo que algunas optan por no beber o moderar su consumo. Los clientes que consumen alcohol tienden a ser más abusivos (física y sexualmente) con las trabajadoras sexuales. - Condiciones asociadas con el intercambio de servicios sexuales y que se relacionan con ser victimizada: negociación del uso de preservativo y de los actos sexuales realizados durante el servicio, número de clientes presentes durante el servicio, solicitud del pago por los servicios prestados, tiempo para proporcionar el servicio.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Ullman et al. (2019)	Analizar si las experiencias de agresión sexual debido a un estado de incapacidad o deteriorado por consumo de alcohol y/o drogas se ajustan a las categorías propuestas por Littleton et al. (2009) en mujeres de Estados Unidos. Es un estudio cualitativo.	N = 632 18-69 años (M = 34,14)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Sexual Experiences Survey –Revised (SES-R). - Violencia física ejercida por el agresor durante la agresión. - Respuestas peritraumáticas negativas: percepción de que la propia vida estuvo en riesgo. - Nivel de deterioro experimentado durante la agresión: no hay; hay dificultad para moverse o hablar; o dormida/ inconsciente. - Consumo de alcohol o drogas previo a la agresión. - Contexto en el que tuvo lugar la agresión. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 61% indica haber consumido sólo alcohol antes de la agresión, mientras un 21% tuvo un consumo conjunto de drogas y alcohol. - La mayoría de las víctimas no distinguen entre estado de incapacidad o deteriorado, por lo que es difícil categorizar cualitativamente las respuestas como tal. Sólo algunas de las respuestas van en línea con las definiciones propuestas por Littleton y colaboradores. - Según las respuestas de las víctimas, “estar dormida” no tiene por qué implicar encontrarse en un estado deteriorado o de incapacidad, y tampoco tiene que estar siempre asociada al consumo de alcohol/drogas.
Jaffe et al. (2019)	Examinar si el consumo excesivo de alcohol y el sexo casual durante el primer año son factores de riesgo para sufrir una violación por un estado de incapacidad provocado por alcohol o drogas en el segundo año en mujeres lesbianas y bisexuales de Estados Unidos. Es un estudio longitudinal, con una evaluación al inicio (T0), al año (T1) y a los 2 años (T2).	N = 1057 (40,5% lesbianas y 59,5% bisexuales) 18-25 años (M = 20,86)	<ul style="list-style-type: none"> - Identidad sexual. - Número de parejas para sexo casual en los últimos 3 meses. - Número de veces que ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un solo día en los últimos 12 meses. - Sexual Experiences Survey –Revised (SES-R). - Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ). 	<ul style="list-style-type: none"> - En mujeres bisexuales, la interacción entre el consumo episódico excesivo de alcohol y tener más de una pareja masculina para tener sexo casual en T1 se asocian con un mayor riesgo de violación por un estado de incapacidad en T2. - Otros predictores de violación por un estado de incapacidad en T2 en mujeres bisexuales incluyen haberla sufrido también en T0 o haber sufrido una violación forzosa en T1. - En mujeres lesbianas, la violación por un estado de incapacidad en T2 tiene como único predictor el haberla sufrido en T1.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Bedard-Gilligan et al. (2019)	Desarrollar una intervención (BRITE: <i>Brief Restructuring Intervention after Trauma Exposure</i>) para mujeres víctimas de agresión sexual, centrándose en los síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y el consumo problemático de alcohol. Se combina una intervención de reestructuración cognitiva (Stappenbeck et al., 2015) y un programa de tratamiento cognitivo centrado en el trauma (CPT; Resick et al., 2017).	N = 6 18-27 años (M = 20,83)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Timeline Followback (TLFB). - Posttraumatic Symptom Scale Interview Version for DSM-5 (PSS-I-5). - Mini International Neuropsychiatric Interview for DSM-5 (MINI v7). - Daily Drinking Questionnaire (DDQ). - Drinkers Inventory of Consequences (DrInC). - Posttraumatic Stress Checklist (PCL-5). - Cuestionario de satisfacción y aspectos relacionados con el formato de la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención en cinco sesiones: 1 sesión en persona (90 minutos) y 4 llamadas telefónicas de entrenamiento (20 minutos) a lo largo del mes. - Tras la intervención, las participantes presentan una disminución de síntomas de TEPT y de las consecuencias del consumo de alcohol, aunque el promedio de bebidas por semana aumenta ligeramente. - La intervención es útil y satisfactoria: proporciona apoyo social, permite acercarse a las emociones propias (en vez de evitarlas) y aprender nuevas habilidades. - Durante la intervención y al emplear las habilidades, hay un nivel de malestar de leve a moderado. - La intervención resulta de gran interés y cumple con las necesidades de las participantes, por lo que la recomendarían a otras personas con un problema similar.
Rivas-Rivero et al. (2020)	Explorar la relación entre el padecimiento de sucesos vitales estresantes y el consumo excesivo de alcohol y drogas en mujeres víctimas de violencia de género y en situación de extrema pobreza de Nicaragua.	N = 136 +18 años (M = 31,67)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Datos sobre la situación de violencia: duración de la situación de abuso y convivencia con el agresor, tipo de abuso y frecuencia. - List of Stressful Life Events for socially excluded groups (L-SLE). 	<ul style="list-style-type: none"> - El abuso sexual antes y después de los 18 años es un factor de riesgo para el abuso de alcohol. - El 41% de mujeres que tienen un consumo excesivo de alcohol han sufrido abuso sexual antes de los 18 años. - El 26,2% de mujeres que tienen un consumo excesivo de alcohol han sufrido una agresión sexual fuera de la pareja después de los 18 años. - El abuso sexual antes de los 18 años y tener un progenitor con problemas de alcohol o drogas predice el consumo de drogas.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Madkour et al. (2020)	Examinar los patrones y correlaciones del uso de sustancias, teniendo en cuenta factores de riesgo y de protección, en mujeres afroamericanas en Estados Unidos.	N = 459 18-19 años (M = 18,4)	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de alcohol en los últimos 3 meses. - Consumo de marihuana en los últimos 3 meses. - Pareja sexual masculina en los últimos 3 meses. - Iniciación sexual temprana. - Nivel educativo de la madre. - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, versión de 10 ítems (CES-D 10). - Historial de abuso sexual previo: abuso antes de los 12 años, forzada o coaccionada físicamente para tener sexo en contra de su voluntad. - Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). - Tipo de cohabitación. - Asistencia a la universidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser víctima de abuso sexual en la infancia por parte de un progenitor/cuidador se asocia al consumo de alcohol en mayor medida que la marihuana o el uso de ambos. - Ser víctima de abuso sexual en la infancia por parte de un progenitor/cuidador y tener mayor apoyo familiar se asocia con mayor probabilidad de consumir alcohol en comparación a quienes no beben o lo hacen infrecuentemente. - Las consumidoras de alcohol son más propensas a haber sufrido coacción sexual con contacto físico en comparación a las consumidoras de marihuana, y a tener mayor apoyo familiar en comparación a las consumidoras de marihuana o de ambas. - Las consumidoras de alcohol es menos probable que hayan tenido una pareja sexual masculina en los últimos 3 meses en comparación con las consumidoras de marihuana y también es menos probable que hayan experimentado coacción sexual sin contacto físico en comparación con las consumidoras de ambas sustancias. - Las mujeres que indicaron estar borrachas o drogadas antes de tener sexo con un hombre en los últimos 3 meses presentan mayor probabilidad de consumo de sustancias, especialmente marihuana.
Florez et al. (2020)	Estudiar la relación entre el abuso en la infancia, la sintomatología postraumática y el abuso de alcohol en mujeres afroamericanas con bajos ingresos en Estados Unidos.	N = 172 + 18 años (M = 34,49)	<ul style="list-style-type: none"> - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). - Davidson Trauma Scale (DTS). - Brief Michigan Alcoholism Screening Test (bMAST). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hay un efecto indirecto en la relación entre abuso sexual en la infancia y el abuso de alcohol cuando la variable mediadora es la gravedad de la sintomatología de TEPT o la hiperactivación. - Hay una relación significativa entre el abuso sexual en la infancia y la gravedad y los tipos de síntomas del TEPT (excepto los síntomas de evitación).

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Norris et al. (2020)	Explorar la prevalencia de violencia sexual y su relación con el consumo de sustancias, teniendo en cuenta la orientación sexual y la etnia e identidad racial de mujeres de Estados Unidos. Se dividió a las mujeres según su orientación sexual en dos categorías: exclusivamente heterosexuales o pertenecientes a una minoría sexual (incluye bisexuales y mayoritariamente heterosexuales).	N = 546 (64% heterosexuales y 36% pertenecientes a una minoría sexual) 18-29 años (M = 22,51 heterosexuales; M = 23,14 minoría sexual).	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Orientación sexual: heterosexual o minoría sexual. - Identidad racial: india americana/nativa de Alaska, asiática, nativa de Hawái/isleña del Pacífico, afroamericana/negra o blanca/caucásica. - Etnia: latina o blanca no-hispana. - Violencia sexual: coacción sexual, sexo forzoso y sexo no consensuado debido a un estado de incapacidad. - Frecuencia semanal típica de consumo de alcohol en los últimos tres meses. - Consumo de tabaco y marihuana en los últimos 30 días. 	<ul style="list-style-type: none"> - La violencia sexual se asocia significativamente con un mayor consumo excesivo de alcohol en mujeres de minorías sexuales, pero no en heterosexuales. - Las mujeres de minorías sexuales tienen tres veces más probabilidades de sufrir violencia sexual, en comparación a las mujeres heterosexuales. - La prevalencia de la violencia sexual es mayor en mujeres de minorías sexuales, independientemente de la identidad racial o étnica. - La identidad racial o la etnia no moderan la relación entre la violencia sexual y el consumo excesivo de alcohol, marihuana o tabaco.
Couture et al. (2020)	Examinar, desde un enfoque sindémico, los efectos de la concurrencia de determinadas condiciones psicosociales (malestar psicológico, consumo de alcohol y de estimulantes tipo anfetamina, deudas, inseguridad alimentaria y de vivienda) sobre el riesgo de sufrir violencia sexual y física por parte de un cliente en una muestra de trabajadoras sexuales de Camboya.	N = 1198 18-31+ años (M = 26)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos y socioeconómicos. - Adaptación de Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS). - Zona de trabajo en el último mes: establecimientos de ocio, o como "autónoma" en calles y/o casas. - Violencia física y sexual perpetrada por el cliente, basada en García-Moreno et al. (2005). - Precariedad de la vivienda en los últimos 3 meses. - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). - Kessler Psychological Distress Scale (K10). 	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo elevado de tener un trastorno por consumo de alcohol (11,2%) en las mujeres víctimas de violencia sexual. - Sufrir violencia sexual por parte de un cliente duplica (OR= 2.47) la probabilidad de tener un trastorno por consumo de alcohol (moderado/severo). - Sufrir violencia sexual por parte de un cliente se asocia con la violencia física perpetrada por el cliente, el malestar psicológico (moderado/severo), las deudas y la inseguridad alimentaria y de la vivienda. - En los modelos de regresión logística multivariante, la probabilidad de sufrir violencia sexual por parte de un cliente aumenta a medida que crece el número de condiciones psicosociales concurrentes que presenta la mujer: tener entre 5 y 6 condiciones psicosociales hace que la probabilidad de sufrir violencia sexual por parte de un cliente sea ocho veces mayor.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

McCauley et al. (2020)	<p>Identificar las diferencias, según el sexo de la pareja sexual, en la asociación entre agresión sexual y consumo de alcohol en mujeres que buscan ayuda en los centros de salud universitarios en Estados Unidos.</p> <p>Es un estudio longitudinal que recoge datos de 2015 a 2018 en tres momentos: al inicio (T1), cuatro meses después (T2) y a los 12 meses (T3).</p> <p>Se dividió a la muestra en tres categorías, según el sexo de las parejas sexuales: mujeres que sólo tienen sexo con hombres; mujeres que tienen parejas sexuales no penetrativas; mujeres que tienen sexo con mujeres o con hombres y mujeres.</p>	<p>N = 1578 (71,7% sólo sexo con hombres; 21,8% tienen parejas sexuales no penetrativas; 6,4% sexo con mujeres o con hombres y mujeres)</p> <p>18-24 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Sexo de las parejas sexuales. - Sexual Experiences Survey (SES). - Número de días en los que ha consumido alcohol en el último mes. - Número de días en los que ha consumido 4 o más bebidas en un período de 2 horas en el último mes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres que sufrieron una agresión sexual antes o después de empezar la universidad presentan mayor probabilidad de consumo de alcohol reciente y de consumo excesivo de alcohol (<i>binge drinking</i>), en comparación a quienes no tienen un historial de agresión sexual. - Cualquier tipo de exposición a una agresión sexual se asocia con mayor frecuencia de uso de alcohol y <i>binge drinking</i>, tras controlar por el sexo de las parejas sexuales. - En comparación con las mujeres que sólo tienen sexo con hombres y sin historia de agresión sexual, las mujeres que tienen sexo con otras mujeres o con hombres y mujeres y que han sufrido agresión sexual antes y durante la universidad, tienen mayor probabilidad de <i>binge drinking</i> y de consumo de alcohol en el último mes, y presentan mayores tasas de consumo en ambos casos. - En comparación con las mujeres que sólo tienen sexo con hombres y sin historia de agresión sexual, las que tienen parejas sexuales no penetrativas y que sufrieron agresión sexual antes de la universidad indican menor probabilidad de <i>binge drinking</i> y consumo de alcohol en el último mes, y presentan menores tasas de consumo en ambos casos. - En comparación con las mujeres que sólo tienen sexo con hombres, la asociación entre agresión sexual y consumo de alcohol es más probable en las mujeres con parejas sexuales no penetrativas, y menos probable en las mujeres que tienen sexo con otras mujeres o con hombres y mujeres.
------------------------	---	---	--	--

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Ndungu et al. (2020)	Examinar los factores de riesgo asociados con el abuso de alcohol y drogas en mujeres jóvenes de asentamientos informales urbanos en África del Sur.	N = 680 18-30+ años	<ul style="list-style-type: none"> - Datos demográficos. - AUDIT. - Consumo de drogas ilegales en el último año. - Estrés relacionado con falta de trabajo y de ingresos, basado en la International Men and Gender Equality Survey (IMAGES). - Household Hunger Scale (HHS). - Washington Group Short Set of Questions on Disability (WG-SS). - Escala de trauma en la infancia, adaptación de Jewkes et al. (2006): negligencia emocional, abuso sexual, abuso y negligencia física. - Escala de violencia contra la mujer en el último año, adaptación de Jewkes et al. (2006): experiencias de violencia física y sexual en la pareja. - Violencia sexual fuera de la pareja en el último año, basado en Jewkes et al. (2012). - Sexo transaccional, a cambio de recibir regalos o dinero: con la pareja principal o casual. - Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). - CES-D. 	<ul style="list-style-type: none"> - En los análisis bivariados, el abuso de alcohol se relaciona con tener una limitación funcional, ser víctima de violencia sexual fuera de la pareja, tener sexo transaccional con la pareja principal o casual, ser víctima de violencia física y/o sexual dentro de la pareja, el consumo de drogas, el TEPT, la depresión y el trauma en la infancia. - En la regresión logística multivariante, el abuso de alcohol se asocia a ser víctima de violencia sexual fuera de la pareja en el último año, tener sexo transaccional con la pareja principal, consumo de drogas en el último año y sintomatología depresiva en la última semana.
de Heer et al. (2020)	Investigar la victimización sexual y su relación con el consumo de pornografía y de alcohol en estudiantes universitarias de Estados Unidos.	N = 483 +18 años (M = 19)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Consumo y nivel de exposición a la pornografía: frecuencia con la que busca porno en internet. - Consumo de alcohol: cantidad de bebidas en la última vez que bebió y si se emborrachó/se sintió ligeramente borracha en el último mes. - Acceptance of Modern Myths About Sexual Aggression Scale (AMMSA). - Sexual Experiences Survey – Short Form Victimization (SES-SFV). 	<ul style="list-style-type: none"> - Quienes consumieron más de 6 bebidas alcohólicas la última vez que bebieron o se emborracharon en el último mes fueron más propensas a sufrir victimización sexual. - Las mujeres que ven mucha pornografía y beben mucho alcohol son 5 veces más propensas a sufrir victimización sexual, en comparación a quienes ven poco porno y no beben alcohol. - Tanto el consumo de pornografía como de alcohol son predictores significativos de la victimización sexual. - Cuando aumenta la aceptación de mitos sobre la violación, también crece el consumo de alcohol.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Yeater et al. (2020)	Examinar los predictores contextuales de la agresión sexual utilizando una evaluación ecológica momentánea en mujeres universitarias de Estados Unidos.	N = 103 18-24 años (M = 18,37)	- Datos sociodemográficos. - Preguntas de evaluación ecológica momentánea: a) Agresión sexual. b) Conductas sexuales de riesgo. c) Consumo de sustancias. - Predictores contextuales.	- El consumo excesivo de alcohol no es un predictor significativo de la agresión sexual. - La probabilidad de sufrir una agresión sexual es mayor cuando la persona se arrepiente de tener un encuentro sexual casual o tiene sexo sin protección. - Los predictores a nivel individual para sufrir una agresión sexual son la presión social para tener sexo, beber con amigos, tener sexo sin protección o arrepentirse de un encuentro sexual casual.
Lippus et al. (2020)	Examinar la prevalencia de violencia sexual, así como la relación entre estar expuesta a violencia sexual, las conductas de riesgo para la salud y las conductas sexuales de riesgo en mujeres de Estonia. Es un estudio transversal con datos de 2014.	N = 1670 18-44 años	- Datos sociodemográficos. - NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ). - Conductas de riesgo para la salud: fumar, beber alcohol o usar drogas ilícitas. - Conductas sexuales de riesgo: uso de métodos anticonceptivos, sexo a cambio de dinero o una recompensa material, relaciones sexuales concurrentes (varias parejas sexuales a la vez) y diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS).	- Estar expuesta a violencia sexual se relaciona con una mayor probabilidad de no usar métodos anticonceptivos, tener sexo a cambio de dinero o una recompensa material, una ITS o relaciones sexuales concurrentes, y consumir más alcohol, tabaco o drogas ilícitas. - La prevalencia de violencia sexual a lo largo de la vida es del 22,7%, siendo más frecuente sufrirla antes de los 18 años (excepto el intento de violación o la violación consumada).
Dardis et al. (2021)	Comprobar la relación entre el uso de alcohol, la violencia de pareja y la victimización por agresión sexual, así como el efecto moderador de la sintomatología de TEPT, en mujeres universitarias de Estados Unidos. El estudio se realiza mediante un diseño de panel cruzado, para medir estas relaciones al inicio del curso (T1) y seis meses después (T2).	N = 631 + 18 años (M = 19,48)	- Datos sociodemográficos. - Victimización por agresión sexual, basado en Ward et al. (1991). - Revised Conflict Tactics Scale Short Form (CTS2S). - Posttraumatic Stress Checklist (PCL-5). - Daily Drinking Questionnaire (DDQ).	- La relación entre el consumo de alcohol en T1 y sufrir una agresión sexual en T2 tiene como variable moderadora los síntomas de TEPT: la asociación es significativa cuando hay más síntomas de TEPT. - La agresión sexual o la violencia de pareja en T1 no se asocian con el consumo de alcohol en T2, y los síntomas de TEPT no moderan esta relación.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Gulati et al. (2021)	Evaluar una intervención (<i>Women's Emotions and Behaviors – WEB</i>) en línea sobre alcohol dirigida a mujeres universitarias con historial de agresión sexual y consumo excesivo de alcohol en Estados Unidos. La intervención se compone de 14 módulos de habilidades: 7 de estrategias de reducción de alcohol y 7 estrategias de regulación emocional.	N = 21 +18 años (M = 20,71)	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ). - Daily Drinking Questionnaire (DDQ). - Frecuencia de episodios de consumo excesivo de alcohol, según el NIAAA. - Retroalimentación cualitativa sobre la intervención: aplicabilidad, utilidad, los elementos que gustaron y los que no, y otras sugerencias para mejorar. - Retroalimentación cuantitativa sobre la intervención: familiaridad, relevancia para sí misma y para otros, y compromiso. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 39% de usuarias piensan que el contenido es acorde a su situación, útil, fácil y satisfactorio. - El 26% de usuarias señalan que el encuadre de la información no es acorde o que no es tan relevante, además de que hay habilidades que les resultan difíciles de implementar. - Las usuarias consideran que el formato de la intervención puede ser mejorable: más actividades, elementos interactivos e información específica para facilitar la comprensión y el seguimiento. - Muestran un nivel moderado de compromiso con los módulos de habilidades, un nivel alto de familiaridad con las estrategias de reducción de alcohol (menor en las de regulación emocional) y las estrategias les resultan muy relevantes (y las consideran aún más relevantes para otras mujeres).
Scaglione et al. (2021)	Examinar la relación entre la toma de decisiones y el uso de estrategias conductuales de protección para beber alcohol y para prevenir las agresiones sexuales en los días de consumo de alcohol mediante una evaluación ecológica momentánea en mujeres universitarias de Estados Unidos.	N = 56 + 18 años (M = 18,05)	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de estrategias conductuales de protección los días que se consume alcohol. - Dating Self-Protection Against Rape Scale (DSPARS). - Protective Behavioral Strategies Scale (PBSS). - Intenciones para realizar un comportamiento específico: uso de alcohol o actividades sociales. - Disposición para realizar un comportamiento específico: uso de alcohol o actividad social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las mujeres no utilizan más estrategias conductuales de protección para beber alcohol o para prevenir la agresión sexual cuando sus intenciones y su disposición para utilizar dichas estrategias son mayores de lo normal. - Las mujeres tienden a utilizar más las estrategias conductuales de protección para prevenir la agresión sexual sólo cuando su disposición para utilizar este tipo de estrategias aumenta a lo largo del día. - Entre las mujeres que están menos dispuestas a usar estrategias conductuales de protección para beber alcohol, el uso de este tipo de estrategia disminuye en los días en los que indican más disposición para usarlas.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Redondo- Martín et al. (2021)	Analizar la prevalencia y la relación entre las conductas sexuales de riesgo al consumir alcohol y las conductas de consumo de alcohol de mayor riesgo (borracheras y <i>binge drinking</i>) en población universitaria de primer curso en España. Es un estudio transversal con datos de 2011-2012 y 2017-2018.	N = 9862 (72,2% mujeres) + 18 años (M = 20,11)	- Datos sociodemográficos. - Datos académicos: universidad, titulación y lugar de residencia durante el curso. - Consumo de alcohol: edad de inicio, consumo en el último mes y año, borracheras en el último año, <i>binge drinking</i> en el último mes, lugar de consumo habitual. - Frecuencia de relaciones sexuales en el último año. - Conductas sexuales en el último año relacionadas con consumo de alcohol o drogas: sexo sin protección, víctima de abuso sexual, agresor sexual.	- La prevalencia de abuso sexual es mayor en mujeres que presentan <i>binge drinking</i> o borracheras. - No hay diferencias significativas en función del sexo en la prevalencia de sexo sin protección en consumidores con borracheras o <i>binge drinking</i> . - Las personas de 21 o más años, tanto los que se emborrachan como los que realizan <i>binge drinking</i> , tienen más sexo sin protección que los menores de 21.
Basile et al. (2021)	Examinar la prevalencia y características de la victimización por violencia sexual (violación y hombres forzados a penetrar) en población adulta de Estados Unidos. Se basa en los datos de 2010-2012 de la Encuesta Nacional sobre Violencia Sexual y de Pareja (NISVS). Hay dos tipos de consumo de drogas y alcohol por parte de la víctima: voluntario, cuando ha consumido drogas/alcohol siendo plenamente consciente de ello; e involuntario, cuando la persona cree que otra le dio drogas/alcohol sin saberlo.	N = 41174 (48,62 % mujeres) 18-65+ años (18-24: M=14,50; 25-44: M=36,62; 45-64: M=34,60; 65+: M=14,69)	- Datos sociodemográficos. - Tipos de victimización: - Violación: mediante el uso de fuerza física o facilitada por el uso de alcohol/drogas. - El hombre, sin su consentimiento, fue forzado a penetrar sexualmente a otra persona: mediante el uso de fuerza física o por el uso de alcohol/drogas. - Consumo de alcohol o drogas de la víctima y del agresor. - Nivel de familiaridad con el agresor. - Uso voluntario/involuntario de drogas por parte de la víctima. - Múltiples agresores por víctima.	- Las mujeres víctimas de violación (intento o consumada) mediante el uso de fuerza física habían tomado sólo alcohol (20,9%), sólo drogas (3,5%) o drogas y alcohol conjuntamente (3,6%) en el momento de la agresión. - Las mujeres víctimas de una violación facilitada por el uso de alcohol/drogas indicaron que habían tomado involuntariamente sólo alcohol (5,3%), sólo drogas (21,8%) o drogas y alcohol conjuntamente (6,5%); mientras que un 84% habían consumido alcohol o drogas voluntariamente antes de la agresión.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Stappenbeck et al. (2021)	Evaluar la eficacia inicial de una intervención online sobre el consumo de alcohol, que incluye estrategias de regulación emocional y reducción del consumo, en mujeres universitarias con un consumo excesivo de alcohol y supervivientes de una agresión sexual en Estados Unidos. Se realiza una evaluación antes y después de la intervención, y un seguimiento al mes y a los seis meses tras el tratamiento.	N = 200 + 18 años (M = 20,9)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Daily Drinking Questionnaire (DDQ). - Frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol, basado en NIAAA (2003). - Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ). - Sexual Experiences Survey –Revised (SES-R). - Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). - Distress Tolerance Scale (DTS). - Posttraumatic Stress Checklist (PCL-5). - Utilidad percibida de los módulos de la intervención. - Disposición para beber. - Estado emocional negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las participantes que reciben la intervención indican que las habilidades de los módulos son moderadamente útiles para reducir su consumo de alcohol y ayudarlas a manejar sus emociones negativas. - En comparación al grupo control, el grupo en tratamiento muestra: <ul style="list-style-type: none"> - Una reducción en la cantidad y en el consumo episódico excesivo de alcohol después de la intervención y en el seguimiento al mes. - Una mejora en las habilidades de regulación emocional y una menor sintomatología de TEPT después de la intervención. - A los seis meses, el grupo de tratamiento mantiene las ganancias, pero ya no hay diferencias con el grupo control porque ambos alcanzan un nivel similar de mejoría.
Jewkes et al. (2021)	Explorar la exposición a la violencia y los factores asociados a haber sido violada en el último año en trabajadoras sexuales de África del Sur.	N = 3005 18-45+ años (M = 33,3)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Violencia contra la Mujer de la OMS (adaptación de Coetzee, 2017): violencia sexual dentro de la pareja, violación fuera de la pareja y violencia física. - Seguridad alimentaria: disponibilidad para conseguir comida. - Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption Scale (AUDIT-C). - PTSD-8, basado en el Harvard Trauma Questionnaire. - Consumo de drogas autoinformado. - Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF). - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, versión de 20 ítems (CES-D 20). - Sexual Relationship Power Scale (SRPS). 	<ul style="list-style-type: none"> - En comparación a quien no sufrió una violación fuera de la pareja en el último año, el consumo de alcohol, drogas o de ambas combinadas para afrontar el trabajo sexual es mayor en quienes sí fueron violadas. Todas estas sustancias aumentan la probabilidad de ser violada. - En comparación a quien sí sufrió violencia sexual dentro de la pareja en el último año, el consumo de alcohol para afrontar el trabajo sexual es mayor en quienes no la sufrieron, siendo el alcohol la sustancia que aumenta el riesgo de sufrir este tipo de violencia. - El TEPT se relaciona con mayor probabilidad de sufrir violencia sexual dentro de la pareja en el último año. - El TEPT y la depresión se asocian con mayor probabilidad de sufrir una violación fuera de la pareja en el último año.

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Jaffe et al. (2021)	<p>Investigar las diferencias entre mujeres universitarias con y sin un historial de violación por un estado de incapacidad provocado por el alcohol.</p> <p>Analizar las reacciones de las participantes de una intervención basada en la retroalimentación normativa personalizada, que consiste en una estrategia creada para corregir las percepciones erróneas sobre el consumo de alcohol mediante la comparación del consumo propio, la percepción del consumo ajeno e información sobre el consumo ajeno real.</p> <p>Analizar los efectos diferenciales del tratamiento dirigido al consumo problemático de alcohol según el historial de violación por un estado de incapacidad.</p> <p>La muestra se extrae de dos ensayos clínicos aleatorizados de Estados Unidos.</p>	<p>N = 1188</p> <p>+18 años</p> <p>(M = 19,86)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Young Adult Alcohol Problems Screening Test (YAAPST). - Readiness to Change Questionnaire (RCQ). - Retroalimentación sobre la intervención y la información personalizada: impacto percibido y satisfacción con el mensaje. - AUDIT-C. - Pico estimado de alcohol en sangre. - Daily Drinking Questionnaire (DDQ). 	<ul style="list-style-type: none"> - Al inicio, las mujeres con un historial de violación por un estado de incapacidad indican mayores niveles de consumo problemático de alcohol y mayor disposición al cambio que quienes no la han sufrido. - Las mujeres con un historial de violación por un estado de incapacidad que recibieron la intervención presentan un menor consumo de alcohol. - Hay una interacción significativa entre recibir la intervención y reducir la frecuencia de consumo episódico excesivo de alcohol a los 12 meses, y esta interacción está moderada por el historial de violación por un estado de incapacidad. - En el grupo control, que no recibió la intervención, las mujeres con un historial de violación por un estado de incapacidad indican un consumo episódico excesivo de alcohol más frecuente.
---------------------	---	--	---	---

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

McCabe et al. (2021)	Examinar la prevalencia y las asociaciones del abuso sexual en la infancia con los intentos de suicidio, el consumo de sustancias y los trastornos mentales, teniendo en cuenta el sexo y la orientación sexual, en población adulta de Estados Unidos. El estudio se basa en los datos de 2012-2013 de la Encuesta Epidemiológica Nacional de Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC-III). Los participantes se dividen según su orientación sexual: heterosexual (concordante, atraído por el sexo contrario; o discordante, atraído por el propio sexo), lesbiana, gay, bisexual y la categoría “no estoy seguro”.	N = 36309 (52% mujeres, de las cuales: 88,93% heterosexual concordante; 7,44% heterosexual discordante; 1,85% bisexual; y 1,19% lesbiana) 18-50+ años	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación sexual: qué sexo te atrae. - Conducta sexual en el último año. - Identidad sexual: heterosexual, lesbiana, bisexual, gay. - Sexo. - Abuso sexual en la infancia, basado en Wyatt (1985). - Situaciones en las que ha sido víctima de discriminación por su orientación sexual. - Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5). - Otras características sociodemográficas. - Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno por Consumo de Alcohol. - Criterios diagnósticos del DSM-5 para el Trastorno por Consumo de Tabaco. - Intento de suicidio a lo largo de la vida. - Comorbilidad entre trastornos mentales y por consumo de sustancias. - Otras experiencias adversas en la infancia. - Conflict Tactics Scale (CTS). - Apoyo social. - Eventos vitales estresantes en la adultez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un 35,4% de las mujeres que han sufrido algún tipo de abuso sexual infantil presentan un trastorno por consumo de alcohol, y la prevalencia es mayor cuando han sufrido dos o más tipos de abuso sexual infantil (37%). - Al comparar por orientación sexual, las mujeres bisexuales presentan mayor prevalencia de abuso sexual infantil, trastorno mental (incluido el TEPT, trastornos de personalidad o del estado de ánimo), intentos de suicidio y trastorno por consumo de alcohol, tabaco u otras drogas. - En mujeres, sufrir uno o más tipos de abuso sexual infantil se relaciona con mayor probabilidad de tener un trastorno por consumo de sustancias, un trastorno mental, intentos de suicidio o TEPT.
----------------------	---	--	--	--

Tabla. Principales características de los estudios seleccionados (continuación).

Bird et al. (2022)	Analizar la agresión sexual en la adultez, la angustia sexual y los motivos para beber como estrategia de afrontamiento para comprender los factores asociados al consumo de alcohol previo a las relaciones sexuales en mujeres universitarias de Estados Unidos. La angustia sexual hace referencia a que, tras una agresión sexual, el sexo puede causar malestar en la persona, aunque éste sea consentido. Esto incluye evitación de la actividad sexual o incomodidad al tener sexo, entre otros.	N = 300 18-23 años (M = 18,85)	<ul style="list-style-type: none"> - Datos sociodemográficos. - Sexual Experiences Survey (SES). - Subescala de miedo/evitación de Traumatic Sexualization Survey (TSS). - Tipo de pareja sexual. - Consecuencias sexuales negativas. - Consumo de alcohol antes de tener relaciones sexuales. - Cantidad de bebidas alcohólicas consumidas antes de tener relaciones sexuales. - Drinking Motives Questionnaire (DMQ). - Otras conductas relacionadas con beber antes de tener mantener relaciones sexuales: tiempo que pasan bebiendo y tiempo que tardan en dejar de beber antes de tener sexo; nivel de intoxicación subjetiva; probabilidad de tener sexo cuando beben alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> - La gravedad de la agresión sexual se asocia con una mayor probabilidad de beber alcohol antes de tener relaciones sexuales. - La angustia sexual se relaciona con una menor probabilidad de beber alcohol. - En las mujeres que consumen alcohol antes de tener relaciones sexuales, la relación entre la angustia sexual y las consecuencias sexuales negativas está mediada por el consumo de alcohol como modo de afrontar la angustia sexual. - No hay diferencias en el número de bebidas consumidas antes del sexo o la intoxicación subjetiva durante la actividad sexual entre mujeres que sí han sufrido una agresión sexual en la adultez y quienes no la han sufrido. - La angustia sexual general se relaciona con las consecuencias sexuales y el malestar sexual ante situaciones específicas.
Machisa et al. (2022)	Determinar la frecuencia y los factores asociados a los problemas de salud mental (ideación suicida, síntomas depresivos, síntomas de TEPT, consumo de alcohol en atracción y consumo de drogas) en estudiantes universitarias de África del Sur.	N = 1292 18-30 años	<ul style="list-style-type: none"> - CES-D. - Harvard Trauma Questionnaire (HTQ). - Ideación suicida en el último mes. - AUDIT-C. - Cuestionario de Violencia Doméstica de la OMS: Violencia física, sexual y emocional en la pareja; y violencia sexual fuera de la pareja. - Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). - Life Events Checklist (LEC). - Household Hunger Scale (HHS). 	<ul style="list-style-type: none"> - El consumo de alcohol en atracción tiene un efecto directo sobre sufrir violencia sexual fuera de la pareja. - La violencia de pareja funciona como mediador en la relación entre el consumo de alcohol en atracción y otros eventos vitales traumáticos. - El consumo de alcohol en atracción es un mediador entre haber experimentado otros eventos traumáticos y sufrir violencia sexual fuera de la pareja. - Experimentar violencia de pareja y violencia sexual fuera de la pareja se relacionan independientemente con mayor probabilidad de ideación suicida, sintomatología depresiva y de TEPT.

Anexo 2.*Cronograma de las sesiones.*

Sesiones	Temporalización									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sesión 1: Presentación	■									
Sesión 2: ¿Quién <i>dicen</i> que soy y quién <i>soy</i> en realidad?		■								
Sesión 3: No quiero volver a ser la víctima			■							
Sesión 4: Por una copa no pasa nada				■						
Sesión 5: Pasa de la botella					■					
Sesión 6: Me cuido y me valoro						■				
Sesión 7: Mi mundo emocional							■			
Sesión 8: Mi red de apoyo								■		
Sesión 9: Todo bajo control									■	
Sesión 10: Yo decido										■

Anexo 3.

Recursos necesarios para el programa.

Recursos humanos	Una psicóloga especializada en igualdad de género, violencia contra las mujeres y drogodependencias	
Recursos materiales	Material del centro	<ul style="list-style-type: none"> • Sala habilitada con sillas, mesas y pizarra
	Material electrónico	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador • Proyector • Altavoz • Impresora • PowerPoint de apoyo
	Material fungible	<ul style="list-style-type: none"> • Folios • Notas adhesivas • Bolígrafos • Rotuladores • Fotocopias de los cuestionarios • Fotocopias de las actividades • Cartulinas

Anexo 4.*Encuesta de satisfacción con el programa.*

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones sobre la intervención. Por favor, contesta con sinceridad y marca la casilla que mejor represente tu opinión acerca de estas cuestiones, teniendo en cuenta que “1 = totalmente en desacuerdo” y “5 = totalmente de acuerdo”.

	1	2	3	4	5
El contenido de la intervención me ha resultado útil.					
El contenido de la intervención me ha resultado sencillo.					
El contenido de la intervención me ha resultado relevante.					
El contenido me ha resultado demasiado conocido o familiar.					
La cantidad de información es adecuada.					
La cantidad de actividades es adecuada.					
He aprendido algo nuevo.					
Puedo aplicar fácilmente lo aprendido en mi vida diaria.					
Recomendaría esta intervención a otra mujer en una situación similar.					
Lo que más me ha gustado de la intervención ha sido:					
Lo que menos me ha gustado de la intervención ha sido:					
¿Qué cambiarías de la intervención?					
¿Qué le añadirías a la intervención?					
Observaciones adicionales:					

Anexo 5.

Bloques, sesiones y contenidos del programa.

Bloques	Sesiones	Contenidos
BLOQUE I: Prevención de la revictimización sexual	Sesión 1: Presentación	<ul style="list-style-type: none"> • Dinámica grupal • Expectativas con el programa
	Sesión 2: ¿Quién <i>dicen</i> que soy y quién <i>soy</i> en realidad?	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos y creencias sobre la violencia sexual • Estereotipos y roles de género
	Sesión 3: No quiero volver a ser la víctima	<ul style="list-style-type: none"> • Estilos de comunicación • Estrategias de protección
BLOQUE II: Prevención del consumo problemático de alcohol	Sesión 4: Por una copa no pasa nada	<ul style="list-style-type: none"> • Mitos y creencias sobre el alcohol • Información, efectos y consecuencias del consumo de alcohol
	Sesión 5: Pasa de la botella	<ul style="list-style-type: none"> • Testimonio real de alcoholismo • Estrategias de protección
BLOQUE III: Formación en competencias transversales	Sesión 6: Me cuido y me valoro	<ul style="list-style-type: none"> • La importancia del autocuidado • Autoestima, autoconcepto, respeto y aceptación de una misma
	Sesión 7: Mi mundo emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación y reconocimiento de las emociones • Estrategias de regulación emocional
	Sesión 8: Mi red de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • La importancia del apoyo social • Integración en la comunidad y tiempo libre
	Sesión 9: Todo bajo control	<ul style="list-style-type: none"> • Reestructuración cognitiva • Estrategias de afrontamiento adaptativas
	Sesión 10: Yo decido	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones consciente • Resolución de problemas y conflictos • Despedida

Anexo 6.

Mitos sobre la violación (Amnistía Internacional, 2021).

¿Sabrías indicar cuáles de las siguientes afirmaciones son mitos o realidades acerca de la violencia sexual y las violaciones? Por favor, argumenta tu respuesta.

1. La víctima tiene la culpa.
2. La ropa y la actitud contribuyen a la violación.
3. No decir “no” es decir “sí”.
4. Sólo las mujeres sufren violaciones.
5. Haber tenido relaciones previas implica consentimiento.
6. Las violaciones son provocadas por desconocidos.
7. Las violaciones sólo se producen por la noche.
8. La violación no provoca daños.
9. Las víctimas de violación mienten.
10. La violación real se denuncia inmediatamente.
11. La violencia sexual no es algo común.
12. Los hombres no sufren violaciones.
13. Las trabajadoras y trabajadores sexuales no son víctimas.

Anexo 7.

Role-play: Aplicamos los estilos de comunicación.

Imagina que te encuentras en una de las siguientes situaciones y representa cómo te comunicarías de forma asertiva, pasiva y asertiva. Tu pareja de *role-play* y tú debéis escoger una única situación para representar y decidir quién va a adoptar cada rol.

- Situación 1: Estás con una pareja sexual y quiere que le hagas una felación, pero tú no te sientes cómoda con su petición.
- Situación 2: Has quedado con un amigo o amiga para ir al cine, pero te avisa en el último momento de que no va a poder ir y te quedas sin ver la película.
- Situación 3: Estás a punto de mantener relaciones sexuales con una pareja y ésta te dice que no quiere utilizar preservativo, pero tú no estás de acuerdo.
- Situación 4: Tienes un evento importante y te arreglas más de lo normal. Cuando llegas al lugar, alguien te hace comentarios negativos acerca de tu vestimenta y aspecto físico.
- Situación 5: Estás teniendo relaciones sexuales, que consentiste tener previamente, pero ahora has cambiado de opinión y no quieres seguir.
- Situación 6: Estás hablando con alguien acerca de un tema, pero esa persona no deja de interrumpirte para darte su opinión.
- Situación 7: Has quedado por primera vez con una persona que te gusta y te insiste para que accedas a tener sexo con él/ella, pero a ti no te apetece.
- Situación 8: Estás en una fiesta con tus amigos y amigas y se te acerca una persona que intenta ligar contigo, pero tú no estás interesada.
- Situación 9: Estás en medio de una discusión con un amigo o amiga porque vuestras opiniones son diferentes, pero prefieres dejar la conversación para otro momento.
- Situación 10: Estás en un restaurante y pides la cuenta, pero ves que hay un error y te han cobrado una bebida de más.

Anexo 8.

Derechos asertivos universales (Riso, 2002).

1. Derecho a ser tratada con dignidad y respeto.
2. Derecho a experimentar y expresar sentimientos.
3. Derecho a tener y expresar opiniones y creencias.
4. Derecho a decidir qué hacer con mi propio tiempo, cuerpo y propiedad.
5. Derecho a cambiar de opinión.
6. Derecho a decidir sin presiones.
7. Derecho a cometer errores y a ser responsable de ellos.
8. Derecho a ser independiente.
9. Derecho a pedir información.
10. Derecho a ser escuchada y tomada en serio.
11. Derecho a tener éxito y a fracasar.
12. Derecho a estar sola.
13. Derecho a estar contenta.
14. Derecho a no ser lógica.
15. Derecho a decir “no lo sé”.
16. Derecho a hacer cualquier cosa sin violar los derechos de los demás.

Anexo 9.

Mitos sobre el consumo de alcohol (Plan Nacional sobre Drogas, 2021).

¿Sabrías indicar cuáles de las siguientes afirmaciones son mitos o realidades acerca del consumo de alcohol? Por favor, argumenta tu respuesta.

1. Beber alcohol sólo los fines de semana no produce daños en el organismo.
2. El consumo de alcohol ayuda a salir de las horas bajas, a superar el cansancio y a estar más animada y en forma.
3. El consumo de alcohol hace entrar en calor y combate el frío.
4. El alcohol es un alimento.
5. El alcohol es bueno para el corazón.
6. El alcohol facilita las relaciones sexuales.
7. El que más aguanta el alcohol es porque es más fuerte.
8. El consumo de alcohol es beneficioso.
9. Algunas bebidas alcohólicas son mejores que otras.

Anexo 10.

El elefante encadenado (Bucay, 2014).

Cuando yo era pequeño me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. Me llamaba especialmente la atención el elefante que, como más tarde supe, era también el animal preferido por otros niños. Durante la función, la enorme bestia hacía gala de un peso, un tamaño y una fuerza descomunales... Pero después de su actuación y hasta poco antes de volver al escenario, el elefante siempre permanecía atado a una pequeña estaca clavada en el suelo con una cadena que aprisionaba una de sus patas. Sin embargo, la estaca era sólo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en el suelo. Y, aunque la cadena era gruesa y poderosa, me parecía obvio que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su fuerza podría liberarse con facilidad de la estaca y huir. El misterio sigue pareciéndome evidente. ¿Qué lo sujeta entonces? ¿Por qué no huye? Cuando tenía cinco o seis años, yo todavía confiaba en la sabiduría de los mayores. Pregunté entonces a un maestro, un padre o un tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado. Hice entonces la pregunta obvia: «Si está amaestrado, ¿por qué lo encadenan?». No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente. Con el tiempo, olvidé el misterio del elefante y la estaca, y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho esa pregunta alguna vez. Hace algunos años, descubrí que, por suerte para mí, alguien había sido lo suficientemente sabio como para encontrar la respuesta: El elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño. Cerré los ojos e imaginé al indefenso elefante recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que, en aquel momento, el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse. Y, a pesar de sus esfuerzos, no lo consiguió, porque aquella estaca era demasiado dura para él. Imaginé que se dormía agotado y que al día siguiente lo volvía a intentar, y al otro día, y al otro... Hasta que, un día, un día terrible para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino. Ese elefante enorme y poderoso que vemos en el circo no escapa porque, pobre, cree que no puede. Tiene grabado el recuerdo de la impotencia que sintió poco después de nacer. Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese recuerdo. Jamás, jamás intentó volver a poner a prueba su fuerza... Todos somos un poco como el elefante del circo: vamos por el mundo atados a cientos de estacas que nos restan libertad. Vivimos pensando que «no podemos» hacer montones de cosas, simplemente porque una vez, hace tiempo, cuando éramos pequeños, lo intentamos y no lo conseguimos. Hicimos entonces lo mismo que el elefante, y grabamos en nuestra memoria este mensaje: No puedo, no puedo y nunca podré. Hemos crecido llevando ese mensaje que nos impusimos a nosotros mismos y por eso nunca más volvimos a intentar liberarnos de la estaca. Cuando, a veces, sentimos los grilletes y hacemos sonar las cadenas, miramos de reojo la estaca y pensamos: No puedo y nunca podré.